

3.3 Der Psychische Befund (Beziehung-Person-Befund)

Der Befund schwenkt den Scheinwerfer auf das Individuum im zeitlichen Querschnitt, beschreibt den Menschen in seinem gegenwärtigen Beziehungsverhalten in der therapeutischen Situation, in seinen Eigenarten, seinen Schwächen und Stärken, in seiner Lebensmeisterung sowie den eigentlichen psychischen und psychosomatischen Befund. Der Befund ist die Sammlung der Information über die Organismusvariable O (Person) und Reaktion R (Symptom) während die Anamnese neben der Lerngeschichte (zu O gehörend) auch die Informationen über die Situationsvariable S beibrachte. Diese Vorinformationen sind Bausteine für das zu erstellende Gebäude des individuellen verhaltens-theoretischen Modells, d. h. der Verhaltensweise R und schließlich das Zusammenfügens von S, O, R und C zu einer Entstehung und Aufrechterhaltung der Symptomatik erklärenden Sequenz bedingender und bedingter Variablen.

3.3.1 Die therapeutische Beziehung

Das sich aus der Wahrnehmung des Therapeuten ergebende affektive Interaktions- und Beziehungsmuster während der diagnostischen Sitzungen ist trotz des vorgegebenen Settings mit ungleicher Rollenverteilung von diagnostischer und prognostischer Bedeutung (Zimmer 1983, Zimmer & Zimmer 1990, Schindler 1991). Im extremen Fall zeigt sich, daß der Therapeut oder der Patient gegen den jeweils anderen ein so starkes spontanes Ressentiment hat, daß keine Therapie zustande kommt. Umgekehrt kann eine zu vehemente unreflektierte „Liebe auf den ersten Blick“ ebenso schädlich sein, da kritisch-konstruktives Problemlösen nicht stattfindet. Abgesehen von diesen seltenen Fällen ist jedoch das emotionale Beziehungsangebot des Patienten mit der affektiven Antwort des Therapeuten eine für den Patienten typische Konstellation gegenüber Autoritätspersonen oder wichtigen Personen z. B. sich sympathisch hilflos gebend, den Therapeuten zu Hilfsbereitschaft motivierend oder mit ihm unerschwellig konkurrierend, den Therapeuten in die Not bringend, seine Kompetenz zeigen zu müssen.

3.3.2 Person, Persönlichkeit, Organismusvariable O

Die Verhaltenstherapie hat sich ursprünglich ganz von dem Trait-Konzept der Persönlichkeitspsychologie abgewandt (Revenstorf 1982), weil aus den Persönlichkeitsfaktoren das konkrete Verhalten-in-Situationen nicht vorhergesagt werden konnte. Dann hat Mischel (1973) ein verhaltens-theoretisch orientiertes Konzept entwickelt. Banduras (1979) Konzept der Wechselwirkung zwischen Mensch und Umwelt berücksichtigt ebenfalls die differentialpsychologischen Aspekte der Person.

Die kognitiven Ansätze berücksichtigen die individuell lerngeschichtlich bedingten kognitiven Grundeinstellungen, die in Problemsituationen zu suboptimalen stereotypen Verhaltensweisen

führen. Grawes (vergl. Caspar & Grawe 1982) Konzept der Plan- und Schemaanalyse ist diesen Ansätzen zuzuordnen. Damit ist die Persönlichkeit des Patienten wieder ins Blickfeld getreten. Sader (1980) gibt einen Überblick über Theorien der Persönlichkeit. Es interessieren dabei zunächst diejenigen Aspekte, die von psychiatrischer Seite her als Persönlichkeitsstörung imponieren und deshalb selbst direkt Gegenstand der Behandlung werden müssen, bzw. diejenigen Aspekte, die als persönliche Disposition und Vulnerabilität zur Entstehung der Erkrankung beigetragen haben (Dependenz, Selbstunsicherheit) bzw. die Erkrankung aufrechterhalten (z. B. Konfliktvermeidung, fehlende Risikobereitschaft oder fehlende Bereitschaft, Verantwortung zu übernehmen). So werden z. B. bei Migräne empirisch gut belegte Zusammenhänge berichtet (Schäfer 1991). Als Persönlichkeit eines menschlichen Individuums können wir das ihn im Unterschied zu anderen Menschen charakterisierende Erleben und Verhalten bezeichnen. Nehmen wir eine Dreiteilung vor:

- a) in ein allgemein menschliches Erleben- und Verhaltensmuster, d.h. das allen Menschen gleichermaßen verfügbar ist,
- b) in ein typisches Erlebens- und Verhaltensmuster, das nur ein Teil oder eine Minderheit von Menschen gemeinsam haben und durch das sie sich von einem anderen Erlebens- und Verhaltenstyp unterscheiden und schließlich
- c) das für das Individuum spezifische Erlebens- und Verhaltensmuster, das es mit (so gut wie) keinem anderen Menschen teilt. Letzteres ist nicht als einzelnes einzigartig, sondern es ist die individuelle Komposition der einzelnen Muster im individuellen Ausprägungsgrad. Das für einen Menschen charakteristische Bündel an für seine Lebensgestaltung relevanten Erlebens- und Verhaltensweisen ist das Ergebnis eines biographischen Wechselwirkungsprozesses zwischen der Person mit ihrer angeborenen Ausstattung und der sozialen und physikalischen Umwelt. Je existentieller die Bedeutung einer Situation in der kindlichen Sozialisation war und um so bedrohlicher ein eventuelles Scheitern für das Kind gewesen wäre, desto stärker werden die in dieser Situation erfolgreich angewandten „Überlebensregeln“ und „Überlebensstrategien“ eingeprägt.

3. Psychischer Befund

3.1: Welche **Gefühle** treten **im Gespräch mit mir** als Therapeut oft auf (siehe 1.1)?

- 1).....
- 2).....
- 3).....

Haben Sie den Eindruck, daß Sie dabei manche für Sie sonst typischen Verhaltensweisen vermeiden? Welche?

- 1).....
- 2).....
- 3).....

Bemerken Sie umgekehrt, daß Sie mir gegenüber Reaktionsweisen zeigen, die sonst eher selten auftreten oder nur bestimmten Personen gegenüber?

- 1).....
- 2).....
- 3).....

Versuchen Sie zwei Beispiele zu finden, die annäherungsweise unsere Beziehung kennzeichnen:

Ich erlebe Sie als Therapeut wie (ein)

und ich fühle mich dann manchmal wie (ein)

Oder ein anderes Beispiel:

Ich erlebe die Beziehung zwischen uns manchmal
wie die zwischenund

3.2: Welche **Gefühle** habe ich **bei mir als Therapeut** wahrgenommen?

- 1).....
- 2).....
- 3).....

3.3: Intellektuelle und Leistungsorientierung (siehe 2.7):

Wie gut waren Sie in der Schule?.....

Mit welchen Noten haben Sie Schule, Studium, Berufsausbildung abgeschlossen?

- 1).....
- 2).....
- 3).....

Zu wieviel % waren an diesen Leistungen Ihr Fleiß beteiligt? %,
 Ihre Begabung beteiligt? %

Waren oder sind Sie im Beruf ehrgeizig?

NICHT WENIG DEUTLICH SEHR EXTREM

Es gehört zur essentiellen Ausstattung des Menschen und der meisten Säugetiere, bei existentieller Bedrohung des Individuums rasend schnell Konditionierungen zu vollziehen, da bereits das zweite Mal der Bedrohung nicht mehr entflohen werden könnte. Im Begriffsrepertoire der experimentellen Lernpsychologie, die sich im Übrigen hauptsächlich mit nicht-existentialen Lernsituationen befaßte, entspricht dieser Lernprozeß einem Lernen nach einmaligem Lerndurchgang. Wo es sich nicht um lebensbedrohliche Situationen handelte, sondern um das Abwenden oder Abmildern fortgesetzt traumatischer Sozialisationsbedingungen (zunächst bezogen auf Eltern und Geschwister), werden aus einer Serie von ähnlichen Problemsituationen und deren erfolgreicher Meisterung mit Hilfe eines dem jeweiligen Entwicklungsniveau des Kindes entsprechenden Bewältigungsrepertoires vom Kind implizite Schlußfolgerungen gezogen, wie wohl am besten zu überleben sei: als „Überlebensregel“. Analog dem empirischen Wissenschaftler entwickelt das Kind eine in seiner Lebenssituation durchaus adäquate Theorie des Funktionierens seiner sozialen Umwelt. Je bedrohlicher die Welt ist, umso weniger kann es sich leisten, neue alternative Bewältigungsmuster zu erproben, sondern muß eingeengt und rigide an dem beschränkten Muster festhalten, da es ja ständig darum geht, die Überlebensstrategien als Notfallmaßnahmen anzuwenden. Dauern diese bedrohlichen Bedingungen sehr lange an, so ist eventuell das Selbst- und Weltbild sehr früh festgeschrieben, die Weichen für die stark eingeschränkten Erlebensweisen gestellt. Neue Erfahrungen bewegen sich wegen der fixierten Erinnerungen der noch möglichen Wechselwirkungen zwischen Person und Umwelt in so engen Bahnen, daß sie nur der Bestätigung des alten Selbst- und Weltbildes dienen können.

Die Persönlichkeit eines Menschen spiegelt so das Ergebnis seiner kindlichen Lerngeschichte in ihren prolongiert bedrohlichen oder traumatischen Aspekten wieder. So, wie ein Mensch geworden ist, mußte er werden, um in seinem entwicklungsspezifischen Kontext bestmöglich „überleben“ zu können. Es stellt sich die Frage, warum zumindest bei den Menschen, die zu uns in Therapie kommen, bis ins Erwachsenenalter hinein keine grundlegenden Veränderungen dieser doch für die Erwachsenen suboptimalen Art der Lebensbewältigung stattfinden konnten.

Dies mag einmal daran liegen, daß die die Persönlichkeit konstituierenden Lernprozesse im Jugendalter (vorläufig) abgeschlossen werden. Zum anderen fehlte es an ausreichend deutlichen und glaubhaften Signalen der Entwarnung, die oft erst durch die Therapie gesetzt werden können: „Der Überlebenskampf deiner Kindheit ist beendet. Die heutigen Lebensbedingungen im Erwachsenenalter sind nicht mehr in dieser Weise existentiell bedrohlich. Du bist mit deinen Fähigkeiten und Ressourcen als Erwachsener nicht mehr so abhängig und ausgeliefert, daß du nicht auch andere - heute wirklich funktionale - Bewältigungsstrategien ohne große Gefahr anwenden könntest. Das Risiko ist kalkulierbar und du kannst es tragen!“

Die von uns betrachteten Persönlichkeitsaspekte sind demnach wichtige Errungenschaften der Kindheit als damals bestmöglicher Weg der Bewältigung schwieriger sozialer Situationen und Beziehungen. Sie sind im Sinne einer Ökonomisierung und Ersparnis psychischer Energie zu festen Gewohnheiten geworden, die bei einer heute zu großen Klasse von sozialen Situationen relativ automatisch und stereotyp zur Anwendung kommen. So gesehen stellen diese hier fokussierten Persönlichkeitstypen sowohl Stärken in einer stark einzugrenzenden Klasse von Situationen als auch Schwächen in den restlichen Situationen dar, die vom Persönlichkeitsmuster abweichende Reaktionen (jeweils kontext- und situationsspezifischer abgestimmt) verlangen. Im Rahmen der Therapie

haben wir zu prüfen, wie die situationsinadäquaten persönlichen Stereotypen zur Entstehung der zu behandelnden Störung und wie zu deren Aufrechterhaltung beitragen und natürlich, wie sehr sie voraussichtlich die therapeutische Interaktion günstig oder ungünstig beeinflussen werden.

Die Entstehung einer bestimmten psychischen oder psychosomatischen Störung ist nicht bestimmten Persönlichkeitstypen zuzuordnen, z. B. in dem Sinne, daß zwanghafte Menschen, wenn sie psychisch krank sind, eine Zwangsneurose entwickeln, selbstunsichere Menschen eine soziale Phobie, histrionische Menschen eine Hysterie, dependente eine Depression und so weiter. Vielmehr ist davon auszugehen, daß prinzipiell jeder Mensch jede psychische oder psychosomatische Erkrankung entwickeln kann, wenn die spezifischen Stressoren in der auslösenden Lebenssituation nur massiv genug sind. Deshalb kann zunächst die Symptombildung als inadäquater Problemlöseversuch in einer spezifischen symptomauslösenden Situation völlig unabhängig von der Primärpersönlichkeit des betroffenen Menschen betrachtet werden. Obwohl in der Wechselwirkung mit stets wiederholten Problemsituationen der Kindheit entstanden und zur Lösung von Problemen in der Kindheit gedacht, entspricht die Persönlichkeit eines Menschen eher seinem typischen Verhaltensrepertoire im heutigen sozialen Alltag. Das sind seine dominierenden Bewältigungsstrategien in den kleineren und mittleren Problembereichen seines Lebenskontextes.

In der Definition der hier zur Diskussion stehenden Persönlichkeitstypen ist dagegen das Außergewöhnliche, das den individuellen Rahmen normaler Lebensbewältigung sprengende nicht enthalten. Im Gegenteil: Wenn das bewältigende Verhalten in den symptomauslösenden Situationen im persönlichen aktiven Repertoire enthalten wäre, so könnte diese Situation persönlichkeitsstypisch ohne Symptombildung beantwortet werden. Damit gehört zur Erklärung einer psychischen/psychosomatischen Erkrankung

1. die das persönliche Bewältigungsrepertoire überfordernde, störungsspezifische Auslösesituation (spezifisches auslösendes Trauma/Konflikt/Problem),
2. die individuelle Disposition und Vulnerabilität für die spezifische psychische/psychosomatische Erkrankung (spezifische individuelle Sollbruchstelle),
3. die Primärpersönlichkeit in ihren limitierenden Auswirkungen auf das Finden/Verfügbarmachen alternativer Bewältigungsstrategien (individuelle Belastbarkeit, Bewältigungsstrategieprofil).

Die in das Verhaltensdiagnostiksystem übernommenen acht Persönlichkeitstypen sollen nicht **den** achtdimensionalen Raum aufspannen, in dem sich alle unsere Patienten abbilden lassen. Es sind also keine acht Grunddimensionen der menschlichen Persönlichkeit. Zwar ist ein mehrdimensionales Modell mit kontinuierlichen Übergängen und gleichzeitigem Vorhandensein von zwei der genannten Haupttypen, z. B. selbstunsicher - zwanghaft oder selbstunsicher - dependent angebracht. Die acht Haupttypen sind jedoch in einem dimensional Modell zur Beschreibung von Persönlichkeiten nur eine kleine Auswahl von Idealtypen, die für unsere diagnostische und therapeutische Aufgabe relevant sind. Sie spannen also nur einen Teilraum geringerer Dimensionalität auf. Viele unserer Patienten werden durch diese acht Begriffe oder einer Kombination dieser acht Begriffe nicht ausreichend charakterisiert. In diesen nicht kategorisierten Fällen ist die diagnostische Aufgabe etwas erschwert, weil wir kein bekanntes Profil zum Wiedererkennen zu Hilfe nehmen können. Wir müssen dann z. B. analog zu Beck's Aufsuchen von Grundannahmen oder Grawes vertikaler Verhaltensanalyse vorgehen, um das individuelle Persönlichkeitsprofil der Lebensbewältigung

herauszuarbeiten. Läßt sich ein Patient jedoch gut durch eine oder zwei der 8 Haupttypen charakterisieren, so bedeutet dies in unserem Diagnosesystem lediglich, daß er eines der uns klinisch relevant erscheinenden Bewältigungsstrategie-Profile mit der zugehörigen störungsunspezifischen, individuell begrenzten Belastbarkeit hat.

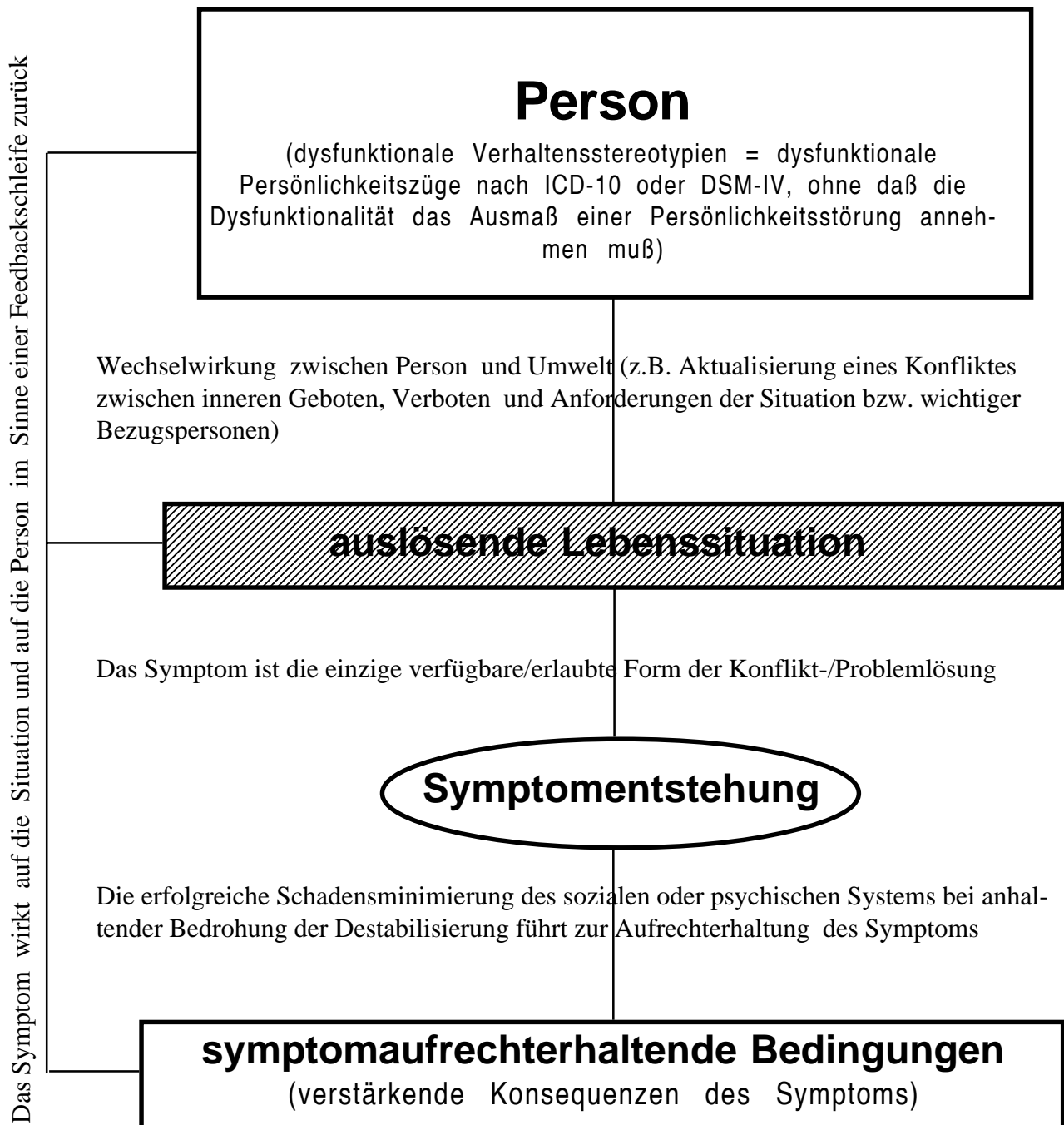
Die klinische Relevanz der acht Haupttypen der Persönlichkeit besteht darin, daß Menschen, die einem dieser Typen entsprechen, in ihrer Lebensgestaltung beeinträchtigt sind als andere Menschen - je mehr sie ihm entsprechen, um so weitgehender ist ihre Beeinträchtigung. Das ihren Persönlichkeitstypus definierende Erlebens- und Verhaltensmuster hat ihnen zwar geholfen, viele Jahre den Widrigkeiten ihres Lebens standzuhalten, war aber auch daran beteiligt, daß sie jetzt zu uns in Behandlung kommen müssen. Die Beschränkungen und die Starrheit ihres Repertoires an Bewältigungsstrategien haben ihnen die Chance genommen, effektive Strategien der Streßbewältigung in der Lebenssituation zu finden und anzuwenden, die die zur Behandlung führende Störung auslöste.

Im VDS-Fragebogen zur Persönlichkeit sind acht Fragenblöcke vorgegeben, die dem Patienten zum schriftlichen Beantworten ausgehändigt werden oder im Gespräch abgefragt werden können. Sie führen zu einer quasiordinalen Skalierung der Zuordnung zu acht Persönlichkeitstypen analog der DSM-IV-Definition für Persönlichkeitsstörungen (passiv-aggressiv und narzißtisch sind in DSM-IV ind den Anhang verlagert worden):

- | | |
|-----------------------|------------------------------------|
| a) Selbstunsicherheit | b) Dependenz |
| c) Zwanghaftigkeit | d) passiv-aggressiv |
| e) histrionisch | f) schizoid |
| g) narzißtisch | h) Borderline (emotional instabil) |

Ausschlaggebend für die Auswertung ist der Summenwert je Skala (Zahl der bejahten Aussagen und Intensität der Ausprägung). Aber auch die Selbsteinschätzung durch den Patienten, welche Skala am meisten, zweitmeisten etc. auf ihn zutrifft, und das Rating durch den Interviewer sind recht aufschlußreich. Wichtig ist, daß diese Typologisierung ohne Rating durch einen Interviewer nicht zur Diagnose einer Persönlichkeitsstörung führt. Nur wenn dieser die DSM-IV-Kriterien als erfüllt betrachtet, kann eine Persönlichkeitsstörung diagnostiziert werden. Für die weitere Behandlung sind diese typologischen Zuordnungen nur dann von Bedeutung, wenn sie Erklärungswert für die Entstehung oder Aufrechterhaltung der Erkrankung haben oder die individuelle Therapie beeinflussen (z. B. die gesonderte Behandlung des selbstunsicheren, dependenten oder überemotionalen Verhaltens bzw. deren Auftreten als Widerstand gegen die erfolgreiche Durchführung anderweitiger Therapiestrategien). Diese prognostische Bedeutung der Persönlichkeit sollte individuell formuliert werden, z. B. „Die starke Neigung der Patientin zu dependentem Verhalten stellt einen limitierenden Faktor für das Erreichen der Therapieziele dar.“ Hier kann es nicht um eine absolute Erreichbarkeit des Therapieziels gehen, sondern vielmehr um einen längeren Therapieprozeß in Folge der gestörten Persönlichkeit. Hier sind auch die Ergebnisse der Leistungs-, Konzentrations- oder Intelligenztests zu berichten, sofern es eine Vermutung für diesbezügliche Defizite gab.

Abbildung 3: Persönlichkeit und Symptombildung



Zu 1. Selbstunsichere Persönlichkeit:

Selbstunsicherheit ist definiert als unsicheres, ängstliches, zaghaftes, gehemmtes Verhalten in sozialen Situationen, so daß eigene Interessen nicht adäquat ausgedrückt, vertreten und durchgesetzt werden und die vorhandenen eigenen sozialen Kompetenzen nicht entsprechend zum Einsatz gebracht bzw. nicht weiterentwickelt werden können. Meist besteht eine ausgeprägte Tendenz, die beängstigenden sozialen Situationen zu vermeiden, teils seit vielen Jahren, so daß das Ausmaß der Vermeidung bzw. der ausgesparten sozialen Bereiche dem selbstunsicheren Menschen oft gar nicht mehr bewußt ist.

Da Angst und Furcht in sozialen Situationen und deren Vermeidung Leitsymptome sind, kann ausgegangen werden von einem bewußten Konflikt zwischen der

Hoffnung auf Akzeptanz, gemocht, gelobt, geschätzt zu werden und der

Furcht vor Kritik, Ablehnung, zurückgestoßen zu werden,

d.h. eigene soziale Bedürfnisse und Wünsche anderer Menschen werden wahrgenommen. Sie führen aber zur Angst, mit diesem Anliegen zurückgewiesen zu werden. Die Funktion selbstunsicheren Verhaltens kann aus der Überlebensregel geschlossen werden: „Nur wenn ich alles vermeide, was Unmut, Kritik, Ablehnung hervorruft, darf ich hoffen, akzeptiert und angenommen zu werden und muß nicht fürchten, zurückgewiesen zu werden.“ Betrachtet man darüberhinaus die sozialen Folgen der Selbstunsicherheit - nämlich ein Verbleiben im Familienbund, das unausgewählte Anschließen an die am leichtesten erreichbaren und am wenigsten gefürchteten Menschen - so kann man die Funktion darin sehen, die vertrauten, bedeutsamen sozialen Bezüge nicht aufgeben zu müssen. Aus der Biographie erfahren wir oft, daß ein Elternteil streng im Sinne realer oder angedrohter Strafen war und so Angst vor Strafe, Angst, etwas falsch zu machen, Angst vor Ablehnung, schnelles Entstehen eines schlechten Gewissens etc. aus der Beziehung zu diesem Elternteil resultierte. Die späteren sozialen Ängste sind eine Generalisierung dieser auf die Eltern bezogenen Ängste. Differentialdiagnostisch ist zu unterscheiden:

- a) selbstunsichere Persönlichkeit als nichtklinische Normvariante
- b) selbstunsichere Persönlichkeitsstörung (ICD- oder DSM-IV-Kriterien müssen erfüllt sein)
- c) soziale Ängste (keine ICD- oder DSM-IV-Kategorie) als eine ins Klinische gehende gesteigerte Selbstunsicherheit, nur teilweise als Syndrom in einer traumatischen/belastenden Lebenssituation entstanden, oft eine allmähliche Entwicklung aufzeigend,
- d) soziale Phobie (ICD- oder DSM-IV-Kriterien), oft auch Personen entwickelt, die zuvor nicht als selbstunsicher oder sozial ängstlich eingestuft wurden. Der Entstehungsmechanismus ist aber verbunden mit einer zentraleren Bedeutung der auslösenden Lebenssituation und einer sehr viel größeren Hoffnung/Erwartung auf Wunscherfüllung in dieser auslösenden Situation.

Literatur: DSM-IV und ICD-10 Falldarstellungen (Zaudig et al. 2000).

Siehe auch Störungsmodell soziale Angst (S. 216 folgende)

VDS-Persönlichkeits-Skalen

Auf den folgenden Seiten finden Sie acht Listen mit jeweils 10 bis 12 Fragen. Sie enthalten Aussagen über Sie selbst. Lassen Sie Ihr Gefühl antworten. Kreuzen Sie diejenigen Ausprägungen an, die Ihrem Gefühl am ehesten entsprechen.

Skala 1 (SU):

	gar nicht	kaum	etwas	deutlich	sehr	extrem
101 Ich habe Angst, etwas zu tun oder zu sagen, wofür ich kritisiert oder abgelehnt werde. Geschieht dies trotzdem, so trifft mich Kritik wie ein Schlag	0	1	2	3	4	5
102 Ich gehe auf andere Menschen nur zu, wenn ich sicher bin, daß sie mich akzeptieren oder mögen	0	1	2	3	4	5
103 Ich vermeide oft soziale oder berufliche Aktivitäten, bei denen ich mit anderen Menschen Kontakt aufnehmen muß	0	1	2	3	4	5
104 Ich bin in Gesellschaft zurückhaltend, aus Angst, etwas Unpassendes oder Dummes zu sagen oder eine Frage nicht beantworten zu können	0	1	2	3	4	5
105 Ich befürchte vor anderen in Verlegenheit zu geraten, z.B. durch Erröten, Weinen oder Anzeichen von Angst	0	1	2	3	4	5
106 Ich neige dazu, gesellschaftliche Pflichten abzusagen, aus Furcht, ihnen nicht gewachsen zu sein	0	1	2	3	4	5
107 Ich weiß im Gespräch mit unvertrauten Menschen oft nicht, was ich sagen soll	0	1	2	3	4	5
108 Ich traue mich selten, anderen direkt zu sagen, was ich will - aus Angst, daß sie mir dann böse sind	0	1	2	3	4	5
109 Bei Einladungen nehme ich mir weniger von den Speisen, als ich eigentlich möchte oder nicht das, was ich möchte	0	1	2	3	4	5
110 Forderungen anderer kann ich schlecht ablehnen. Ich sage oft ja, obwohl ich lieber nein sagen möchte	0	1	2	3	4	5
111 Wenn mich etwas ärgert, behalte ich es meist für mich, um Streit zu vermeiden	0	1	2	3	4	5
112 Mir ist es wichtig, daß ich nicht unangenehm auffalle	0	1	2	3	4	5

Haben Sie den Eindruck, daß diese Liste einen wichtigen Bereich Ihrer Persönlichkeit charakterisiert?

JA/NEIN

Skala 1 (SU)

Zu 2. Dependente Persönlichkeit:

Dependenz im Sinne eines Persönlichkeitstypus hat nicht unmittelbar mit Neigung zu Sucht und Suchtmittelmißbrauch zu tun. Der betreffende Mensch begibt sich ganz in Abhängigkeit von der ihm wichtigen Bezugsperson, richtet sein Denken, Handeln und Fühlen ganz nach deren vermuteten Wünschen und Normen. Während der selbstunsichere Mensch seine Wünsche in der sozialen Interaktion ängstlich zurückhält und ein altruistischer Mensch aus einer bewußten Verzichtshaltung heraus handelt, erscheint beim dependenten Menschen das abhängige Verhalten und Erleben als genau das, was er für richtig hält. Es bleibt kein bewußtes Zukurzkommen übrig. Harmonie in einer Beziehung wird hergestellt durch völlige Aufgabe eigener Standpunkte und Interessen. Der völlige Gleichklang entsteht, indem dem anderen die Entscheidungen und Initiativen überlassen werden. Dadurch ist sichergestellt, vom anderen angenommen zu werden und nicht weggeschickt oder verlassen zu werden. Aus der tiefen Überzeugung heraus, alleine nicht lebensfähig zu sein, wird die Partnerschaft ängstlich gehütet und jede autonome ichbezogene Regung löst sofort Alarm aus: Verlustangst. Dependente Persönlichkeiten sind prädisponiert zu Depressionen. Trennungen können sie nicht mit Trauer beantworten. Alleinstehende dependente Persönlichkeiten können durchaus ein eigenes Hobby, einen eigenen Freundeskreis, einen eigenen künstlerischen, kulturellen oder kulinarischen Geschmack haben. Sind sie dann aber eine Beziehung eingegangen, so geben sie allmählich im Lauf der ersten 3-5 Jahre der Beziehung alles auf, was sie nicht mit dem Partner teilen können: Freunde, mit denen der Partner nicht so gut kann; eine Musik- oder Kunstrichtung, die ihm nicht entspricht - der Jazzliebhaber wird zum Opernfan; Kochrezepte, die ihm nicht schmecken, schmecken einem selbst nicht mehr so gut. Auch normative und weltanschauliche Überzeugungen werden ohne Mühe über Bord geworfen und getauscht: Die politische Farbe wechselt von rot nach schwarz oder von schwarz nach grün. Die Vorurteile gegen Minderheiten werden vom Partner übernommen und wahrhaft so empfunden. Durch diese Selbstaufgabe wird, bei genügender Ausprägung, eine verhängnisvolle Entwicklung eingeleitet: Der Partner, der diese freundliche Anpassung zunächst als angenehm empfindet, hat immer weniger das Gefühl, einer „Persönlichkeit“ gegenüberzustehen, die dem Zusammenleben eigene vitale Impulse zu geben vermag. Der dependente Partner wird so zum unattraktiven Anhängsel. Dieser spürt dies, entwickelt Verlustangst, verhält sich nach dem Motto „mehr desselben“ noch abhängiger und gerät dabei in eine dauerhaft unglückliche Beziehung oder wird tatsächlich verlassen. Dann entsteht eine Depression.

Literatur: DSM-IV und ICD-10 Falldarstellungen (Zaudig et al. 2000)

Skala 2 (de):

	gar nicht	kaum	etwas	deutlich	sehr	extrem
201 Ich treffe auch im Alltag kaum Entscheidungen, ohne mich mit meiner Bezugsperson (Partner, Eltern, Freund) zu beraten oder von ihr die Zustimmung zu dieser Entscheidung zu holen	0	1	2	3	4	5
202 Die wichtigsten Entscheidungen trifft fast immer meine Bezugsperson (Partner, Eltern, Freund)	0	1	2	3	4	5
203 Mir wichtigen Menschen pflichte ich im Gespräch fast immer bei, selbst wenn ich sonst anderer Meinung bin	0	1	2	3	4	5
204 Ohne meine Bezugsperson (Partner, Eltern, Freund) unternehme ich selten etwas. Es macht mir einfach keinen Spaß, allein ohne sie/ihn etwas zu unternehmen	0	1	2	3	4	5
205 Bei gemeinsamen Aktivitäten geht die Initiative fast immer von meiner Bezugsperson (Partner, Eltern, Freund) aus	0	1	2	3	4	5
206 Wenn ich dadurch die Zuneigung meiner Bezugsperson (Partner, Eltern, Freund) erringe bzw. bewahre, übernehme ich dafür unangenehme Tätigkeiten	0	1	2	3	4	5
207 Ich fühle mich allein meist unwohl und hilflos und vermeide dies nach Möglichkeit	0	1	2	3	4	5
208 Ich bin am Boden zerstört und hilflos, wenn eine enge Beziehung in die Brüche geht	0	1	2	3	4	5
209 Ich übernehme in einer festen Beziehung meist die Interessen und Vorlieben des anderen	0	1	2	3	4	5
210 Ich habe in Beziehungen Angst, verlassen zu werden	0	1	2	3	4	5

Haben Sie den Eindruck, daß diese Liste einen wichtigen Bereich Ihrer Persönlichkeit charakterisiert?

JA/NEIN

Skala (de)

Zu 3. Zwanghafte Persönlichkeit:

Die zwanghafte Persönlichkeit ist in der persönlichkeits- und tiefenpsychologischen Literatur ausführlich beschrieben worden. Sie ist gekennzeichnet durch ein fortwährendes Bemühen, vorgegebenen Ordnungen zu folgen oder eigene Ordnungen herzustellen. Dies wird mit Fleiß und Ausdauer so lange praktiziert, bis eine vorübergehende Genugtuung eintritt, die eine Arbeitspause zuläßt. Im Leistungsbereich ist zwar eine pflichterfüllende Leistungsorientierung vorhanden, die Effizienz ist jedoch eingeschränkt durch zu genaues Arbeiten, durch Vernachlässigen des Blicks für das Ganze zugunsten eines Verlierens in Details. Es gibt nur eine richtige Norm, an der muß der Zwanghafte sich orientieren und kann es kaum aushalten, wenn andere dies nicht tun. Das rigide Festhalten einer einmal eingeschlagenen Richtung verringert die geistige und soziale Beweglichkeit. Das oftmalige ambivalente Zögern und Pendeln zwischen Für und Wider verhindert rasche und treffsichere Entscheidungen. In der Verhaltenstherapie ist bedeutsam, inwiefern obige Verhaltensmuster Vermeidungen sind und was sie vermeiden sollen. Es wird einerseits Unvorhersehbarkeit, Instabilität und Veränderung vermieden (die beängstigend wirken), andererseits verhindert die Normorientierung eventuelle Normverletzungen und Strafe. Angst (vor Strafe) und Schuldgefühle sind verhaltenssteuernde emotionale Signale, die durch zwanghaftes Verhalten rasch abgebaut werden. Ein so wirkender Regelkreis engt die Möglichkeiten der Lebensgestaltung stark ein, so wie ein Schienenfahrzeug sich nur auf seinem eigenen Schienennetz und nicht darüber hinaus bewegen kann. Die beiden wichtigsten emotionalen Verhaltenssteuerungen - Angst- und Schuldgefühle - dominieren über die übrigen Gefühle so sehr, daß das Gefühlsleben insgesamt eingeschränkt ist. Andere Gefühle würden den genannten Regelkreis nur stören und Angst- oder Schuldgefühle intensivieren. Unter dieser Einschränkung des Gefühlsleben leidet die Qualität zwischenmenschlicher Beziehungen. Krisen in Beziehungen werden mit einer Intensivierung des dominanten Streßbewältigungsmusters, d.h. des zwanghaften Verhaltens beantwortet, wodurch sie in der Regel eher verschärft werden, weil Verhandlungs-, Kompromiß- und Änderungsbereitschaft dadurch abnehmen. Wirkliche emotionale Nähe und Begegnung werden ebenso verhindert wie eine Ritterrüstung körperliche Berührung verhindert. Die Entstehung einer Zwangsneurose setzt zwar keine zwanghafte Persönlichkeit voraus, trotzdem liegen dieselben Mechanismen zugrunde. Eine besonders belastende oder traumatische Lebenssituation kann zur Auslösung eines Zwangssyndroms mit klinischen Zwangssymptomen führen, wenn die für den Alltag genügenden Bewältigungsmuster (= zwanghaftes Verhalten) nicht zur Streßbewältigung ausreichen. Natürlich kann auch eine Depression oder irgendeine andere psychische oder psychosomatische Störung auftreten, wenn die Auslösesituation ein anderes Symptommuster als bestmöglichen Bewältigungsversuch erfordert.

Literatur: DSM-IV und ICD-10 Falldarstellungen (Zaudig et al. 2000), Hoffmann (1990).

Skala 3 (zw):

	gar nicht	kaum	etwas	deutlich	sehr	extrem
301 Immer wieder kann ich Aufgaben nicht zum Abschluß bringen, weil ich es so genau und perfekt machen möchte	0	1	2	3	4	5
302 Ich verliere mich oft in Details, Regeln, Listen, Ordnung, Organisation oder Plänen, daß mir die Hauptsache dabei verloren geht	0	1	2	3	4	5
303 Ich beharre sehr fest darauf, daß meine Arbeits- oder Vorgehensweisen von anderen übernommen werden	0	1	2	3	4	5
304 Ich überlasse anderen nur widerwillig Tätigkeiten, weil diese sie ohnehin nicht perfekt genug durchführen	0	1	2	3	4	5
305 Meine Arbeit und Produktivität ist mir wichtiger als meine privaten Vergnügen und als zwischenmenschliche Beziehungen	0	1	2	3	4	5
306 Ich zögere Entscheidungen oft hinaus, weil ich das Für und Wider zu ausgiebig abwäge und mir nicht klarwerde, was mir letztendlich wichtiger erscheint	0	1	2	3	4	5
307 Ich bin in sehr hohem Maße gewissenhaft, besorgt und eher unnachgiebig in Bezug auf Moral und menschliche Werte	0	1	2	3	4	5
308 Mit Zeit, Geld oder Geschenken bin ich sparsam. Ich gebe nur etwas, wenn ich angemessene Gegenleistungen erwarten kann	0	1	2	3	4	5
309 Ich kann mich auch von längst nicht mehr benutzten Gegenständen nicht trennen	0	1	2	3	4	5
310 Gefühle drücke ich nur sparsam aus	0	1	2	3	4	5

Haben Sie den Eindruck, daß diese Liste einen wichtigen Bereich Ihrer Persönlichkeit charakterisiert?

JA/NEIN

Skala 3 (ZW)

Zu 4. Passiv-aggressive Persönlichkeit:

Die passiv-aggressive Persönlichkeit ist eine relativ neu beschriebene Kategorie. Ähnlich wie bei der Borderline-Persönlichkeit führte die Kenntnis der Persönlichkeitsbeschreibung allmählich zum immer häufigeren Auffinden von Menschen, auf die diese Beschreibung zutrifft. Dies ist nicht anders, als bei allen anderen früher definierten Persönlichkeitsstypen. Das läßt nicht den Schluß zu, daß sie eigentlich nicht existieren und suggestible unkritische Therapeuten fortan nicht Existentes wahrnehmen und diagnostizieren. Sowohl unter einer passiven als auch unter einer aggressiven Persönlichkeit könnte sich jeder etwas vorstellen, das Zusammenfügen der Begriffe macht das Verständnis schwer, so lange man nicht verhaltensanalytisch die darin steckenden Vermeidungsstrategien aufzufindig gemacht hat. Bezieht man die Betrachtung mit ein, daß es sich um die Kennzeichnung der besonderen Art der Gestaltung sozialer Interaktionen und Beziehungen handelt, so sind wir wieder einen Schritt weiter. Da passen Begriffe wie passiver Widerstand und Boykott, unterschwellige Rebellion, Unbelehrbarkeit oder Stänkern. Die passive Seite zeigt sich darin, daß nicht selbst Initiativen, Vorschläge oder Verantwortung übernommen wird, dies würde größte Angst vor Fehlschlägen oder Kritik auslösen. Die aggressive Seite ist einmal der Ausdruck der Frustration der anspruchsvollen Bedürfnisse, versorgt oder bedient zu werden, andererseits des Unmuts darüber, nicht selbst in der Lage zu sein, aktiv zu werden: es zu wollen und nicht zu können - solange in der Aktivität blockiert zu sein, bis die anderen anfangen, Aktivität zu fordern, anzutreiben. In dieser Situation der Unfähigkeit und Unzulänglichkeit ist Aggressivität die beste Vorwärtsverteidigung, sie hilft aus dem Sumpf depressiver Selbstwahrnehmung heraus und macht aus dem „ich kann nicht“ ein „ich will nicht“. Dies ist für das Selbstgefühl weniger abträglich. Im sozialen Kontext verhilft die Aggressivität ebenfalls zu einem entlastenden Positionswechsel: Vom „geängelt“, „unter Druck Gesetzten“ zum „Couragierten“, „Kritischen“ oder „Nonkonformisten“. Daraus wird ersichtlich, daß der aggressive Teil eine Kompensation des Passiven ist, der dadurch erträglich wird. Es gibt sicher sehr viel mehr passive Menschen, aber nur ein kleiner Teil kompensiert dies durch Aggressivität. Andere finden sich damit ab, einige leiden einfach darunter. Insgesamt hat der passiv-aggressive Mensch auch nicht weniger zu leiden. Denn durch seine Aggressivität entzieht er sich selbst viel soziale Zuwendung und Bestätigung, die er eigentlich dringend benötigt, und nimmt sich die Motivation, aktiv zu werden.

Literatur: DSM-III-R-Falldarstellungen (1991)

Skala 4 (pa):

	gar nicht	kaum	etwas	deutlich	sehr	extrem
401 Ich kann Fristen deshalb nicht einhalten, weil ich mit dem Betreffenden bis zuletzt über Unstimmigkeiten oder Unklarheiten streiten oder verhandeln muß	0	1	2	3	4	5
402 Wenn man von mir etwas verlangt, das ich nicht tun möchte, werde ich mürrisch oder gereizt oder es kommt zum Streit	0	1	2	3	4	5
403 Arbeiten, die ich nicht tun möchte, verrichte ich immer langsam oder als "Dienst nach Vorschrift"	0	1	2	3	4	5
404 Oft beschwere ich mich, weil andere unsinnige Forderungen an mich stellen	0	1	2	3	4	5
405 Pflichten "vergesse" ich einfach	0	1	2	3	4	5
406 Ich bin in der Ausübung meiner Tätigkeiten besser, als andere glauben	0	1	2	3	4	5
407 Ich ärgere mich, wenn andere mir sagen wollen, wie ich meine Arbeit besser machen könne, selbst wenn sie Recht haben	0	1	2	3	4	5
408 Wie und wann ich meine Arbeit mache, entscheide ich, die sollen warten, bis ich fertig bin	0	1	2	3	4	5
409 Wenn mir nicht gefällt, was mein Gegenüber will, so gehe ich eher in eine passive Verweigerung als in offenen Protest	0	1	2	3	4	5
410 Bei Autoritätspersonen fällt mir sofort ein, was es an denen zu kritisieren gibt, so daß ich nicht so viel Achtung vor Ihnen habe	0	1	2	3	4	5

Haben Sie den Eindruck, daß diese Liste einen wichtigen Bereich Ihrer Persönlichkeit charakterisiert?

JA/NEIN

Skala 4 (pa)

Zu 5. Histrionische Persönlichkeit:

Abgesehen von der inzwischen diskriminierenden Bedeutung des Begriffes „hysterisch“, ist Hysterie ein eng mit der psychoanalytischen Theorie verknüpftes Krankheitskonzept. Der Alternativbegriff „Konversionsneurose“ oder „Konversionssyndrom“ beinhaltet sogar den psychodynamischen Prozeß der Konversion eines unbewußten klinischen Konflikts in eine somatische Funktionsstörung. Der Begriff „histrionisch“ beschreibt diejenigen Menschen, die **überemotional** reagieren, alle Erlebnisse mit intensivem Gefühl beantworten und dabei im emotionalen Agieren verharren, ohne die Emotionen in ihrer eigentlichen Funktion als verhaltenssteuernde Signale zu nutzen und von der Emotion zum realistischen Erfassen einer Situation, zur rationalen Entscheidungsfindung und zum handelnden Bewältigen zu kommen. Da intensive Emotionen immer irgendeine Art Alarm darstellen, ist es so, als ob ständig etwas ganz Besonderes passieren würde, das unverzüglich die ganze Aufmerksamkeit erfordert. So wie der selbstunsichere, sozial gehemmte Mensch im sozialen Kontext sich ständig in einer beängstigenden bedrohlichen Situation befindet, die ihn emotional alarmiert, befindet sich auch der histrionische Mensch ständig in Situationen, die ihm intensive Reaktionen abverlangen. Beim sozial unsicheren Menschen resultiert aus dieser Bedrohlichkeit die entgegengesetzte Reaktionstendenz. Auch in Situationen, in denen positive Zuwendung erwartet wird, ist bei histrionischen Menschen das Verhalten durch starke Emotionalität geprägt, sich und den anderen dadurch große Erlebnisintensität vormachend. Tatsächlich wird versucht, bei anderen Aufmerksamkeit, Interesse und manchmal auch Begehren zu wecken. Durch die intensive gefühlvolle Zuwendung fühlen sich andere auch sehr angesprochen. Reagieren sie nun mit ähnlich intensiven Gefühlen oder Interessensbekundungen, so macht dies dem histrionischen Menschen Angst. Er zieht sich zurück - im sexuellen Bereich besteht die Neigung zu Frigidität und Angst vor Hingabe - durch sie dem drohenden Mißbrauch hilflos ausgeliefert zu sein. Mit dem Interesse und Begehren der anderen wird wie mit dem Feuer gespielt. Das Zündeln ist lustvoll, das entfachte Feuer macht panische Angst. Es besteht eine deutliche Wahrnehmungsverzerrung: Die eigenen ausgesandten emotionalen Signale werden nicht in ihrer vollen Intensität wahrgenommen. Spricht der andere adäquat in gleicher emotionaler Intensität darauf an, so erscheint dessen Reaktion erschreckend intensiv. Die eigenen emotionalen Reaktionen sind gewohnheitsgemäß so intensiv, daß ihre Intensität eine gewohnte Vertrautheit herstellt, Sicherheit sowie das Gefühl von aktiver Situations- oder Beziehungsgestaltung vermittelt und das drohende Gefühl des passiv Ausgeliefertseins vermeiden hilft. Insgesamt wird die Funktion des Emotionalen verschoben vom verhaltenssteuernden Signal, d.h. dem Signal, das zum situationsabhängigen Handeln führt, zur endgültigen und instrumentellen Reaktion selbst. Denn es wurde die Erfahrung gemacht, daß bereits die intensive Emotion die erwünschte Konsequenz herbeiführt bzw. ein unerwünschtes Ereignis verhindert: Es ist nützlich, emotional zu sein. Mit diesem operativen Benutzen der Emotion geht aber ihre Signalfunktion „Echtheit“ verloren.

In der zwischenmenschlichen Kommunikation bedeutet dies, daß der andere den Eindruck der „Launenhaftigkeit“ gewinnt, weil auch der kommunikative Aspekt der Emotion nicht mehr korrekt entschlüsselt werden kann.

Literatur: DSM-IV und ICD-10 Falldarstellungen (Zaudig et al. 2000), DSM-III-R-Falldarstellungen (1991)

Skala 5 (hi):

	gar nicht	kaum	etwas	deutlich	sehr	extrem
501 Ich brauche sehr viel Bestätigung und Beifall und irgendwie verschaffe ich mir das auch	0	1	2	3	4	5
502 Attraktives Aussehen und Auftreten steht an erster Stelle und verführerisch wirken darf gern dabei sein	0	1	2	3	4	5
503 Ich achte sehr darauf, daß es mir nicht passiert, unattraktiv auszusehen, das wäre mir sehr unangenehm	0	1	2	3	4	5
504 In zwischenmenschlichen Situationen bin ich mit meinen Gefühlen mit Haut und Haaren dabei und ich drücke meine Gefühle sehr stark aus - manchen mag das überschwenglich erscheinen	0	1	2	3	4	5
505 Ich fühle mich wohler, wenn ich im Mittelpunkt stehe, als wenn ich wenig Beachtung in einer geselligen Runde finde	0	1	2	3	4	5
506 Meine Gefühle können relativ schnell wechseln - mal bin ich ganz glücklich und froh, dann wieder ganz traurig	0	1	2	3	4	5
507 Meine Wünsche sind mir ganz wichtig und da möchte ich nicht lange warten	0	1	2	3	4	5
508 Ich reagiere so stark mit Gefühlen, daß sie mich in schwierigen Situationen eher kopflos machen	0	1	2	3	4	5
509 Einerseits gehe ich direkt in nahen Kontakt, aber wenn der andere dann die Initiative ergreift, wird es mir auch schnell zu nah und ich ergreife die Flucht	0	1	2	3	4	5
510 Sprachlich verwende ich gerne ausschmückende Worte, so eine genaue Sprache liegt mir nicht	0	1	2	3	4	5

Haben Sie den Eindruck, daß diese Liste einen wichtigen Bereich Ihrer Persönlichkeit charakterisiert?

JA/NEIN

Skala 5 (hi)

Zu 6. Schizoide Persönlichkeit:

Der Begriff „schizoid“ weist auf eine Spaltung hin. Tatsächlich erscheinen uns schizoide Menschen, als ob sie ihre Gefühle und Bedürfnisse nach nahen zwischenmenschlichen Beziehungen abgespalten hätten und keinerlei Zugang mehr zu ihnen finden würden. Sie vermissen sie nicht einmal und fühlen sich emotionslos und beziehungslos am wohlsten - wie eine „splendid isolation“. Geht einmal eine wichtige Beziehung oder Partnerschaft zu Ende, so entsteht keine Trauer, höchstens ein Bedauern. Anderen erscheint dies manchmal als erschreckende Kälte. Gerade dies zeigt die Vermeidungsfunktion des schizoiden Verhaltensmuster. Es ist ein machtvoller Schutzmechanismus. Wir können ahnen, wie schwach und hilflos ein Mensch sein oder sich einstufen muß, wenn er so radikaler Schutzmechanismen bedarf. Irgendwelche Gefühle oder das Bedürfnis nach Nähe ins Bewußtsein lassen, ist zu fest mit einer existentiellen Bedrohung assoziiert, daß nur ihr völliges Fernhalten aus dem Bewußtsein diese Bedrohung abwenden kann. Nach dem Motto „Gibt man dem Teufel den kleinen Finger, so nimmt er die ganze Hand“ wird auf diese Weise eine perfekte Vermeidung des emotionalen Bereichs aufrecht erhalten. Diese perfekte Vermeidung verhindert beim schizoiden Menschen, daß er auch nur ein Minimum an Angst spüren muß. Es werden alle Gefühle ausgesperrt, auch die Angst. Er ist damit vor emotionalen und sozialen Bezügen so sicher wie man in einem Gefängnis sicher ist vor der sozialen Umwelt. Da es ein inneres Gefängnis ist, besteht auch eine innere Einsamkeit. Erst wenn diese unerträglich wird, werden zaghafte, angstvolle Schritte in emotionale Begegnungen gewagt, d.h. versucht von der schizoiden Haltung abzulassen. Aber mit dem Öffnen oder Herausrauen aus der Schutz- und Trutzburg beginnt ein Leidensweg, der durch Angst und Depression geprägt ist. Dies zeigt wiederum die wichtige Schutzfunktion des schizoiden Verhaltensmusters. Ohne sie werden elementare soziale Bedürfnisse wach. Versuche, sie zu befriedigen machen so viel Angst, daß zurückgewichen wird. Eventuell entsteht ein Oszillieren zwischen Nähe und Distanz - und die endlich resultierende Hoffnungslosigkeit und Hilflosigkeit bezüglich einer Bedürfnisbefriedigung führt letztendlich zu Depression. Psychosomatische Symptombildungen der Haut kommen gelegentlich bei schizoiden Menschen vor - die Haut als Grenze zwischen einem selbst und einem anderen Menschen und zugleich als Kontaktorgan eignet sich besonders zur somatischen Abbildung dieses Nähe-Distanz-Problems.

Literatur: DSM-IV und ICD-10 Falldarstellungen (Zaudig et al. 2000), DSM-III-R-Falldarstellungen (1991)

Skala 6 (sc):

	gar nicht	kaum	etwas	deutlich	sehr	extrem
601 Ich verspüre nicht den Wunsch nach einer nahen Beziehung, ich habe auch keine Freude an solchen Beziehungen	0	1	2	3	4	5
602 Es ist mir nicht wichtig, einer Familie oder einem Freundeskreis anzugehören	0	1	2	3	4	5
603 Ich suche mir fast immer Unternehmungen aus, die ich allein machen kann	0	1	2	3	4	5
604 So starke Gefühle wie Wut oder Freude habe ich selten	0	1	2	3	4	5
605 Sexuelle Kontakte sind mir nicht wichtig	0	1	2	3	4	5
606 Lob und Kritik anderer Menschen lösen in mir kaum Gefühle aus	0	1	2	3	4	5
607 Abgesehen von Eltern und Geschwistern habe ich höchstens eine wichtige Bezugsperson (Freund(in) oder Person meines Vertrauens)	0	1	2	3	4	5
608 Ich lasse nur sehr wenig Gefühle aus mir heraus	0	1	2	3	4	5
609 Ich weiß von mir, teils weil andere mir das sagten, daß ich kaum Wärme ausstrahle, eher distanziert wirke	0	1	2	3	4	5
610 Ich weiß von mir, teils durch andere, daß ich selten durch meinen Gesichtsausdruck oder Gesten (wie Lächeln oder Nicken) zeige, was in mir vorgeht	0	1	2	3	4	5

Haben Sie den Eindruck, daß diese Liste einen wichtigen Bereich Ihrer Persönlichkeit charakterisiert?

JA/NEIN

Skala 6 (SC)

Zu 7. Narzißtische Persönlichkeit:

Auch der Begriff „narzißtisch“ entstammt der psychoanalytischen Theorie. So ist nicht verwunderlich, daß die treffendste klinische Beschreibung dieses Persönlichkeitstypus aus dem klinischen Erfahrungsschatz tiefenpsychologischer Psychotherapeuten kommt: „Narzißtische Persönlichkeiten fallen auf durch ein ungewöhnliches Maß an Selbstbezogenheit im Umgang mit anderen Menschen, durch ihr starkes Bedürfnis, von anderen geliebt und bewundert zu werden und durch den eigenartigen (wenn auch nur scheinbaren) Widerspruch zwischen einem aufgeblähten Selbstkonzept und gleichzeitig einem maßlosen Bedürfnis nach Bestätigung durch andere. Ihr Gefühlsleben ist seicht; sie empfinden wenig empathisch die Gefühle anderer und haben - mit Ausnahme von Selbstbestätigungen durch andere Menschen und eigenen Größenphantasien - im Grunde aber wenig Freude am Leben; sie werden rastlos und leiden unter Langeweile, sobald die äußere Fassade ihren Glanz verliert und momentan keine neuen Quellen der Selbstbestätigung zur Verfügung stehen“. (Kernberg 1983, S. 261 f). Wie bei den anderen beschriebenen Idealtypen trifft auch diese Beschreibung nicht auf viele Menschen zu. Wenn wir ihnen begegnen, sind sie jedoch leicht zu identifizieren. Klinisch relevant sind nur diejenigen, die diesen Idealtypen nahekomen, denn diese Idealtypen entsprechen dysfunktionalen Erlebens- und Verhaltensstereotypen. Man könnte ebenso viele Persönlichkeitstypen mit funktionalen, gesund erhaltenden Erlebens- und Verhaltensmustern beschreiben. Sie interessieren weniger bei der Problem- als bei der Zielanalyse im Rahmen der Verhaltensdiagnose. Welche Funktionen erfüllt nun das narzißtische Verhaltensstereotyp? Die Problemlage entspricht der des depressiven Menschen, dessen Selbstwertregulierung extrem gestört ist. Das Reservoir ist wie ein durchlöcherter Eimer, der mit unentwegtem Bemühen wieder aufgefüllt werden muß, um nicht depressiv zu werden. Narzißmus ist nur eine Variante dieses sisyphusartigen Bemühens. allerdings eine sehr auffällige oder aufdringliche im Gegensatz zur dependenten Persönlichkeit. Das immer wieder erfolgreiche Bemühen um Anerkennung und Bewunderung verschafft das übertrieben erscheinende stolze, triumphierende, herablassende, abwertende Selbstgefühl. Unaufhaltsam leert sich das Selbstwertreservoir jedoch wieder und es muß nach nur kurzem Ausruhen auf den Lorbeeren wieder mit großem Aufwand Beifall geheischt und Bewunderung einkassiert werden. War das Selbstwertreservoir bedrohlich leer, so erscheint dieses Bemühen hektisch, ist reiche Beute in Sicht, eher gierig. Ist es dann wieder übergelb, so erscheint wieder die vorübergehend aufgeblähte Satttheit an Selbstwert. Es handelt sich nicht einfach um einen unsympathischen Egoismus, sondern um einen existentiellen Kampf gegen die ständig drohende Mittelmäßigkeit, Bedeutungslosigkeit und Nichtigkeit, deren Eintreten zur Depression führen würde. Deshalb ist es nicht verwunderlich, daß in diesem Überlebenskampf keine Zeit und Energie für andere Menschen und für deren Anliegen bleibt.

Wird ein narzißtischer Mensch einmal psychisch oder psychosomatisch krank, so ist alleine die Tatsache, daß er hilfsbedürftig ist, so kränkend und sein Selbstwertgefühl wird dabei so verletzt, daß ein Therapeut, der diese Kränkung nicht würdigt, leicht zur „gekillten Koryphäe“ wird. Denn der Triumph über dessen erfolglose Therapie wird dringend zur Rettung des eigenen Selbstwerts benötigt.

Literatur: DSM-III-R-Falldarstellungen (1991), Akhtar et al. (1982), Svrvakic (1985)

Skala 7(na):

	gar nicht	kaum	etwas	deutlich	sehr	extrem
701 Auf Kritik reagiere ich oft mit intensiven Gefühlen der Wut, Scham oder Demütigung, ob ich es nun zeige oder nicht	0	1	2	3	4	5
702 Es gelingt mir oft, die Beziehungen zu anderen Menschen dazu zu nutzen, meine Ziele voranzubringen	0	1	2	3	4	5
703 Ich bin mir meiner doch großen Fähigkeiten und Talente sehr bewußt und möchte, daß andere diese deutlich sehen und richtig respektieren	0	1	2	3	4	5
704 Wenn ich mal Probleme habe, dann aus ganz besonderen einzigartigen Gründen. Nur wenige, besondere Menschen können das dann verstehen	0	1	2	3	4	5
705 Sehr oft bewegen mich Phantasien großen Erfolges	0	1	2	3	4	5
706 Im Kontakt mit anderen ist mir deren laufende Aufmerksamkeit wichtig. Ich ertappe mich dabei, daß ich mir Ihre Bewunderung holen möchte	0	1	2	3	4	5
707 Mit den Gefühlen anderer befasse ich mich nicht so sehr	0	1	2	3	4	5
708 Ich habe den Anspruch, von anderen meiner einzigartigen Persönlichkeit entsprechend behandelt zu werden, nicht wie einer unter vielen	0	1	2	3	4	5
709 Wenn ich es mal nicht geschafft habe, erstklassig zu sein, sondern nur durchschnittlich abschneide, so fühle ich mich als der ganz große Versager und fürchte zu einem Nichts zu werden, nichts mehr wert zu sein	0	1	2	3	4	5
710 Wenn andere mehr haben oder erreichen, werde ich extrem neidisch	0	1	2	3	4	5

Haben Sie den Eindruck, daß diese Liste einen wichtigen Bereich Ihrer Persönlichkeit charakterisiert?

JA/NEIN

Skala 7 (na)

Zu 8. Borderline Persönlichkeit:

Die Borderline-Persönlichkeit wird von manchen Psychiatern, Psychologen und Wissenschaftlern auch heute noch ins Reich der Märchen verwiesen. Fragt man sie, mit welchem Patienten sie in ihrer bisherigen Praxis die größten Schwierigkeiten hatten und am ungernsten arbeiten, so beschreiben sie dann doch Menschen mit einer Borderline-Persönlichkeit. In unserem Kontext der acht Haupttypen ist eine klinisch nicht auffällige Persönlichkeit gemeint. Wird dagegen die klinische Diagnose einer Borderline-Persönlichkeitsstörung nach DSM-IV oder ICD-10 - oft auch Borderline-Syndrom genannt - gestellt, so liegt eine behandlungsbedürftige klinische Erkrankung vor, die heute recht effizient mit dem dialektischen Verhaltenstherapieansatz (DBT) von Marsha Linehan (1996a) behandelt werden kann. Kommt ein Patient mit einer klinisch nicht auffälligen Borderline-Persönlichkeit wegen einer anderen psychischen oder psychosomatischen Erkrankung zu uns in Behandlung, so muß dies bei der Problem- und Zielanalyse und der Therapieplanung berücksichtigt werden, da im Vorgehen wesentliche Modifikationen erforderlich sind. Manchmal fallen uns Borderline-Patienten zuerst dadurch auf, daß sie sich völlig unerwartet und abrupt gegen einen scheinbaren oder tatsächlichen Übergriff verwahren oder daß sie uns exakt treffend auf den Kopf zusagen, daß wir z. B. ein deutliches inneres Ressentiment gegen sie haben. Manchmal machen wir erst spät die Erfahrung, daß der sehr schnell entstandene emotionale Rapport und die sehr gute, geradezu ideale gefühlsmäßige Beziehung einerseits durch die Verteufelung und Abwertung einer anderen wichtigen Bezugsperson erkaufte war, andererseits sie die ersten Belastungsproben und Kontroversen nicht überstand und nun heftige Wut und Vorwürfe auf den Therapeuten bestehen und entweder der Therapieabbruch oder ein Suizidversuch Dauerthema werden und ein Weiterkommen in der Therapie nicht mehr zulassen.

Bei Borderline Persönlichkeiten besteht eine 4-fache Instabilität:

- a) affektive Labilität und inadäquat heftiger Ärger oder mangelnde Kontrolle von Wut und Ärger. Unfähigkeit zu trauern;
- b) instabiles Verhalten: potentiell selbstschädigende Impulsivität oder parasuizidale Körperverletzungen bzw. Suiziddrohungen;
- c) interpersonelle Instabilität: unstabile, intensive zwischenmenschliche Beziehungen und Einstellungen. Verzweifelte Versuche, reales oder scheinbares Verlassen zu verhindern;
- d) Selbstinstabilität: Störung der Wahrnehmung der eigenen Identität, chronische Gefühle der inneren Leere und Langeweile.

Lerngeschichtlich muß eine extreme Verunsicherung der Selbst- und Fremdwahrnehmung durch die Eltern stattgefunden haben: „Deine Wahrnehmung, Gefühle, Gedanken sind nicht richtig!“ Das emotionale Überreagieren des Kindes wurde durch massives Gegenreagieren der Eltern aufrecht erhalten. In neuen Beziehungen entstand jedesmal wieder eine unrealistisch große Hoffnung, zugleich ein ständiges Suchen nach Anzeichen der Enttäuschung, heftigem Reagieren der geringsten Abweichung vom erhofften Ideal, Desillusionierung und Eskalation von Konflikten. Enttäuscht von sich und den anderen ist wieder mal ein Paradies verloren gegangen. Fazit: „Alle Menschen sind so enttäuschend, beim nächsten Mal muß ich mich noch mehr emotional engagieren, noch verzweifelter kämpfen“. Chronische Gefühle der Leere sind so wenig tolerabel, daß sie durch selbstschädigende Handlungen übertönt werden müssen. Borderline-Patienten werden wegen ihrer punktuellen Wehrhaftigkeit und treffsicheren interpersonellen Wahrnehmung irrtümlicherweise in ihrer sozialen

Skala 8 (ei):	gar nicht	kaum	etwas	deutlich	sehr	extrem
801 Ich habe extrem intensive Beziehungen zu einem einzigen Menschen, leider nicht dauerhaft. Oft beginnt es mit starken Idealisierungen und endet ganz vehement in dessen völliger Verachtung und Abwertung	0	1	2	3	4	5
802 Ganz impulsiv kommt es bei mir zu Verhaltensexzessen wie Geldausgeben oder Ladendiebstahl oder rücksichtslosem Fahren oder sexuellen Exzessen oder Freßanfällen oder Alkohol- oder Medikamentenmißbrauch	0	1	2	3	4	5
803 Stunden bis Tage lang habe ich außerhalb psychischer Erkrankungen sehr starke Verstimmungen mit Depression, starker Reizbarkeit oder großer Angst	0	1	2	3	4	5
804 Immer wieder kommt es bei mir zu extrem starker Wut, der ich ganz ausgeliefert bin, oder ich kann meine Wut nicht kontrollieren und muß etwas Aggressives tun	0	1	2	3	4	5
805 Es kommt immer wieder dazu, daß ich mit Selbstmord drohe oder einen Selbstmordversuch begehe oder mich körperlich absichtlich verletze	0	1	2	3	4	5
806 Ich kann mir nicht bewußt machen oder spüren, wer oder was ich bin, was ich will, was mir wichtig ist, auch bei meinen Freunden	0	1	2	3	4	5
807 Ich habe sehr oft und anhaltend ein Gefühl der quälenden Leere oder extremer Langeweile. Diese ist fast schlimmer als meine quälenden intensiven Gefühle	0	1	2	3	4	5
808 Bei mir ist es oft so, daß ich einen Menschen für ganz und gar gut, dagegen einen oder andere Menschen für völlig schlecht oder unerträglich empfinde	0	1	2	3	4	5
809 Oft frißt mich das Hin- und Hergerissensein zwischen intensiven gegensätzlichen Gefühlen wie Haß und Liebe oder Glück und Unglück auf	0	1	2	3	4	5
810 Allein und verlassen sein ist so schlimm, daß ich alles tue, ganz verzweifelte Aktivitäten starte, um dies zu verhindern. Meist erreiche ich damit das Gegenteil.	0	1	2	3	4	5

Charakterisiert diese Liste einen wichtigen Bereich Ihrer Persönlichkeit?

JA/NEIN

Skala 8 (ei)

Kompetenz überschätzt. Tatsächlich weisen sie Defizite in allen Lebensbereichen auf.

Literatur: DSM-IV und ICD-10 Falldarstellungen (2000), DSM-III-R-Falldarstellungen (1991), Swenson (1989)

Zu 3.5. Persönlichkeit: abschließendes Urteil

Davon ausgehend, daß die wenigsten unserer Patienten exklusiv durch einen der acht Haupttypen beschrieben werden können, ist es naheliegend, eine teilweise Ordinalskalierung vorzunehmen. Wenn überzeugende Zuordnungen zu einem oder mehreren Haupttypen gelungen sind, so kann z. B. von einer selbstunsicheren (traf am meisten zu) Persönlichkeit mit zwanghaften (traf am zweitmeisten) Zügen gesprochen werden. Auch wenn keine der acht Haupttypen paßte und ein anderer Begriff, der kein Synonym der Typen ist, den Bewältigungsstereotyp des Patienten am treffendsten beschreibt, sollte man sich nicht scheuen, einen eigenen Begriff zu verwenden, sei es „kontemplativ“, „tagträumerisch“ o.ä. Wichtig ist lediglich, daß

- a) ein dysfunktionaler Verhaltensstereotyp,
- b) dessen Vermeidungsfunktion und
- c) seine Bewahrungsfunktion (positive Verstärkungen)

herausgearbeitet werden.

Die VDS-Persönlichkeitsskalen sind inzwischen empirisch untersucht worden (Sulz et al. 1998, Sulz und Theßen 1999, Sulz und Müller 2000). Dabei ergaben sich gute bis sehr gute Reliabilitätswerte (standardisierter Alpha-Koeffizient):

Skala	Studie 1	Studie 2	Studie 3
selbstunsicher	.83	.82	.90
dependent	.72	.71	.79
zwanghaft	.47	.63	.73
passiv-aggressiv	.53	.67	.80
histrionisch	.74	.71	.84
schizoid	.74	.72	.83
narzißtisch	.48	.70	.77
Borderline	.77	.82	.85
Neurotizismus	.88	.92	.93 (Gesamtwert über alle Skalen)

Studie 1: Sulz et al. 1998 (N = 62, Patienten der CIP-Ambulanz). Bei dieser Studie waren die Antwortkategorien noch dichotom (0 = nein, 1 = ja), während bei den beiden folgenden Studien bereits die in diesem Buch wiedergegebenen Skalierungen von 0 bis 5 vorlagen)

Studie 2: Sulz und Theßen 1999 (N = 160, Patienten psychotherapeutischer Praxen)

Studie 3: Sulz und Müller 2000 (N = 203, nichtklinische Stichprobe)

Literatur:

Fiedler: Persönlichkeitsstörungen. Weinheim: PVU 1998

Dilling et al.: ICD-10-Forschungskriterien. Bern: Huber 1999

Saß et al.: Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen DSM-IV (1998), DSM-III-R-Falldarstellungen (1991)