

1 Charakterisierung der histrionischen Persönlichkeitsstörung

Personen, die eine histrionische Persönlichkeitsstörung (HIS) und (in abgeschwächter Form) auch Personen mit einem histrionischen Persönlichkeitsstil weisen bestimmte Charakteristika auf:

- Sie *dramatisieren* („Histrion“ ist die Bezeichnung von Schauspielern im klassischen Rom) und stellen sich selbst und Inhalte in theatralischer Weise dar (Slavney, 1978).
- Sie wollen von Interaktionspartnern (IP) Aufmerksamkeit: Sie wollen im Mittelpunkt stehen, gesehen, gehört, ernst genommen werden (Bornstein, 1999).
- Sie erreichen dies durch verschiedene Arten manipulativer Strategien, z.B. gut aussehen, attraktiv sein, sexy sein, aber auch jammern und klagen usw. (Bornstein, 1999; Lilienfeld et al., 1986; Stone, 1993).
- Sie sind sehr kontaktfreudig, extrovertiert, hoch emotional; sie können schlecht allein sein, brauchen „Action“, langweilen sich schnell (Bornstein, 1999; Chen et al., 2004; Süllwold, 1990).
- Sie zeigen größere Unzufriedenheit mit Partnern und stärkere Neigung zu Affären als Kontrollgruppen (Apt & Hurlbert, 1994).

Die Prävalenz der Störung wird auf ca. 2% geschätzt (Nestadt et al., 1990; Grant et al., 2004); bei klinischen Stichproben liegt die Prävalenzrate bei 24% (Johnson et al., 1996).

Frauen erhalten die Diagnose oft häufiger als Männer (Schotte et al., 1993; Zimmermann & Coryell, 1989).

Es wurden hohe Komorbiditäten von HIS mit anderen Störungen gefunden:

- mit Angststörungen (Blashfield & Davis, 1993; Cohen & Cohen, 1996; Rost et al., 1992);
- mit Somatisierungsstörungen (Reich, 1987; Rost et al., 1992; Stern et al., 1993);
- mit Substanzabhängigkeit (Cohen & Cohen, 1996).

2 Theorie der histrionischen Persönlichkeitsstörung

Hier soll der Ansatz der Klärungsorientierten Verhaltenstherapie (Sachse, 2003) bei der histrionischen Störung (Sachse, 2002, 2004a, 2007, 2008a) dargestellt werden.

Auf der Grundlage des Modells der doppelten Handlungsregulation (Sachse, 1999, 2001, 2002, 2004a, 2004b, 2006, 2008a) soll hier ein psychologisches Funktionsmodell der histrionischen Störung dargestellt werden. Dies enthält die Komponenten:

- Beziehungsmotive
- Dysfunktionale Schemata
- Kompensatorische Schemata
- Manipulative Strategien

3 Beziehungsmotive

Personen mit histrionischer Persönlichkeitsstörung weisen insbesondere drei zentrale Beziehungsmotive auf:

- Das Motiv nach *Wichtigkeit*: Das Motiv, im Leben anderer Personen eine zentrale Rolle zu spielen, für andere Menschen eine positive Bedeutung zu haben, für andere Personen wertvoll und eine Bereicherung zu sein, ernst genommen zu werden, wahrgenommen zu werden, beachtet zu werden, gehört zu werden; ohne etwas dafür tun zu müssen.
- Das Motiv nach *Solidarität*: Das Motiv danach, von anderen Menschen Hilfe und Unterstützung zu erhalten, wenn man sie benötigt.
- Das Motiv nach *Verlässlichkeit*: Das Motiv, eine verlässliche Beziehung zu haben, die bestehen bleibt, belastbar ist und nicht „gekündigt“ wird.

4 Dysfunktionale Schemata

Dysfunktionale Schemata sind Annahmen, die eine Person in ihrer Biographie erwirbt und die aktuell in hohem Maße die Informationsverarbeitung und die Handlungsregulation der Person steuern (vgl. Sachse & Fasbender, 2010; Sachse, Fasbender & Breil, 2009; Sachse, Breil & Fasbender, 2009).

4.1 Selbst-Schemata

Selbst-Schemata enthalten Annahmen der Person über sich selbst. Bei HIS sind das vor allem Annahmen der Art:

- Ich bin nicht wichtig.
- Ich bin keine Bereicherung für andere.

- Ich spiele im Leben anderer keine Rolle.
- Ich habe anderen nichts zu bieten.
- Ich habe keine Eigenschaften, die von anderen geschätzt werden.
- Ich habe nichts, was andere anzieht.

Manche Klienten weisen (aufgrund biographischer Erfahrungen) auch noch negativere Schemata auf, die wir als *Toxizitätsschemata* bezeichnen. „Toxizitätsschemata“ sind solche, die Annahmen darüber enthalten, dass man als Person für andere in irgendeiner Form schädigend ist, also lästig, störend, beeinträchtigend oder wirklich schädlich.

4.2 Beziehungsschemata

Beziehungsschemata enthalten Annahmen darüber, wie Beziehungen funktionieren oder was man in Beziehungen zu erwarten hat.

Typische Beziehungsschemata von HIS sind:

- In Beziehungen bekommt man keine Aufmerksamkeit.
- In Beziehungen wird man ignoriert.
- In Beziehungen wird man nicht respektiert.
- In Beziehungen wird man nicht ernst genommen.
- In Beziehungen wird man nicht gehört / gesehen / wahrgenommen.

Ein weiteres Schema lautet: *Beziehungen sind nicht solidarisch*. Es enthält Annahmen wie:

- Auf Partner kann man sich nicht verlassen.
- Wenn man Hilfe braucht, dann bekommt man keine.
- Niemand kümmert sich um mich.
- Ich werde im Stich gelassen.
- Keiner ist an meiner Seite.

4.3 Kompensatorische Schemata

Kompensatorische Schemata sind solche, die dysfunktionale Selbst- und Beziehungsschemata kompensieren. So kompensieren normative Schemata im Wesentlichen dysfunktionale Selbstschemata und Regel-Schemata kompensieren im Wesentlichen dysfunktionale Beziehungsschemata (vgl. Sachse, Breil & Fasbender, 2009).

4.4 Norm-Schemata

Personen mit histrionischer Persönlichkeitsstörung gehen aufgrund ihrer Selbst- und Beziehungsschemata davon aus, dass sie Wichtigkeit oder Solidarität nicht „als Person“, also „unconditional“ oder ohne etwas dafür zu tun, erhalten können.

Sie glauben vielmehr, dass sie (ständig) etwas aktiv tun müssen, um Wichtigkeit herzustellen und Solidarität zu erzeugen.

Daher entwickeln sie Vermeidungsziele in Form normativer Schemata wie:

- Sei die Wichtigste!
- Stehe immer im Mittelpunkt!
- Versuche mit allen Mitteln, Aufmerksamkeit zu erhalten!
- Prüfe immer, ob Du auch die Wichtigste bist!

4.5 Regel-Schemata

Personen mit histrionischer Persönlichkeitsstörung entwickeln kompensatorische Regel-Schemata, in denen sie Interaktionspartnern vorschreiben, wie man mit ihnen umzugehen hat. Solche Schemata sind z.B.:

- Partner (und Therapeuten!) haben mir uneingeschränkte Aufmerksamkeit zu geben!
- Partner haben mir deutlich zu machen, dass ich die Wichtigste (die Einzige) bin!
- Von Partnern erwarte ich uneingeschränkte Aufmerksamkeit (rund um die Uhr)!
- Andere müssen mich ernst nehmen.
- Andere müssen mir zuhören.

Die Regel-Schemata sind oft sehr absolut definiert und lassen Partnern oft wenig Spielraum.

5 Manipulative Strategien

Wir nehmen an, dass die manipulativen Strategien eine eigene Ebene der Handlungsregulation bilden, die wir als „Spielebene“ (nach dem Begriff „Spiel“ in der Transaktionsanalyse; vgl. Berne, 1963) bezeichnen. Die Handlungen auf dieser Ebene sind manipulative Interaktionsstrategien, im Wesentlichen Images und Appelle.

Man muss nach unseren Erfahrungen davon ausgehen, dass viele der von den Klienten angewandten manipulativen Strategien nicht bewusst angewandt werden: Die Klienten sind

sich der Tatsache, dass sie manipulieren, oft gar nicht bewusst bzw. sie sind davon überzeugt, dass sie das Richtige tun oder etwas, was ihnen in hohem Maße zusteht. Daher haben viele Histrioniker kein Bewusstsein über manipulatives Handeln, oft glauben sie im Gegenteil sogar fest daran, dass sie Opfer sind und sich nur wehren.

5.1 Positive und negative Strategien

Personen mit histrionischer Persönlichkeitsstörung entwickeln positive sowie negative manipulative Strategien. Positive Strategien sind solche, die (zunächst einmal) auf Interaktionspartner positiv wirken, die aber keinen hohen „Impact“ haben (Interaktionspartner können sie ignorieren). Negative Strategien sind solche, die für Interaktionspartner zwingend sind, die diese aber auch relativ schnell verärgern können.

Personen mit histrionischer Persönlichkeitsstörung entwickeln *positive Strategien* wie:

- unterhaltsam sein,
- interessant sein,
- attraktiv sein,
- sexy sein,
- erotische Ausstrahlung haben.

Und sie entwickeln *negative Strategien* wie:

- Symptome produzieren,
- Kontrolle ausüben,
- jammern und klagen,
- bedürftig und „arm dran“ sein.

Ein herausragendes Merkmal der histrionischen Persönlichkeitsstörung ist ihre *Dramatik*: Diese eignet sich, um im Mittelpunkt zu stehen, Aufmerksamkeit zu bekommen und andere zum Handeln zu veranlassen. Histrioniker können sich mit verschiedenen Strategien in Szene setzen, z.B. damit, eine Fete zu unterhalten, sexy zu sein, aber auch damit, mitten auf der Feier einen „Herzanfall“ zu bekommen.

Es gelingt ihnen auch, alles *aufzubauschen*: Eine Beziehung ist „ganz toll“, das Leiden ist „völlig schrecklich“, eine Situation ist „nicht auszuhalten“. Differenzierungen stören nur die Dramatik, daher werden sie nicht verwendet. (Dadurch kommt auch der sog. „impressionistische Sprachstil“ zustande.)

Histrioniker können sich in alles mühelos hineinsteigern, deswegen eignet sich *Panik* besonders gut, um Interaktionspartner zu kontrollieren (und deshalb ist Panik eine häufige Co-Morbidität). Die Darstellungen sind überemotionalisiert, aufgebauscht und wirken damit oft übertrieben und unecht. Klientinnen, die sehr gut „schauspielern“, können Partner aber oft lange über ihre Manipulationen hinwegtäuschen; meistens besteht der unmittelbare Impuls von Partnern darin, der Person „nachzugeben“.

5.2 Tests

Beziehungstest sind Teil des strategischen Handelns und kommen dadurch zu Stande, dass durch die Beziehungsgestaltung des Therapeuten zum einen im Klienten die Hoffnung entsteht, hier seine lange frustrierten Motive befriedigt zu bekommen, zum anderen aber auch die Überzeugung aktiviert wird, dass seine Motive nirgendwo befriedigt werden. Damit entsteht ein Zweifel, ob die positiven Beziehungsbotschaften des Therapeuten ehrlich gemeint sind. Um diesen Zweifel auszuräumen, führen Klienten Tests durch.

Bei histrionischen Klienten treten im Therapieprozess mit relativ hoher Wahrscheinlichkeit Tests auf, insbesondere in den ersten fünf Therapiestunden. Tests bestehen meist darin, den Therapeuten in seiner Rolle als Therapeut anzugehen (ihn zu kritisieren, anderes Vorgehen zu fordern u.ä.).

Die typische Testsituation bei Histrionikern ist die, den Therapeuten zu kritisieren, z.B.:

- Sie verstehen mich nicht!
- Sie stellen Fragen, die meinen Zustand verschlimmern!
- Sie schauen auf die Uhr!
- Sie lassen mich einfach so gehen!
- Sie sehen nicht, wie schlecht es mir geht! Usw.

Solche Kritik wird an drei Stellen im Therapieprozess angebracht:

- Während der Stunde,
- nach der Stunde oder
- am Wirksamsten: Vor der nächsten Stunde.

6 Erfolgreiche und erfolglose Histrioniker

Wir definieren zwei Untergruppen von HIS: Erfolgreiche und erfolglose Histrioniker.

Erfolgreiche Histrioniker sind solche Personen, die es durch ihr Handeln schaffen, in hohem Maße Aufmerksamkeit zu erhalten, wahrgenommen, ernstgenommen, respektiert zu werden und so ihre kompensatorischen Ziele in hohem Maße erfüllt zu bekommen (die aber trotzdem ein hohes Ausmaß interaktioneller Kosten produzieren!).

Erfolgreiche Histrioniker sind solche Personen, die sowohl über positive manipulative Strategien als auch über negative Strategien verfügen. Sie können diese Strategien flexibel, je nach situationaler Gegebenheit einsetzen.

Dabei sind sie in der Lage, *zunächst einmal positive Strategien sehr kompetent einzusetzen*, um Aufmerksamkeit zu erhalten. Solche Strategien sind z.B.:

- gut aussehen, attraktiv sein, auffällig sein;
- unterhaltsam sein, Geschichten erzählen, Smalltalk machen können;
- gut drauf sein, andere mit positiver Stimmung anstecken;
- sexy sein, verführerisch aussehen, flirten.

Sollten positive Strategien zur Manipulation nicht mehr ausreichen, dann gelingt es den erfolgreichen Histrionikern, auf negative Strategien, also auf solche mit hohem Impact, zurückzugreifen, wobei sie dies jedoch dann meist überlegt, vorsichtig und dosiert tun, um den Bogen möglichst nicht zu überspannen. Solche Strategien betreffen insbesondere die Produktion von Symptomen, wie zum Beispiel Panik, Ängste, Depressionen, Migräne-Anfälle. Images sind:

- „Ich bin arm dran!“
- „Ich bin hilfsbedürftig!“
- „Ich brauche Fürsorge!“
- „Ich brauche jemanden, der für mich da ist!“
- „Ich kann mir nicht alleine helfen!“

Erfolglose Histrioniker sind Personen, denen es nicht (mehr) gelingt, Aufmerksamkeit zu erlangen und die (trotz großer Anstrengungen) ihre kompensatorischen Ziele nicht befriedigen können.

Die erfolglosen Histrioniker sind im Gegensatz zu erfolgreichen Histrionikern Personen, deren Lösung nur (oder überwiegend) in der Realisation negativer Strategien besteht.

Erfolgslose Histrioniker verfügen meist nur über sehr wenige positive Strategien oder sie können diese nicht geschickt einsetzen; sie verwenden überwiegend negative Strategien wie:

- jammern,
- klagen,
- nörgeln,
- kontrollieren,
- Symptome produzieren usw.

Erfolgslose Histrioniker erscheinen oft als so genannte „Jammer-Depressive“: Sie scheinen depressiv zu sein, da sie jammern und klagen, alles negativ sehen, eine Unzahl von Symptomen aufweisen u.a.; sie sind dabei jedoch aktiv, hoch dramatisch, nehmen therapeutische Interventionen nicht an, üben aber gleichzeitig einen hohen Druck auf den Therapeuten aus, ihnen schnell und effektiv zu helfen.

7 Therapeutische Strategien

7.1 Komplementäre Beziehungsgestaltung

Komplementäres Verhalten zur Motivebene ist bei Histrionikern sehr wesentlich. Der Therapeut kann, wenn er sich richtig verhält, bei Histrionikern relativ schnell Beziehungskredit aufbauen und eine vertrauensvolle Therapeut-Klient-Beziehung etablieren (vgl. Sachse, 2000, 2001, 2006; Sachse, Sachse & Fasbender, 2010).

Komplementäres Verhalten bedeutet z.B.:

- dem Klienten besondere Aufmerksamkeit entgegenbringen, ihm aufmerksam zuhören, deutlich machen, dass man sich für ihn und seine Inhalte interessiert;
- den Klienten wahrnehmen und ernst nehmen: den Klienten in der Anfangsphase nicht konfrontieren, ihm entgegenkommen, *die Inhalte ernst nehmen*. Wenn der Klient Leiden demonstriert, dann nimmt der Therapeut das ernst, nimmt es an und versteht es. Man kann sagen: *ein Histrionik-Klient wird nicht eher bereit sein, mit dem Therapeuten zu arbeiten, bis er annimmt, dass der Therapeut das Ausmaß seines Leidens verstanden und akzeptiert hat!*

- dem Klienten deutlich machen, dass es dem Therapeuten wichtig ist, mit dem Klienten zu arbeiten, den Klienten genau zu verstehen und (im Rahmen der Therapie) für den Klienten da zu sein;
- die Aussagen des Klienten verstehen und akzeptieren; den Klienten auf keinen Fall abwerten, die Inhalte auf keinen Fall bagatellisieren;
- alles vermeiden, was als Ignorieren verstanden werden kann: nicht zu spät kommen, wichtige Inhalte nicht vergessen, nicht während der Stunde telefonieren, nicht demonstrativ auf die Uhr schauen, sich nicht vom Klienten ablenken lassen.

Komplementarität bei histrionischen Klienten bedeutet für den Therapeuten häufig, sehr *aktiv* zu sein. Damit wird dem Klienten signalisiert, dass der Therapeut interessiert und um Verstehen bemüht ist. Dies ist gerade bei Klienten, die viel und schnell reden, wichtig. Dabei kann es erforderlich sein, kurze verstehende Statements einzuwerfen, ohne dass der Klient seinen Redeschwall stoppt und den Therapeuten reden lässt. Teilweise reagieren Klienten zu Beginn gar nicht auf die Therapeutenäußerungen. Wichtig ist, dass der Therapeut nicht frustriert aufgibt, sondern weiterhin aktiv verbalisiert usw. Erfahrungsgemäß zeigt sich der positive Effekt von komplementärem Verhalten erst nach einiger Zeit.

Therapeuten sollten sich jedoch auch klar machen, dass Komplementarität auch bedeutet, die Schemata des Klienten möglichst wenig zu triggern. Denn tut man dies als Therapeut, bucht der Klient dem Therapeuten Beziehungskredit ab. Daher sollte ein Therapeut sich bemühen, nichts zu tun, was dysfunktionale oder kompensatorische Schemata triggert.

7.2 Umgang mit Tests

Testverhalten ist ein Verhalten, das Klienten anwenden, um über einen Interaktionspartner etwas Wichtiges in Erfahrung zu bringen. Es dient also dazu, *Informationen über einen Interaktionspartner zu beschaffen*. Dabei geht es um Informationen, die Sicherheit erzeugen und Zweifel ausräumen sollen. Z.B. hofft der Klient aufgrund seines Beziehungsmotivs darauf, dass der Therapeut ihn respektiert, sein Schema besagt aber, dass dies nicht sein kann. Somit ist der Klient beziehungsmäßig verunsichert und hat das Bedürfnis, Klarheit zu haben.

Ideal für eine solche Testsituation ist Kritik: Man kann den Therapeuten massiv kritisieren und dann schauen, wie er damit umgeht. Also wirft man ihm vor, den Klienten nicht zu ver-

stehen, durch seine Interventionen den Zustand des Klienten zu verschlimmern, unverantwortlich zu handeln u.ä. Natürlich geht es gar nicht um wirkliche Kritik. Denn im Grunde hat man dem Therapeuten gar nichts vorzuwerfen und man will auch in keiner Weise über Inhalte diskutieren; es geht auch nicht darum, den Therapeuten zu ärgern oder zu verletzen. Es geht nur um einen Test, darum, Informationen über den Therapeuten zu erhalten, nur darum zu sehen: Bleibt der Therapeut zugewandt und respektvoll oder nicht!

Die richtige therapeutische Strategie ist komplex:

- Der Therapeut muss den Klienten in seiner Kritik ernst nehmen und deutlich machen, dass er erkennt, dass er kritisiert wird, dass er dem nicht ausweichen und sich damit auseinandersetzen will und wird.
- Der Therapeut kann aber nicht Fehler einräumen, die er nicht gemacht hat; er kann nur verstehen, dass sein Verhalten in *bestimmter Weise auf den Klienten gewirkt hat*, nicht aber einräumen, dass er falsch gehandelt hat.
- Der Therapeut muss den Klienten in dieser Situation ganz besonders ernstnehmen, ihm besondere Aufmerksamkeit geben und ihm viele „Wichtigkeitssignale“ zukommen lassen, damit der Klient jetzt und hier erfährt, dass sein Motiv vom Therapeuten befriedigt wird.
- Und, am Schwierigsten: Der Therapeut muss versuchen, den Klienten im Therapieprozess dazu zu bringen zu erkennen, dass das, was er mit dem Therapeuten erlebt und tut, etwas ist, was er mit vielen Menschen erlebt und tut.
- D.h. der Therapeut muss den Klienten dazu bringen zu erkennen, dass er aus einem eigenen, alten Schema heraus handelt.

7.3 Entwicklung eines Arbeitsauftrages

Klienten mit histrionischer Persönlichkeitsstörung kommen meistens in die Therapie, ohne dass sie in Bezug auf ihre Interaktionsstörung Änderungsmotivation mitbringen und einen Arbeitsauftrag formulieren. D.h. den Klienten ist häufig gar nicht bewusst,

1. dass sie entsprechend ihrer kompensatorischen Schemata unrealistisch hohe Erwartung und Forderungen an Interaktionspartner stellen,
2. dass sie versuchen, diese Erwartungen durch intransparente, manipulative Strategien durchzusetzen und dass sie Interaktionspartner bestrafen, wenn sie sich nicht den Intentionen und Erwartungen der Klienten entsprechend verhalten,
3. dass es für sie negative langfristige Konsequenzen (Kosten) gibt,

4. dass sie diese Kosten durch ihr Verhalten selber produzieren.

Um an der Interaktionsstörung motiviert arbeiten zu können, ist es für die Klienten wichtig, diese Aspekte und Zusammenhänge zu verstehen und eine Repräsentation davon zu entwickeln. Dies ist ihnen allerdings nur möglich, wenn ein empathischer, solidarischer und nicht-wertender Therapeut sie behutsam darauf hinweist.

Es ist dabei zu berücksichtigen, dass das Transparentmachen der Spielstruktur bei Histrionikern *oft sehr konfrontativ wirkt*. Dennoch hat der Therapeut irgendwann im Therapieprozess keine Wahl mehr: er muss dem Klienten die Spiele transparent machen, denn wenn die Klienten nicht bemerken, was sie tun und welche Konsequenzen ihr Handeln hat, können sie sich nicht dafür entscheiden, ihr Handeln zu verändern und ändern ihr Handeln damit auch nicht.

Der Therapeut hat also in dieser Therapiephase das Ziel, dass der Klient die relevanten Aspekte der Spielebene erkennt und versteht. Entsprechend dem Modell der doppelten Handlungsregulation kann der Therapeut mit den drei genannten Aspekten der Spielebene konfrontieren:

- den kompensatorischen Schemata (= interaktionelle Ziele, Erwartungen, Intentionen)
- den manipulativen Strategien
- den Kosten.

7.4 Klärung relevanter Schemata

Ein Therapeut sollte in Phase 3 mit dem Klienten an einer Klärung relevanter dysfunktionaler und kompensatorischer Schemata arbeiten. Diese Klärung dient dazu, diese Schemata bewusst kognitiv zu repräsentieren, um so eine notwendige Voraussetzung für eine therapeutische Schema-Bearbeitung zu schaffen.

Da Klärungsprozesse des Klienten und therapeutische Interventionen zur Steuerung des Klärungsprozesses an anderen Stellen ausführlich beschrieben wurden, soll hier nur auf die entsprechenden Ausführungen verwiesen werden: Siehe ausführlich bei Sachse (2003, 2005, 2008b) sowie Sachse und Mitarbeitern (Sachse & Breil, 2011; Sachse, Breil & Fasbender, 2009; Sachse & Fasbender, 2010; Sachse, Fasbender & Breil, 2009; Sachse & Sachse, 2011; Sachse & Takens, 2003).

7.5 Bearbeitung relevanter Schemata

Auch bei Histrionikern müssen zentrale Schemata therapeutisch bearbeitet werden; und auch bei Histrionikern ist dies erst möglich, wenn Klienten einen Arbeitsauftrag entwickelt haben und die Schemata geklärt sind. Insbesondere das Schema „ich bin nicht wichtig“ muss bearbeitet werden, z.B. im Ein-Personen-Rollenspiel (EPR). In aller Regel verfügen Klienten über Erfahrungen, wichtig genommen worden zu sein, sie haben das aber nicht verarbeitet. Somit sucht der Klient auf der Therapeutenposition des EPR systematisch nach Personen und Situationen,

- wo ihm Wichtigkeit entgegengebracht wurde;
- wo er „dazugehörte“;
- wo er ernst genommen, wahrgenommen und respektiert wurde;
- wo er im Leben von Personen eine wichtige Rolle gespielt hat, bedeutsam war.

Dadurch soll das Schema systematisch überprüft und umstrukturiert werden.

8 Therapeutische Strategien bei erfolglosen Histrionikern

Das Problem bei erfolglosen Histrionikern besteht vor allem in Phase 1 der Therapie. Die Klienten kommen in die Therapie und sind im Hinblick auf ihr zentrales Motiv Wichtigkeit und im Hinblick auf ihre normativen Schema-Ziele vollkommen „ausgehungert“. Sie wollen,

- dass ihnen jemand Aufmerksamkeit gibt;
- dass jemand ihnen sagt, dass man sie wichtig nimmt, sich für sie interessiert, ihnen gerne zuhört, gerne Zeit mit ihnen verbringt usw.;
- dass sie jemand ernst nimmt;
- dass sich jemand um sie kümmert.

Sie gehen jedoch aufgrund ihrer Schemata davon aus, dass dies niemand tun wird, es sei denn, sie fordern solches vom Interaktionspartner durch Strategien ein. Also realisieren sie, auch dem Therapeuten gegenüber, in hohem Maße manipulative Strategien.

Das ganz spezielle Problem in der Therapie ist nun, dass praktisch alle diese Strategien „negativ“ sind:

- Die Klienten jammern und klagen.
- Sie stellen sich als leidend, hilflos, ausgeliefert dar.

- Sie realisieren ständig Unlösbarkeits- und Zwangsläufigkeitskonstruktionen.
- Sie senden in hohem Maße Appelle wie: Hilf mir, kümmere dich um mich, rette mich, erlöse mich.
- Sie senden aber auch Appelle wie: Fordere nichts von mir, belaste mich nicht auch noch, ich kann nicht.

Deutlich ist, dass es absolut überhaupt gar keinen Sinn macht,

- mit den Klienten irgendwelche Inhalte zu klären – das führt nur zu Verschlimmerungen und erneutem Klagen;
- mit den Klienten an Lösungen zu arbeiten – das führt nur zu verstärktem Jammern und massiver „Hilflosigkeit“.

Der Therapeut muss sich radikal komplementär verhalten:

- Er muss dem Klienten sehr aufmerksam zuhören und ihm völlig ungeteilte Aufmerksamkeit geben (auch und gerade in ihrem Jammern!);
- er muss dem Klienten gegenüber maximal zugewandt sein, mental und von seiner ganzen Körpersprache her (zugewandt und nicht defensiv sitzen!);
- er sollte selbst aber entspannt bleiben, nicht mit in die Katastrophisierung gehen, nicht „mitschwingen“, um dem Klienten deutlich zu machen, dass er seine Konstruktionen nicht nonverbal bestätigt;
- er sollte versuchen, das von dem Klienten Gemeinte so gut wie möglich zu *verstehen*: Verstehen aus der Sicht des Klienten. Der Therapeut sollte niemals Konstruktionen des Klienten bestätigen, absegnen oder als Realität bezeichnen. Der Therapeut macht deutlich, dass er Konstruktionen *aus der Sicht des Klienten* heraus (und *nur* daraus!) versteht;
- er sollte deutlich machen, dass er versteht und aus der Sicht des Klienten heraus nachvollziehen kann,
 - wie extrem schlecht es dem Klienten geht,
 - wie extrem hilflos sich der Klient fühlt,
 - wie ausweglos die Situation des Klienten erscheint,
 - wie stark die Situation den Klienten belastet usw.
- Der Therapeut stellt diese Aspekte nicht in Frage, er verhält sich in keiner Weise konfrontativ.
- Er setzt den Klienten aber auch nicht unter Druck, er sagt nicht, dieser müsse etwas ändern, müsse mitarbeiten, müsse Fragen beantworten u.ä.

- Der Klient darf so sein, wie er ist, er darf Probleme haben, darf leiden, darf jammern.
- Und der Therapeut signalisiert, dass er dennoch zugewandt bleibt, Aufmerksamkeit gibt, respektvoll bleibt; dass er nicht ärgerlich wird, die Beziehung nicht kündigt oder in Frage stellt,
- dass er sich jedoch auch nicht manipulieren oder sich vom Klienten einspannen lässt, sondern dass er sich, bei allem Respekt, strikt an therapeutische Regeln halten wird.

Darüber hinaus sollte der Therapeut aber noch einen anderen Teil realisieren, und zwar einen, der dem Klienten eine andere und neue Art von Information vermittelt und der den Klienten auf die Idee bringt, dass man alles auch anders sehen, anders konstruieren und anders handeln könnte. Dieser therapeutische Teil ist notwendig, um den Klienten langsam und vorsichtig aus seinem eingeschliffenen Denken („ich bin hilflos und andere müssen mich retten“) herauszuführen.

Dazu gibt der Therapeut dem Klienten Alternativen zu bedenken; er tut dies aber so, dass der Klient diese nicht als Vorschrift, Druck, Kritik oder Abwertung empfindet: Er macht dem Klienten deutlich,

- dass er schon sieht, dass es dem Klienten schlecht geht, dass er sich aber Sorgen um den Klienten macht und dass er nicht möchte, dass es dem Klienten auch weiterhin schlecht geht;
- dass er schon sieht, dass der Klient zurzeit keine Lösung sieht, dass er aber schon den Eindruck hat, es sei nötig, eine Lösung zu finden, damit der Klient „aus seinem Leiden erlöst“ werden kann;
- dass er schon sieht, dass der Klient sich zurzeit nicht zutraut, etwas zu tun, dass er dem Klienten diese Fähigkeiten und Möglichkeiten aber schon zutraut.

Literatur

- Apt, C. & Hurlbert, D.F. (1994). The sexual attitudes, behavior, and relationships of women with histrionic personality disorder. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 20(2), 125-133.
- Berne, E. (1963). *The structure and dynamics of organizations and groups*. New York: Balantine Books.
- Blashfield, R.K. & Davis, R.T. (1993). Dependent and histrionic personality disorders. In P.B. Sutker & H.E. Adams (Eds.), *Comprehensive handbook of psychopathology*, pp. 395-409. New York: Plenum Press.
- Bornstein, R.F. (1999). Histrionic personality disorder, physical attractiveness, and social adjustment. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 21(1), 79-94.
- Chen, H., Cohen, P., Johnson, J.G., Kasen, S., Sneed, J. & Crawford, T.N. (2004). Adolescent personality disorders and conflict with romantic partners during the transition to adulthood. *Journal of Personality Disorders*, 18(6), 507-525.
- Cohen, P. & Cohen, J. (1996). *Life values and adolescent mental health*. Mahaw, NJ: Erlbaum.
- Grant, B.F., Hasin, D.S., Stinson, F.S., Dawson, D.A., Chou, S.P., Ruan, W.J. & Pickering, R.P. (2004). Prevalence, correlates and disability of personality disorders in the United States: Results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and related Conditions. *Journal of Clinical Psychiatry*, 65, 948-958.
- Johnson, J.G., Bornstein, R.F., Sherman, M.F. (1996). A modified scoring algorithm for the PDQ-R: Psychiatric symptomatology and substance use in adolescents with personality disorders. *Educational and Psychological Measurement*, 56, 76-89.
- Lilienfeld, S.O., Van Valkenburg, C., Larntz, K. & Akiskal, H.S. (1986). The relationship of histrionic personality disorder to antisocial personality and somatization disorders. *American Journal of Psychiatry*, 143, 718-722.
- Nestadt, G., Romanowski, A.J., Chalel, R. & Merchant, A. (1990). An epidemiological study of histrionic personality disorder. *Psychological Medicine*, 20, 413-422.
- Reich, J. (1987). Sex distribution of DSM-III personality disorders in psychiatric outpatients. *American Journal of Psychiatry*, 144, 181-187.
- Rost, K.M., Akins, R.N., Brown, F.W. & Smith, G.R. (1992). The comorbidity of DSM-III personality disorders in somatization disorder. *General Hospital Psychiatry*, 14(5), 322-326.

- Sachse, R. (1999). *Persönlichkeitsstörungen. Psychotherapie dysfunktionaler Interaktionsstile*, 2. Auflage. Göttingen: Hogrefe.
- Sachse, R. (2000). Perspektiven der therapeutischen Beziehungsgestaltung. In: M. Hermer (Hrsg.), *Psychotherapeutische Perspektiven am Beginn des 21. Jahrhunderts*, 157-176. Tübingen: DGVT-Verlag.
- Sachse, R. (2001). *Psychologische Psychotherapie der Persönlichkeitsstörungen*. Göttingen: Hogrefe.
- Sachse, R. (2002). *Histrionische und narzisstische Persönlichkeitsstörungen*. Göttingen: Hogrefe.
- Sachse, R. (2003). *Klärungsorientierte Psychotherapie*. Göttingen: Hogrefe.
- Sachse, R. (2004a). Histrionische und narzisstische Persönlichkeitsstörungen. In: R. Merod (Hrsg.), *Behandlung von Persönlichkeitsstörungen*, 357-404. Tübingen: DGVT-Verlag.
- Sachse, R. (2004b). *Persönlichkeitsstörungen. Leitfaden für eine Psychologische Psychotherapie*. Göttingen: Hogrefe.
- Sachse, R. (2005). Motivklärung durch Klärungsorientierte Psychotherapie. In: J. Kosfelder, J. Michalak, S. Vocks & U. Willutzki (Hrsg.), *Fortschritte der Psychotherapieforschung*, 217-231. Göttingen: Hogrefe.
- Sachse, R. (2006). *Persönlichkeitsstörungen verstehen – Zum Umgang mit schwierigen Klienten*. Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Sachse, R. (2007). Therapie der narzisstischen und histrionischen Persönlichkeitsstörungen: Zwei Fallberichte. In: S. Barnow (Hrsg.), *Persönlichkeitsstörungen: Ursachen und Behandlungen*, 404-410. Bern: Huber.
- Sachse, R. (2008a). Histrionische und narzisstische Persönlichkeitsstörung. In: M. Hermer & B. Röhrle (Hrsg.), *Handbuch der therapeutischen Beziehung*, Bd. 2, 1105-1125. Tübingen: DGVT-Verlag.
- Sachse, R. (2008b). Klärungsprozesse in der Psychotherapie. In: J. Margraf & S. Schneider (Hrsg.), *Lehrbuch der Verhaltenstherapie*, 3. Auflage, 227-232. Berlin: Springer.
- Sachse, R. & Breil, J. (2011). Indikation zur Klärungsorientierten Psychotherapie. In: R. Sachse, J. Fasbender, J. Breil & M. Sachse (Hrsg.), *Perspektiven Klärungsorientierter Psychotherapie II*, 80-93. Lengerich: Pabst.
- Sachse, R., Breil, J. & Fasbender, J. (2009). Beziehungsmotive und Schemata: Eine Heuristik. In: R. Sachse, J. Fasbender, J. Breil & O. Püschel (Hrsg.), *Grundlagen und Konzepte Klärungsorientierter Psychotherapie*, 66-88. Göttingen: Hogrefe.

- Sachse, R. & Fasbender, J. (2010). Klärungsprozesse in der Psychotherapie. In: W. Lutz (Hrsg.), *Lehrbuch Psychotherapie*, 377-392. Bern: Huber.
- Sachse, R., Fasbender, J. & Breil, J. (2009). Klärungsprozesse: Was soll im Therapieprozess geklärt werden? In: R. Sachse, J. Fasbender, J. Breil & O. Püschel (Hrsg.), *Grundlagen und Konzepte Klärungsorientierter Psychotherapie*, 36-64. Göttingen: Hogrefe.
- Sachse, R. & Sachse, M. (2011). Implikationsstrukturen: Verstehen, Modellbildung und therapeutische Explizierungen. In: R. Sachse, J. Fasbender, J. Breil & M. Sachse (Hrsg.), *Perspektiven Klärungsorientierter Psychotherapie II*, 94-172. Lengerich: Pabst.
- Sachse, R., Sachse, M. & Fasbender, J. (2010). *Klärungsorientierte Psychotherapie bei Persönlichkeitsstörungen*. Göttingen: Hogrefe.
- Sachse, R. & Takens, R.J. (2003). *Klärungsprozesse in der Psychotherapie*. Göttingen: Hogrefe.
- Schotte, C., De Donker, D., Maes, M., Cluydts, R. & Cosyns, P. (1993). MMPI assessment of DSM-III-R histrionic personality disorder. *Journal of Personality Assessment*, 60, 500-510.
- Slavney, P.R. (1978). The diagnosis of hysterical personality disorder: A study of attitudes. *Comprehensive Psychiatry*, 19, 501-507.
- Stern, J., Murphy, M. & Bass, C. (1993). Personality disorders in patients with somatisation disorder. *British Journal of Psychiatry*, 163, 785-789.
- Stone, M.H. (1993). *Abnormalities of personality*. New York: Norton.
- Süllwold, F. (1990). Zur Struktur der hypochondrischen und der hysteroiden Persönlichkeit. *Zeitschrift für experimentelle und angewandte Psychologie*, 37(4), 642-659.
- Zimmermann, M. & Coryell, W. (1989). DSM-III personality disorder diagnoses in a nonpatient sample. *Archives of general Psychiatry*, 46, 682-689.