

**Rainer Sachse**

**Meike Sachse**

**Praxis der Klärungsorientierten Psychotherapie II**

## **Kapitel 14**

**Rainer Sachse**

**Meike Sachse**

### **Therapeutischer Umgang mit einer erfolglosen Histrionikerin: Therapeutische Fallen**

Am Beispiel eines Transkriptes soll demonstriert werden, welche interaktionellen Probleme bei der Therapie mit einer erfolglosen Histrionikerin auftreten können, in welche „interaktionellen Fallen“ ein Therapeut geraten kann und wie ein Therapeut diese Fallen vermeiden kann.

#### **1 Einleitung**

Hier möchten wir illustrieren, welche therapeutischen Probleme erfolgreiche Histrioniker/innen (ELHIS) aufwerfen können und in welche therapeutischen Fallen ein Therapeut „tappen“ kann; *damit wollen wir aber auch gleichzeitig demonstrieren, wie man es therapeutisch nicht machen soll!*

#### **2 Erfolgreiche Histrioniker**

In unserer Konzeption der histrionischen Persönlichkeitsstörung (HIS) haben wir (Sachse, 2002, 2004a, 2004b, 2013; Sachse, Fasbender, Breil & Sachse, 2012) unterschieden zwischen erfolgreichen und erfolglosen Histrionikern:

- Erfolgreiche Histrioniker verwenden überwiegend positive manipulative Strategien wie unterhaltsam sein, attraktiv sein, erotische Ausstrahlung haben etc.
- Erfolgreiche HIS verwenden dagegen überwiegend negative manipulative Strategien wie Jammern und Klagen, Unlösbarkeitskonstruktionen, „Armes-Schwein-Spiel“, Nörgeln etc.

Erfolgreiche Histrioniker werfen für Therapeuten massive Probleme auf:

- Sie wollen in hohem Maß ein komplementäres Beziehungsangebot: Der Therapeut soll ihr Leiden verstehen, verstehen und akzeptieren, wie schlecht es ihnen geht etc.

- Der Therapeut soll sie nicht in Frage stellen und ihnen auch keine therapeutischen Angebote machen, vor allem soll er nicht signalisieren, dass die Probleme (schnell) zu lösen sind: Denn dadurch würden sie sich nicht ernst genommen fühlen!
- Die Klienten machen dabei aber Doppel-Appelle („double binds“):
  - Sie signalisieren, dass es ihnen sehr schlecht geht, dass man ihnen schnell und effektiv helfen muss und dass man Verantwortung für sie übernehmen muss.
  - Sie signalisieren aber auch, dass ihnen nichts hilft und dass alle therapeutischen Angebote ihren Zustand nur verschlimmern.

Ein Therapeut sollte hier auch nur seinen Teil der Prozessverantwortung übernehmen und sich stark komplementär verhalten – und nur darauf hinweisen, dass irgendwann etwas getan werden sollte, aber erst dann, wenn der Klient so weit ist.

### **3 Therapeutische Fallen**

Therapeuten geraten hier schnell in Fallen: Wenn sie davon ausgehen, dass die Klienten wirklich therapeutische Hilfe wollen, lassen sie sich durch das Jammern der Klienten oft unter Druck setzen: Sie bieten den Klienten Explorationen, Programme, Manuale etc. an; dann machen sie aber die Erfahrung, dass alle diese Maßnahmen nicht greifen. Die Klienten „können“ das alles nicht oder es „verschlimmert“ noch ihren Zustand.

Dennoch *erhöhen* die Klienten den Druck auf die Therapeuten: „Helfen Sie mir und tun Sie es schnell!“

Ein Therapeut, der hier versucht, Helfer, Retter und Erlöser zu sein, „wird durch diese Double-binds sauer gefahren“: Er bemüht sich stark, wird aber vom Klienten immer wieder völlig blockiert.

Das macht den Therapeuten ärgerlich und er macht „mehr desselben“: Er setzt den Klienten unter Druck, er müsse doch jetzt endlich kooperieren und die damit verbundenen Verschlechterungen etc. in Kauf nehmen.

Der Klient fühlt sich unter Druck gesetzt (was auch stimmt!) und macht seinerseits mehr des-selben: Er jammert und klagt mehr und verweigert noch stärker die Mitarbeit.

Dadurch schaukelt sich das System zwischen Klient und Therapeut aber immer mehr auf: Die Beziehung wird immer schlechter und schließlich bricht die therapeutische Allianz.

Einen solchen Prozess wollen wir hier demonstrieren und deutlich machen, was ein Therapeut *nicht* machen sollte:

- Der Therapeut sollte einem ELHIS in Phase 1 keine therapeutischen Angebote machen wie Explorationen, Manuale etc.; das Einzige, was ein Therapeut machen kann, ist komplementäre Beziehungsgestaltung!
- Der Therapeut darf vom Klienten keine Änderungsmotivation und keine Compliance erwarten: Er muss vielmehr Änderungsmotivation im Prozess langsam aufbauen!
- Der Therapeut darf sich vom Klienten nicht unter Druck setzen lassen, schnell Angebote zu machen: Dies ist sinnvoll und fokal, also muss der Therapeut deutlich machen, dass alles gar nicht schnell gehen kann!
- Der Therapeut sollte den Klienten niemals unter Druck setzen: Machtkämpfe mit einem Klienten kann ein Therapeut niemals gewinnen!

#### **4 Der Fall**

Die Klientin ist eine 65jährige Frau, die völlig isoliert ist: Ihr Mann ist verstorben, ihre Familie will nichts mehr von ihr wissen, ihre Freundinnen haben sie verlassen.

Sie hat nur noch professionelle Helfer: Den Hausarzt, den Priester und die Therapeutin.

Sie klagt über intrusive Gedanken sexuellen Inhalts, die sie augenblicklich aus religiös-moralischen Gründen massiv belasten und die sie „weg“ haben will.

Die Therapeutin hält diese Gedanken (fälschlicherweise!) für Zwangsgedanken und will deren Inhalte genau explorieren; dies erweist sich jedoch als nicht möglich, denn die Klientin klagt, dass jede Konfrontation mit den Gedanken „alles noch schlimmer macht“.

Die Klientin sendet massive „double binds“, was die Therapeutin stark unter Druck setzt; daraufhin setzt die Therapeutin die Klientin unter Druck, sie müsse sich den unangenehmen Inhalten stellen.

Das Transkript ist der Beginn der 6. Therapiestunde: Die Therapeutin hat sich vorgenommen, der Klientin klar zu machen, dass sie von nun an kooperieren muss.

#### **5 Das Transkript**

Th1: Könnten Sie sich auch vorstellen, dass eine Auseinandersetzung mit diesen ganzen Sachen auch dazu führen kann, dass es zuerst mal schlimmer wird?

Kl1: Ja, ich möchte vor allen Dingen keine falschen Aussagen und Antworten geben. Die belasten mich ganz schwer. Wenn es etwas ist, was ich echt beantworten kann, ist dann gut. Aber wehe, wenn da was ist, was falsch ist, was den Anderen belastet, beschuldigt, dann den-

ke ich, ohhh (Kopfschütteln), das ist das Schlimmste, was es gibt. Aussagen vom Anderen machen, die nicht wahr sind und die will ich nicht. Und nach so viel durcheinander und nach so vielen Jahren diese Einzelheiten genau hinkriegen, kann ich einfach nicht. Ist zu schwer für mich.

Th2: Frau C...

K12: Kann`s nicht.

Th3: Frau C., ich meinte jetzt gerade...

K13: Ja, das ist das Schwere...

Th4: Das ist das eine...

K14: Dass es noch schlimmer werden kann.

Th5: Und das andere ist, so...

K15: Ja, ich verstehe das.

Th6: Und das andere ist so die Idee oder das ist eigentlich auch eher so meine Frage. Darüber haben wir uns ja schon ein paarmal unterhalten. Was glauben Sie denn, woher diese Gedanken...

K16: Ja...

Th7: Und diese Bilder kommen?

K17: Ja, die kommen ja irgendwo her. Aber wenn die einmal geklärt sind, wenn Sie jetzt wissen, daher ist`s jetzt, aber ich weiß nicht warum...

Th8: Was glauben Sie denn, woher die kommen?

K18: Ja, woher kommen die denn? (8 Sekunden Pause und Seufzer) Einmal durch Geschehnisse, wo ich nicht mit fertig geworden bin, denke ich, wo ich nicht mit fertig geworden bin, was mich belastet hat, lässt mich ja nicht ruhen.

Th9: Das sind auch die Bilder, die immer kommen? Gekoppelt mit heute.

K19: Tja...ich verstehe dann nicht...das ist schon alles so lange weg...dass ich jetzt mit neuen Sachen, durch neue Gespräche und so weiter diese Person auch nicht in Ruhe lasse. Meinetwegen ich käme jetzt vom Pater raus oder bei Ihnen gehe ich raus und würde jetzt denken, ach das ist jetzt vorbei, vergessen, hier rein (zeigt auf ihr rechtes Ohr) und da raus (zeigt auf ihr linkes Ohr) und denke mir, das mache ich. Ich arbeite zurück...und das wird wieder eine neue Belastung.

Th10: Also es gibt einmal die Ereignisse in der Vergangenheit, die nicht weggehen, die immer noch oder die nicht verarbeitet worden sind und zum anderen, irgendwas ist heute aber auch noch. Also heute spielt auch noch irgendeine Rolle?

K110: Mhhh.

Th11: Also mir ist das nochmal wichtig zu klären, weil ich denke, so wenn Sie mir sagen „das belastet mich unheimlich stark und das macht mich krank, dann müssen wir klären, wie wir weitermachen.

K111: Wissen Sie, diesen ganzen Vorgang vom letzten Mal wie: Warte mal, wie war das und...ich weiß Ihre Fragen nicht mehr alle...was haben Sie gemacht und (räusper) ist der zu Ihnen gekommen? Da habe ich gedacht: Ich glaube, der ist gar nicht zu mir, ich bin zu ihm gegangen und dann kommt das...war ganz falsch. (Die Klientin, die bisher ruhig gesessen hat, beginnt nun, heftige und schnelle Gesten zu machen.) Und wenn ich da mich wieder reinversetzen muss, dann erlebe ich dieses Ganze, was mich sowieso ohnehin schon nicht ruhen lässt. Ich meine, ich denke auch vielleicht oder sogar auch ohne Fragen dran...schon schlimm genug. Und wenn jetzt noch gefragt wird, das genau zu beantworten, das ist so eine Qual für mich. Ich erlebe das alles noch einmal und weiß genau, da war die ganze Schuld für dich, die dich sowieso nicht mehr in Ruhe lässt. Du hast dein ganzes Leben sowieso vermurkst und...ich meine, wenn ich`s noch richtig beantworten kann, dann ja, aber ich kann das so genau nicht. Das ist alles so weit weg und so lange her und...und und...und wann war das? Und wie oft war das? Und wie war das so? Und wie war das da? Und...haaa, das steht mir so schon bis hier...

Th12: Ich möchte nur nochmal, also ich möchte nur mal...

K112 (fällt der Therapeutin ins Wort; während die Klientin spricht, kommt sie aus dem Sessel hoch, um dann demonstrativ in sich zusammenzufallen; im weiteren Gesprächsverlauf sackt sie dann immer mehr „in sich zusammen“): Immerhin sind Sie die Therapeutin und nicht ich, aber ich bin...ich habe so den Eindruck, ich gehe immer mehr bergab anstatt bergauf.

Th13: Ich finde das ganz wichtig...

K113 (fällt Therapeutin ins Wort): Ich ärgere mich total, wenn ich den Pater Christian...ich...ahhh...ich drehe mit dem Pater Christian jetzt bald durch. Letztes Mal bin ich bald durchgedreht. Da habe ich das auch zur Sprache gebracht. Und wenn er mir da was erklärt, irgendwie was mir auch wieder helfen soll und das hilft mir auch nicht...ich weiß, dass mir das nicht hilft. Meine einzige Sorge ist, meine einzige, wo ich mich dran klammere, wie komme ich da raus, dass ich nicht tagein tagaus diese ewigen Gedanken, dieses Nachbohren, das ist ja einmal Nachsuchen, vielen Menschen Nachsuchen oder es kommt mir einfach so in den Kopf, wenn ich an Menschen denke. Dann sind die Beschuldigungen, die einfach gegen, auch gegen ihn kommen, gegen viele kommen, die mich unheimlich belasten, die mich kaputt machen, warum ich sie immer habe, warum ich die Menschen beschuldige, die gar nichts

tun...haaa...das sind die Probleme, das sind ja vielseitige Sachen, es ist ja nicht nur ein einziges...

Th14 (nickt): Hm.

Kl14: Also, wenn ich eine Sache hätte, wo ich so immer drauf, es ist ja so...so ein Bereich und verstehe auch nicht, was, warum mein Gehirn, warum mein Gehirn auch heute das alles nicht ruhen lässt, was weg ist, was gewesen ist, warum das sich, das dauernd hoch holt und ich weiß, dass mich das umbringt und ich tue das trotzdem, ist doch wie ein Selbstmord, wie ein Selbstmord, du weißt...und du machst das trotzdem...ich bin... (schüttelt den Kopf und fährt sich mit der Hand von oben über die Augen und fängt an zu schluchzen).

Th15: Aber Sie machen es auch immer nur bis zu einem gewissen Punkt?

Kl15 (atmet zweimal schwer, zieht den Kopf ein, wendet ihn etwas von der Therapeutin ab, zu ihrer rechten Schulter hin, zuckt mit der rechten Schulter)

Th16: Aber, wenn ich sagen wollte, es, dass wenn wir zusammen arbeiten...

Kl16: Ja...

Th17: Oder wir zum Beispiel jetzt an der Vergangenheit nochmal rütteln...

Kl17: Haa...

Th18: Dass auch klar ist, dass erstmal das schlimmer wird.

Kl18 (sitzt nach vorne gekauert, mit den Armen vor dem Körper verschränkt, nickt und seufzt dabei)

Th19: Ich finde das auf der anderen Seite ganz gut, wenn Sie mir sagen „stopp“, ich kann jetzt nicht mehr.

Kl19: Mir wär lieb, wenn der Pater, jetzt was Sie gerade gesagt haben, mal aufschreiben...dass es erstmal schlimmer würde, das ist für ihn auch dann wichtig (schnieft), ich arbeite ja immer mit ihm und mit Ihnen...sind ja zwei...ich kann das alles nicht...wenn...was wir hier sagen, krieg ich ja wörtlich nie mehr richtig zusammen. Wenn ich die Kassette da mitnehmen würde, wüsste ich genau alles, was ich falsch gemacht habe, was ich falsch gesagt habe.

Th20: Was ist so wichtig daran? So eine hundertprozentige Korrektheit?

Kl20 (spricht langsam, leise, abgehackt, mit „angehauchten Konsonanten; es ist eine sehr starke Demonstration von Leiden): Ich habe mein Leben so zerstört selber und ich möchte so lange, wie ich noch lebe, nach Möglichkeit versuchen, anders zu machen (schluchz), da raus zu kommen (windet sich und schluchzt) und ich weiß nicht, wie lange Zeit ich noch habe (weinerlich, seufzend).

Th21: Ich meine damit...

K121: Jahrelang, jedes Mal, alles falsch gemacht...und dann bohr ich schon lange Jahre da rum und such rum und lass das nicht sein, bis heute nicht.

## 6 Kommentar

Th1: Grammatikalisch gesehen ist dies eine Frage. Psychologisch gesehen ist dies aber gar keine Botschaft auf der Inhaltsebene, sondern auf der Beziehungsebene. Die Therapeutin setzt die Klientin unter Druck: „Sie müssen akzeptieren, dass es von nun an erst einmal schlimmer wird!“

K11: Auf der Inhaltsebene weicht die Klientin aus: Sie beantwortet Fragen, die die Therapeutin nicht gestellt hat.

Auf der Beziehungsebene geht die Klientin aber auf die Therapeutin ein: Sie sendet zwei Botschaften:

- Wenn ich über die Inhalte rede, sage ich schlimme Dinge über andere (wahrscheinlich meint sie damit die Personen in ihren sexuellen Phantasien) und das will ich nicht.
- Ich bin eine alte Frau und kann mich nicht so weit zurückerinnern.

Auf der Beziehungsebene ist die Botschaft der Klientin klar: Lassen Sie mich mit Ihren Fragen in Ruhe!

K14: Man könnte meinen, die Klientin habe die Therapeutin gar nicht verstanden: Aber hier sieht man, dass die Klientin die Therapeutin sehr wohl verstanden hat. Sie antwortet nur nicht auf der Inhalts-, sondern auf der Beziehungsebene!

Und damit antwortet die Klientin auch auf die (implizite!) Beziehungsbotschaft der Therapeutin!

Th6: Die Therapeutin macht aber durchweg den Fehler, die Beziehungsbotschaften der Klientin nicht zu verstehen: Sie sendet weiter explizit Inhaltsbotschaften und implizit Beziehungsbotschaften.

Die Therapeutin kommuniziert auf der Inhaltsebene und die Klientin auf der Beziehungsebene: Dabei reden beide gediegen aneinander vorbei! Und den Eindruck hat man auch von dem gesamten Gespräch!

Th6/Th7: Die Therapeutin stellt eine inhaltliche Frage.



KI7: Die Klientin will aber offenbar nicht über Inhalte sprechen: Sie will Beziehungsgestaltung von der Therapeutin!

Daher vermeidet die Klientin hier mit der Strategie „mega-triviale Antwort“!

Th8: Die Therapeutin insistiert.

KI8: Daraufhin kontert die Klientin mit direkter Kontrolle: Sie seufzt und sackt im Stuhl zusammen. Deutliche Botschaft an die Therapeutin: Lass mich mit dem Quatsch in Ruhe!

KI9: Die Klientin beginnt jetzt mit der Botschaft: „Ihre Interventionen belasten mich.“  
Eigentlich darf ein Therapeut eine solche Botschaft *niemals* überhören und muss mit Beziehungsgestaltung darauf reagieren.

Von hier an „bucht die Therapeutin heftig Beziehungskredit ab“.

Th10: Das sieht man im Therapieprozess: „Unkonkretheit steckt an!“: Bleibt die Therapeutin auf der unkonkreten Inhaltsebene und schafft sie es nicht, sie konkreter zu machen, redet sie bald genauso unkonkret wie die Klientin!

Th11: Die Therapeutin wiederholt noch einmal ihre Botschaft von Anfang und übt damit noch mehr Druck auf die Klientin aus.

KI11: Die Klientin muss nun aufdrehen: Sie muss der Therapeutin, die es offenbar nicht begreift, deutlich machen, dass sie nicht auf diese Weise kooperieren wird!

Wiederum gibt die Klientin (verbal und nonverbal) die Botschaft: „Sie helfen mir gar nicht! Sie verschlimmern nur alles!“

Und nun gibt sie diese Botschaft auch explizit auf der Inhaltsebene!

Nun sollte ein Therapeut spätestens verstehen, was die Klientin meint und seine Verarbeitung auf die Beziehungsebene „umstellen“ und eine stark komplementäre Beziehungsgestaltung beginnen!

Th12: Die Therapeutin will noch einmal ansetzen.

KI12: Wird aber sofort von der Klientin blockiert.

Th13/K113: Erneut lässt die Klientin die Therapeutin nicht zu Wort kommen: Offenbar entsteht nun ein Machtkampf zwischen Therapeutin und Klientin, was therapeutisch extrem dysfunktional ist!

K113: Die Klientin macht der Therapeutin nochmal sehr deutlich, wie extrem schlecht es ihr geht und wie hoffnungslos die Situation ist – hier wäre nun komplementäre Beziehungsgestaltung extrem angebracht!

K114: Die Klientin setzt ihre Darstellung fort. (Nun verstärkt sie auch stark die nonverbale Demonstration ihres Leidens – „sie dreht nun histrionisch auf“).

Th15: Erhält von der Therapeutin aber dafür keinerlei Empathie – die Therapeutin ist, wie man deutlich merkt, stark verärgert und kann gar nicht mehr empathisch reagieren. (Man muss sehen, dass die Reaktionen der Therapeutin sich aus den Missverständnissen ergeben und damit durchaus nachvollziehbar sind.)

K115: Die Klientin reagiert mit einer nonverbalen Demonstration von Leiden.

Th16-18: Die Therapeutin nimmt noch einmal ihren Druck auf die Klientin wieder auf.

K119: Die Klientin weicht aus und wechselt das Thema.

Th20: Die Therapeutin geht auf den Nebenschauplatz mit: Dies wäre im Rahmen einer Komplementarität durchaus ok.

K120/K121: Die Klientin sieht offenbar keine andere Möglichkeit mehr, der Therapeutin klar zu machen, dass sie es so nicht will, als die Demonstration von Leiden zu verschärfen.

Diese Demonstration verschlimmert sich bis zum Ende der Stunde, sodass die Klientin schließlich mit dem Oberkörper auf dem Tisch liegt.

Therapeutin und Klientin beenden die Stunde mit einem neuen Termin, aber zwei Tage später sagt die Klientin die Therapie ab: Die therapeutische Allianz ist kollabiert.

## Literatur

- Sachse, R. (2002). *Histrionische und narzisstische Persönlichkeitsstörungen*. 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. (2013). *Persönlichkeitsstörungen: Leitfaden für eine psychologische Psychotherapie*. Göttingen: Hogrefe, 2. Auflage.
- Sachse, R., Fasbender, J., Breil, J. & Sachse, M. (2012). *Klärungsorientierte Psychotherapie der histrionischen Persönlichkeitsstörung*. Göttingen: Hogrefe.