

Beziehungsgestaltung als gezielte Intervention bei narzisstischer Persönlichkeitsstörung in der allgemeinen Psychotherapie

▶ Hansjörg Znoj, Daniel Regli, Dominik Ülsmann

Abstract

Das Beziehungsverhalten des Therapeuten wurde bisher in der Verhaltenstherapie kaum explizit berücksichtigt. Dies äußert sich unter anderem im Fehlen expliziter Modelle zur Herstellung einer tragfähigen Therapiebeziehung. Im Zuge konzeptueller Weiterentwicklungen der Verhaltenstherapie in Richtung einer allgemeinen psychologischen Psychotherapie und einigen Impulsen aus der neueren Psychotherapieforschung, rückt dieses Thema jedoch immer mehr in den Vordergrund. Es lässt sich die Notwendigkeit eines differenziellen und zu den wichtigsten Bedürfnissen des Patienten komplementären Vorgehens direkt hieraus ableiten.

Unter der Prämisse, Persönlichkeitsstörungen primär als Interaktionsstörung zu fassen, scheint das Herstellen einer guten Therapiebeziehung die gezielteste (natürlich im Zuge weiterer Maßnahmen) aller möglichen Interventionen zu sein, da sie dem Patienten das wichtige Erleben einer korrektiven Beziehungserfahrung ermöglicht.

Key words: Beziehungsgestaltung, Psychotherapie, Persönlichkeitsstörungen, Interventionen, allgemeine Psychotherapie, Wirkfaktoren, Schemaanalyse, interaktionale Pläne

Persönlichkeitsstörungen und komplementäre Beziehungsgestaltung in einer psychologischen Psychotherapie

Persönlichkeitsstörungen sind, wie Fiedler es ausdrückt, als „komplexe Störung des zwischenmenschlichen Beziehungsverhaltens“ (Fiedler 1994) aufzufassen oder in den Worten Sachs (2001) als „Beziehungs- oder Interaktionsstörung“. Das besondere Problem bei der Beziehungsgestaltung mit persönlichkeitsgestörten Patienten ergibt sich direkt aus ihren meist dysfunktionalen interaktionalen Plänen. Dies soll aber keinesfalls als Stigmatisierung des Patienten verstanden werden, sondern vielmehr als Aufforderung, bei der Beziehungsgestaltung äußerste Sorgfalt walten zu lassen. Allerdings fehlten in der Verhaltenstherapie in dieser Hinsicht lange Zeit fruchtbare Konzepte. So waren bis zur Entwicklung von Verhaltensanalysen mit explizit vertikaler Perspektive im Wesentlichen nur drei Beziehungskonzepte theoretisch ableitbar:

- Konzepte auf Basis des respondenten, operanten oder Modelllernens forderten lediglich auf, nach Möglichkeit problematisches Verhalten zu ignorieren;
- als Nebenwirkung der guten Anwendung störungsspezifischer Methoden;
- als unspezifischer, allgemeiner Wirkfaktor (Kanfer, Reinecker u. Schmelzer 2000).

Komplementäre Beziehungsgestaltung in der vertikalen Plananalyse (Caspar 1989, Grawe 1998) dient dem Erschließen der wichtigsten interaktionellen Pläne des Patienten und ermöglicht dem Therapeuten, sich zu diesen Plänen bestätigend in Beziehung zu setzen. Ein zu den zentralen Plänen des Patienten komplementäres Vorgehen erhöht dessen Selbstwert und Aufnahmebereitschaft, was sich positiv auf den Prozess und das Ergebnis auswirkt (Grawe u. Mitarb. 1990a,b). Ausgehend von den vier Grundbedürfnissen Kontrolle, Bindung, Selbstwerterhöhung und Lustsuche-Unlustvermeidung reguliert sich das psychische System über Schemata, die das Erleben und Verhalten steuern.

Indem Therapeuten auf die zugrunde liegenden Bedürfnisse problematischer Verhaltensweisen eingehen, „unterlaufen“ sie das Risiko, das problematische Verhalten zu verstärken. Komplementäres Beziehungsverhalten ermöglicht somit die Befriedigung eines dem Patienten oft nicht bewussten interpersonalen Oberzieles. Die jeweiligen komplementär befriedigten Bedürfnisse verlieren damit an Einfluss auf die Psychodynamik und ermöglichen es dem Patienten, dysfunktionale Ersatzstrategien abzulegen und andere wichtige intentionale Ziele zu verwirklichen.

Persönlichkeitsstörungen werden innerhalb dieses Modells wie andere Störungen auch durch ein stark erhöhtes Inkonsistenzerleben erklärt. Im Falle der narzisstischen Persönlichkeitsstörung können frustrierte Bedürfnisse nach Selbstwerterhöhung und Bindung die psychische Grundlage für die Störung sein. Tatsächlich zeigen sich häufig Phasen der Erniedrigung z.B. zur Schulzeit und aktuell klare Vermeidungs- bzw. Konfliktschemata bezüglich Intimität bei Patienten dieser Störungsgruppe. Gelöst werden konnte die Inkonsistenzspannung vom Patienten dann z.B. über Herabsetzung und manipulative Kontrolle anderer Personen. Die folgende Vignette illustriert einen solchen Konflikt.

▶ *Der Patient wuchs in einer klassisch bürgerlichen Familie auf, die großen Wert auf Bildung und intellektuelle Leistung legte. Er selber besuchte zusammen mit seinem jüngeren Bruder eine angesehene Eliteschule, die ihm sowohl innerhalb der Familie wie auch im sozialen Umfeld eine Sonderposition mit viel Anerkennung ermöglichte. Der Patient konnte jedoch die künstlerischen Ambitionen, die in dieser Schule sehr gefördert wurden, nicht ver-*

wirklichen. Er wählte dann den gleichen Beruf wie der Vater, musste sich damit aber auch dem direkten Leistungsvergleich mit dem Vater stellen. Emotionale Zuwendung erhielt der Patient vorwiegend über seine schulischen und intellektuellen Leistungen. Ganz in der Tradition des Elternhauses stellt er an sich und seine Umwelt hohe ethische und moralische Ansprüche. Nach einem Studium der Geisteswissenschaften heiratete der Patient eine Studienkollegin, die ihn wenige Jahre später wegen eines gemeinsamen Bekannten verließ. Während seiner ersten Ehe, die ohne Kinder blieb, schrieb er auch seine Doktorarbeit. Der Patient heiratete kurze Zeit nach der Trennung seine zweite Frau, die ebenfalls geschieden war und zwei Kinder in die Ehe mitbrachte.

Wenige Jahre später erhielt der Patient ein verlockendes berufliches Angebot im Ausland, das ihm eine weitere Qualifikation im akademischen Umfeld ermöglichte und einen deutlichen Aufstieg bedeutete. Da seine Frau nun eigene berufliche Ambitionen verfolgte, musste er sich um das erst vor kurzem geborene gemeinsame Kind kümmern. Zudem hatte er erhebliche Mühe, sich an die neue Umgebung und Situation anzupassen, zumal er mit seinen Erziehungsprinzipien und kulturellen wie moralischen Maßstäben auf wenig Verständnis stieß. Er fühlte sich von seiner Partnerin und seinen Freunden missverstanden und zu wenig wertgeschätzt. Als Reaktion darauf wertete er seine Bezugspersonen und deren Ansichten ab, was seine durch die familiäre Situation bedingte Isolation noch verstärkte. Auch die Schwierigkeiten in der Beziehung nahmen zu und führten ein Jahr vor Therapiebeginn zur Trennung. Seine damals bereits bestehende Außenbeziehung legte er erst im Verlauf der Therapie offen.

Zu seiner Ursprungsfamilie unterhält der Patient gelegentliche Kontakte, es fehlt ihm jedoch die direkte Unterstützung, und er beklagt sich über mangelnde Wertschätzung seiner Leistungen, insbesondere durch den Vater. Da er, bedingt auch durch die familiäre Situation, mit seiner beruflichen Laufbahn nicht wie gewünscht vorankommt, ist er auch selber sehr unzufrieden. Er macht sich Sorgen über seine weitere Zukunft, ist oft verkrampt, irritiert und gegenüber seinen Bezugspersonen harsch und ungeduldig. Er befürchtet, dass er mit seinen Ambitionen im akademischen Milieu scheitern könnte. ☹

Nach Sachse (2001) werden Persönlichkeitsstörungen als eine Strategie zum Überleben in pathogener Umgebung be-

trachtet, in der Grundbedürfnisse missachtet werden. Im Fallbeispiel fehlt die emotionale Zuwendung (insbesondere durch die Eltern) oder ist an Bedingungen wie Leistung und Intellektualität geknüpft. Das symptomatische Verhalten verschafft in dieser Situation zwar Kontrollerfahrungen, geht aber am eigentlichen Bedürfnis vorbei. Im Beispiel sind dies die hohen moralischen Ansprüche an sich selber und an seine Umgebung, die dem Patienten zwar eine – vorübergehende – Aufwertung seiner Person ermöglichen, ihn jedoch gleichzeitig von den andern entfremden.

Dieses Verhalten zeigt der Patient auch in der Therapie und erfordert deshalb vom Therapeuten eine genaue Analyse der entsprechenden Beziehungsschemata, damit er nicht selber in den dysfunktionalen Prozess verwickelt wird.

Mit Blick auf die Beziehungsgestaltung ist für das Fallbeispiel das folgende intentionale Schema zu beachten:

☛ Ziel: Bewunderung und Anerkennung ☹

☛ Pläne: Bemühe dich um überdurchschnittliche Leistungen; gib dich nicht mit dem Mittelmaß zufrieden; beweise deine Brillanz und deine außerordentlichen Talente; zeige deine intellektuellen und künstlerischen Fähigkeiten! ☹

☛ Verhalten: Versucht in der Lehre und bei Vorträgen mit brillanter Rhetorik zu bestechen; zieht sein Kind alleine auf; gibt sich nicht mit durchschnittlichen Anforderungen zufrieden; äußert sich abfällig übers „Psychologisieren“ und über den „Psychoboom“; kritisiert die gängigen Erziehungsstandards; betont seine Zeit in der Eliteschule; sagt, dass er bisher immer alles erreicht habe; weist direkt und indirekt immer wieder auf seine außerordentliche Situation hin. ☹

☛ Kognitionen: Nur wenn ich besonders gut und in jeder Beziehung außerordentlich bin, werden mir die anderen Bewunderung zollen und mich auch wirklich beachten. Wenn ich mich durch meine hohen Ansprüche und meine Intellektualität von den andern abgrenze, mich über ihre „Banalität“, ihre Durchschnittlichkeit erhebe, werden sie mir mit Bewunderung und Anerkennung begegnen. ☹

☛ Emotionen: Stolz, Selbstsicherheit ☹

☛ Situationen: in der Erziehung, an der Uni, gegenüber seinen Partnerinnen, bei

seinem Chef, früher bei den Eltern, gegenüber dem Therapeuten. ☹

Dieses Schema wirkt sich auch unmittelbar auf das Interaktionsverhalten des Patienten aus.

1. Der Patient sieht bei der kleinsten Andeutung von Kritik seinen Selbstwert in Gefahr, weshalb er die anderen (Studenten, Frauen) herablassend beurteilt und ihnen mangelnde Kompetenz und fehlende Ideale vorwirft, um sich gegen die Kritik zu immunisieren. Sein Umfeld macht ihm daraufhin Vorwürfe wegen seiner rigiden und unnachgiebigen Haltung und wendet sich von ihm ab, womit er Anerkennung und die gewünschte Geborgenheit verliert.
2. Der Patient ist mit der Erziehung und den Erziehungsprinzipien seiner Ex-Frau oder seiner Freundin nicht einverstanden, er kritisiert sie, es kommt zum Streit, was der Patient als Schwäche und Kontrollverlust erlebt, er verliert Geborgenheit.
3. Um sich von seinem eigenen Wert zu überzeugen, kritisiert der Patient die Haltung seiner Umwelt, dadurch verliert er aber deren Anerkennung, weil sie ihn als selbstbezogen, rigide und arrogant empfindet, was wiederum Kritik beim Patienten auslöst...

Wie das Beispiel illustriert, steht für die Therapieplanung weniger die Diagnose im Sinne einer Kategorisierung oder gar Etikettierung im Vordergrund, sondern es geht um die differenzielle Analyse der interaktionellen Pläne, der zugrunde liegenden Beziehungswünsche und der dysfunktionalen Beziehungsmuster.

Patienten mit einer Persönlichkeitsstörung versuchen (meist) unbewusst und auf indirekte Weise, dem Therapeuten einen bestimmten Eindruck zu vermitteln (im Fallbeispiel: „Ich bin ein ganz besonderer Patient. Ich bin anspruchsvoll und begabt und kenne meine Schwierigkeiten eigentlich selber, eigentlich bräuchte ich gar keine Therapie. Es gibt wahrscheinlich gar keinen Therapeuten, der mir das Wasser reichen kann.“), auf den er entsprechend reagieren soll („Behandle mich anders als die anderen! Bei mir genügt eine kurze Therapie! Zeige mir zuerst deine Kompetenz! Kannst du mich überhaupt verstehen?“).

Reagiert ein Therapeut nun komplementär zur direkt beobachtbaren Verhaltenzebene (z. B. Leistung fordern oder gar kritisieren), lässt er sich in das dysfunktionale Muster einbinden und bekräftigt

das pathologische System. Reagiert er jedoch komplementär zur Bedürfnisebene (z.B. Wertschätzung und unbedingte Anerkennung), verbessert er die therapeutische Beziehung und erhöht die Aufnahmebereitschaft des Patienten. Die Grenzen der Komplementarität setzt der therapeutische Rahmen, den es nicht zu verlassen gilt, damit andere wichtige therapeutische Vorgehensweisen nicht behindert werden. Ein klarer Fall von Verletzung dieser Regeln wäre es, wenn der Therapeut auf die Forderungen nach Übernahme von Verantwortung und voller Verfügbarkeit einging oder wenn der Patient nicht mehr an seinen eigentlichen Problemen arbeiten möchte.

An der Psychotherapeutischen Praxisstelle der Universität Bern hat sich folgendes Vorgehen bezüglich der Beziehungsgestaltung bewährt (vgl. Grawe 1998): Der eigentlichen Therapie ist ein ausführlicher Abklärungsprozess vorgeordnet, welcher von einer anderen Person durchgeführt wird als die spätere Therapie. Dies hat den Vorteil, dass dem Therapeuten problematische Beziehungsmuster des Patienten noch vor Therapiebeginn bekannt sind. Er kann also frühzeitig ein geeignetes Beziehungsangebot entwerfen und sich auf eventuell anstehende schwierige Situationen vorbereiten. Der Abklärungsprozess umfasst neben einer ausführlichen Testbatterie (u.a. zum Beziehungsverhalten wie den IIP-64 oder zum Bindungsverhalten wie den MAQ-D) ein strukturiertes diagnostisches Interview (SKID) sowie Gespräche mit Bezugspersonen. Auf der Basis dieser standardisierten Daten und des klinischen Eindrucks aus den Gesprächen erarbeitet der Therapeut ein auf den Patienten zugeschnittenes differenzielles Therapie- und Beziehungsangebot. Dieses Vorgehen kann relativ leicht an die Bedürfnisse von Therapeuten in selbstständiger Praxis angepasst werden.

Für unser Fallbeispiel sind zu Beginn folgende Aspekte der komplementären Beziehungsgestaltung zu berücksichtigen.

)] Ziel: Anerkennung

Therapeutenverhalten: Den Patienten für seine hohe Selbstreflexion loben und seine sprachlichen Fähigkeiten nutzen, ihn seine positiven Seiten, seine Fähigkeiten und Stärken erfahren und sehen lassen, ihm Anerkennung für seine Mitarbeit zeigen, ihm mit Ernst begegnen, auch wenn er mal weniger motiviert ist, seine kritische Haltung als Chance für eine differenzierte

und individualisierte Auseinandersetzung nutzen. ¶

)] Ziel: Perfektion

Therapeutenverhalten: Den Perfektionsdrang des Patienten als Chance sehen und auf dieser Grundlage seine Probleme genau angehen; seine Genauigkeit und seine hohen Ansprüche als Mittel für den Therapieprozess einsetzen, ihn für seine Anstrengung loben. ¶

)] Ziel: Erfolg und Selbstbestätigung

Therapeutenverhalten: Den Patienten auf kleine Erfolge hinweisen, ihm diese ermöglichen, ihm Alternativen zeigen, wie er sich Selbstbestätigung holen kann, ihn in der Therapie seine Stärken erleben lassen, seine Intelligenz betonen, da sie die therapeutische Arbeit erleichtert, Schwächen und Fehler des Therapeuten im Sinne von Selbstöffnung zugeben, um mit dem Patienten nicht in Konkurrenz zu treten. ¶

Problem- und Ressourcenperspektive bei der komplementären Beziehungsgestaltung

Es hat sich als nützlich erwiesen, für die Analyse und Gestaltung der therapeutischen Beziehung eine Problem- und eine Ressourcenperspektive zu unterscheiden und diese in unterschiedlichen Phasen der Therapie einzunehmen (siehe auch Schulte 1996). Für die Analyse, „was“ verändert werden soll, nimmt der Therapeut die Problemperspektive ein, für das „Wie“ die Ressourcenperspektive. So kann z.B. die Dominanz der Person als Problem formuliert werden, gleichzeitig deren Reaktanz als Ressource z.B. unter Verwendung paradoxer Interventionen therapieförderlich genutzt werden.

Für das Fallbeispiel bedeutete das, die Widerstände des Patienten nicht zu brechen, sondern im Gegenteil zu akzeptieren und ihm sogar vorzuschlagen, dass er dies oder jenes wahrscheinlich nicht brauche oder es bereits könne, was dann dazu führte, dass der Patient eine entsprechende Intervention oder Alternative erst recht forderte.

Eine besondere „narzisstische“ Strategie besteht z.B. oft in der direkten Herabsetzung des Therapeuten und in dominantem Verhalten vonseiten des Patienten. Der Therapeut wird mit diesen Beziehungstests zu einer „Stellungnahme“ gezwungen, die sich negativ auf die Therapiebeziehung auswirken kann, falls sie

im Sinne der pathogenen Erwartungen („pathogenic beliefs“, vgl. Weiss u. Mitarb. 1986) des Patienten ausfällt. Dies verdeutlicht nochmals die Notwendigkeit, sich so früh und so gut wie möglich auf solche Tests vorzubereiten.

Für den Beispielfall haben wir zwei verschiedene Beziehungstests formuliert.

)] Patient: Kognitionen: Therapie dient so wieso nur dazu, mir meine Schwächen und Fehler zu zeigen, mich zu kritisieren.

Patient: Verhalten: Kritisiert den Therapeuten und die Therapie insgesamt, um sich zu immunisieren; kritische Äußerungen im Stundenbogen und in der Sitzung.

Therapeutenverhalten: Dem Patienten mit viel Geduld begegnen, ihn gleichzeitig auf seine Stärken hinweisen, ihn beim Wort nehmen und ihm damit mit Anerkennung begegnen, seine Bedenken ernst nehmen, ihm die Möglichkeit geben, selber zu bestimmen, was er machen will, ihn aber auch auf mögliche Gefahren hinweisen. Sich vom Patienten nicht in sein gewohntes „Unten-oben-Schema“ (Entweder bin ich besser als andere und auch der Therapeut und stehe über ihm, oder ich bin schwach und muss mich ihm unterwerfen.) drängen lassen. ¶

)] Patient: Kognitionen: Wenn ich Schwächen zeigen oder meine eigenen moralischen Grundsätze verletzte, werde ich vom Therapeuten abgewertet und erniedrigt, er wird mir keine Anerkennung und Bewunderung mehr zeigen.

Patient: Verhalten: Berichtet in der Therapie über Situationen, in denen er die eigenen Prinzipien verletzt (z.B. Außenbeziehung, gelegentlicher Alkoholkonsum).

Therapeutenverhalten: Der Therapeut normalisiert das Verhalten, zeigt Verständnis und Sympathie, gibt auch eigene Fehler und Schwächen zu. Prinzipien als Handlungshilfen, aber nicht als Dogmen interpretieren. Nichtstun und Entspannung als besonders große Leistung anerkennen. ¶

Patienten benennen ihre Beziehungsprobleme meist nicht explizit, sondern stellen andere Symptome in den Vordergrund, im konkreten Fall eine Panikstörung. Die therapeutische Gefahr besteht darin, diese Symptome störungsspezifisch anzugehen. Das Hauptproblem – die Beziehungsprobleme der Person – bleibt dadurch unberührt und wird sich in der Therapiesituation natürlich genauso heftig aktualisieren wie außerhalb des therapeutischen Raumes (es wird nicht über das Problem geredet, es passiert).

Hat sich der Therapeut eine gute Kenntnis der interaktionellen Muster des Patienten erarbeitet und sich gezielt darauf vorbereitet, sollte er aus der Ressourcenperspektive gezielt eine komplexere Beziehungsgestaltung verwirklichen. Diese soll dem Patienten bedürfnisbefriedigende Wahrnehmungen verschaffen und so einen positiven Rückkopplungsprozess in Gang setzen, bei dem die befriedigende Beziehung zum Therapeuten gezielt als Ressource für die Bearbeitung weiterer Problembereiche eingesetzt wird. Im konkreten Fallbeispiel musste der Patient deshalb lange im Rahmen seiner narzisstischen Bedürfnisse verstärkt werden, bevor er sich dann darauf einlassen konnte, seine Schwächen und interaktionellen Bedürfnisse („Weil ich Angst habe, andere könnten mich abwerten oder verletzen, bin ich selber hart und sehr kritisch im Urteilen. Eigentlich möchte ich immer die Hauptrolle spielen und ertrage es nicht, wenn ich nur die Nebenrolle habe. Ich möchte von allen geliebt und bewundert werden.“) anzuerkennen und daran zu arbeiten.

Die Praxis der komplementären Beziehungsgestaltung

Das individuelle Fallverständnis steht an oberster Stelle der komplementären Beziehungsgestaltung. Zu diesem Zweck haben wir einen Leitfaden an hilfreichen Fragen aus Znoj (2004, im Druck) entnommen, die dem Therapeuten in seiner Praxis eine Leitlinie sein kann.

Für die Analyse und Beschreibung der wichtigsten motivationalen Ziele und Schemata eines Patienten lassen sich folgende Leitfragen formulieren:

- Welche Gefühle und Eindrücke löst der Patient bei mir aus?
- Was will der Patient bei mir erreichen? (Appelle)
- Welches Bild von sich versucht er oder sie zu vermitteln? (Image)
- Welches Bild hat er oder sie von sich selbst?
- Welche Reaktionen von mir versucht er oder sie zu vermeiden?

Erwünschte Wahrnehmungen

- Wie möchte der Patient vor sich selber erscheinen?
- Wie möchte der Patient von anderen gesehen bzw. wahrgenommen werden?

- Welches Verhalten der Umgebung würde den Patienten besonders freuen und bestätigen?

Ziele und Pläne

Ausgehend von diesen erwünschten Wahrnehmungen können die motivationalen Ziele des Patienten abgeleitet werden. Dazu werden zunächst die zu einem bestimmten Schema gehörigen Pläne formuliert (vgl. auch das Beispiel). In einem weiteren Schritt wird gefragt, welche Möglichkeiten und Ressourcen dem Patienten zur Realisierung der genannten Pläne zur Verfügung stehen. Zur Konkretisierung sollen typische Verhaltensweisen des Patienten innerhalb und außerhalb der Therapie angeführt werden.

Emotionen

Gefühle können nur im Zusammenhang mit konkreten Situationen, in denen ein bestimmtes Schema aktiviert ist, erfasst und beschrieben werden. Im Therapeuten ausgelöste Gefühle, dienen dagegen als ausgezeichnetes Mittel, um unausgesprochenen Bedürfnissen oder Befürchtungen auf die Spur zu kommen.

Entwicklungsgeschichte des Schemas

Anhand bekannter lebensgeschichtlicher Daten wird eine mögliche Genese des Schemas nachgezeichnet. Informationen hierzu geben die wichtigen Beziehungen des Patienten, das Wertesystem der Ur-

sprungsfamilie sowie die Normen seiner Gesellschaftsschicht.

Vermeidungs- und Konfliktschemata

Konfliktschemata sind charakterisiert durch die wesentlichen Vermeidungsstrategien im entsprechenden Bedürfnisbereich. Im Fallbeispiel ist dies: „Vermeiden von Versagen, Kritik und Ablehnung“, das zugrunde liegende Bedürfnis ist „Bewunderung und Anerkennung“. Anhand von konkreten Situationen wird veranschaulicht, wie sich diese Vermeidungsstrategien im Verhalten des Patienten wieder finden.

Aversive Wahrnehmungen – negative Fantasien

Hier wird ausgeführt, welche Befürchtungen mit bestimmten Vermeidungsplänen verknüpft sind:

- Welchen Eindruck möchte der Patient vor sich und anderen auf jeden Fall vermeiden?
- Welches Verhalten der Umgebung würde den Klienten besonders verletzen/bedrohen?
- Welche negativen Konsequenzen antizipiert der Patient im Hinblick auf die kritischen Situationen?

Hat sich der Therapeut mithilfe dieser Fragen ein Verständnis der interaktionellen Probleme des Patienten erarbeitet und sich Überlegungen zu eventuell bevorstehenden Beziehungstests gemacht,

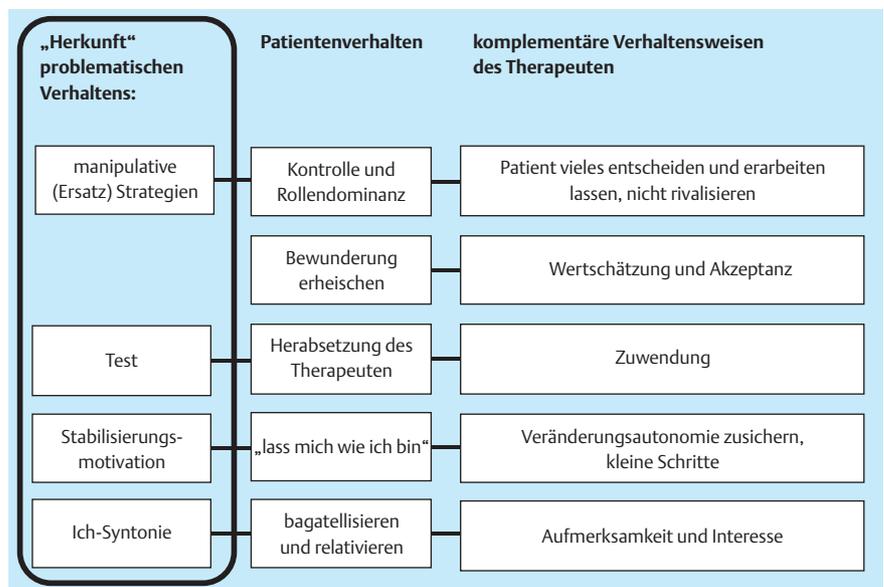


Abb. 1 Problematisches Patientenverhalten und zur Bedürfniskomponente komplementäres Therapeutenverhalten.

ist es sinnvoll, sich bestimmte Worte, Sätze, Bilder, Metaphern zu überlegen und schriftlich zu fixieren, die er im Therapieverlauf im Sinne der komplementären Beziehungsgestaltung benutzen möchte. So könnte sich der Therapeut z.B. dem narzisstischen Patienten gerade dann gezielt zuwenden, wenn dieser ihn offen herabsetzt; oder auf bagatellisierende Äußerungen könnte ungestört mit absoluter Aufmerksamkeit reagiert werden, indem man noch einmal nachfragt, Interesse bekundet oder „große Augen macht“. Die folgende Abbildung zeigt das komplementäre Vorgehen schematisch auf.

Da der Therapeut zuerst einmal mit den manipulativen Strategien des Patienten konfrontiert wird, kann es ihm schwer fallen, die dahinter stehenden unbefriedigten Bedürfnisse zu erkennen. Es gilt sich zu vergegenwärtigen, dass hinter manipulativen Strategien meist ein äußerst gekränkter Selbstwert steckt, der befriedigt sein will, um seinen Einfluss auf das psychische Geschehen zu verlieren. Der narzisstische Patient bezahlt hohe Kosten, um sich die Illusion eines guten Selbstwertgefühls zu erhalten: Er muss sich permanent kompetitiv verhalten, und die Beurteilung erbrachter Leistungen hängt nur von außen ab; Anerkennung und Wertschätzung erfordern eine Zusatzleistung und sind an Bedingungen geknüpft.

Schlussfolgerungen

Persönlichkeitsstörungen bereiten dem therapeutischen Arbeiten einige ganz spezifische Probleme, die es zu (er)kennen und auf die es sich gezielt vorzubereiten gilt. Da problematisches Beziehungsverhalten sowohl den Prozess wie das Ergebnis beeinflusst, ist ein sorgfältiges und individuell abgestimmtes Vorgehen unverzichtbar. Es passiert häufig, dass Patienten mit Persönlichkeitsstörungen entweder ohne klaren Auftrag („irgendetwas stimmt nicht“) in der Therapie erscheinen oder aufgrund von komorbiden Störungen vorstellig werden, die mehr Schmerz erzeugen als die ichsyntonen Beziehungsstörungen selber. Dies bedeutet oft, dass diese Patienten wenig motiviert sind, an ihren eigentlichen (interaktionellen) Problemen zu arbeiten. Im Verlauf der Therapie aktualisieren sich die latenten Beziehungswünsche (und Befürchtungen) des Patienten. Dies stellt sowohl eine Chance als auch eine Gefahr dar: Verpasst es der Thera-

peut, sich gezielt auf diese Beziehungstests vorzubereiten und im Sinne der komplementären Beziehungsgestaltung dysfunktionale interaktionelle Muster zu unterwandern und die entsprechenden Grundbedürfnisse zu befriedigen, so wird er schnell selber Teil des Beziehungsspiels des Patienten und riskiert einen Misserfolg. Die große Chance besteht darin, dass durch die Aktualisierung der Beziehungswünsche (und Befürchtungen) die Möglichkeit besteht, dem Patienten korrektive Erfahrungen in Beziehungen zu ermöglichen.

Dieses Plädoyer für die außerordentliche Bedeutung der Beziehungsgestaltung gerade in der Therapie von Persönlichkeitsstörungen darf allerdings nicht in der Weise missverstanden werden, dass therapeutisches Handeln bei narzisstischen Störungen auf Beziehungsinterventionen verkürzt werden soll. Es muss ausdrücklich betont werden, dass für bestimmte Störungsbilder ein störungsspezifisches Vorgehen (kombiniert mit komplementärer Beziehungsgestaltung, Veränderung motivationaler Schemata und Ressourcenaktivierung) die hervorragende Rolle spielen sollte.



Hansjörg Znoj

geb. 1957, Prof. Dr. phil. Dipl.-Psych., Studium der Psychologie in Bern, 1989–2002 wissenschaftlicher Mitarbeiter am Psychologischen Institut der Universität Bern (Prof. Dr. Klaus Grawe), seit 2002 Assistenzprofessor an der Universität

Bern. 1993–1996 Forschungsstipendium an der University of California, San Francisco. Therapeutische Weiterbildungen in strategischer Kurzzeittherapie und systemischer Beratung. Forschungsschwerpunkte: Psychotherapieprozesse, Emotionsregulation und Bewältigungsprozesse im Zusammenhang mit kritischen Lebensereignissen, Trauer und Trauerverarbeitung, Positive Psychologie (Wachstum – personal growth), Gesundheitspsychologische Fragen und Verbitterung.

Korrespondenzadresse:

Prof. Dr. Hansjörg Znoj
Institut für Psychologie
Universität Bern
3000 Bern 9
Schweiz

Literatur

- Caspar F. Beziehungen und Probleme verstehen: eine Einführung in die psychotherapeutische Plananalyse. Bern: Huber, 1989
- Fiedler D. Persönlichkeitsstörungen. Weinheim: Beltz, Psychologie-Verlags-Union, 1994
- Grawe K, Caspar FM, Ambühl H. Differentielle Psychotherapieforschung: Vier Therapieformen im Vergleich: Prozessvergleich. Zeitschrift für klinische Psychologie 1990a; 19 (4): 316–337
- Grawe K, Caspar FM, Ambühl H. Die Berner Therapievergleichsstudie: Wirkungsvergleich und differentielle Indikation. Zeitschrift für klinische Psychologie 1990b; 19 (4): 338–361
- Grawe K. Psychologische Therapie. Göttingen: Hogrefe, 1998
- Kanfer FH, Reinecker H, Schmelzer D. Selbstmanagement-Therapie. 3. Aufl. Berlin: Springer, 2000
- Sachse R. Psychologische Psychotherapie der Persönlichkeitsstörungen. Göttingen: Hogrefe, 2001
- Schulte D. Therapieplanung. Göttingen: Hogrefe, 1996
- Weiss J, Sampson H the Mount Zion Psychotherapy Research Group. The psychoanalytic process: Theory, clinical observation, and research. New York: Guilford, 1986
- Znoj HJ. Die therapeutische Beziehung aus verhaltenstherapeutischer Sicht. In: Roessler W (Hrsg): Die therapeutische Beziehung. Berlin: Springer, 2004 (im Druck)