

Claas-Hinrich Lammers

## Die therapeutische Beziehung mit narzisstisch gestörten Patienten – Beifahrer in einem Porsche

The therapeutic relationship with narcissistic patients – front seat passenger in a Porsche

Bei der Therapie narzisstischer Patienten kommt der therapeutischen Beziehungsgestaltung eine eminent wichtige Rolle zu. Zum einen muss der Therapeut ein Beziehungsangebot machen, das den Patienten ausreichend motiviert, eine Psychotherapie überhaupt anzunehmen und zu nutzen. Zum anderen ist die therapeutische Beziehung im Sinne der Übertragung (bzw. Problemaktualisierung) eine psychotherapeutische Intervention sui generis. Beide Aspekte der therapeutischen Beziehung werden in diesem Artikel vor dem Hintergrund von Klaus Grawes Konzept der Wirkfaktoren der Psychotherapie dargestellt.

Schlüsselwörter

therapeutische Beziehung – Narzissmus – Psychotherapie – Wirkfaktoren

*The therapeutic relationship is of great importance when treating patients with a narcissistic disorder. On the one hand, the therapeutic relationship is decisive for the motivation of the patient to accept and make use of psychotherapy. On the other hand, the therapeutic relationship is the place of transference and therefore an important part of the therapeutic treatment. Both aspects shall be considered in this article against the background of Klaus Grawe's concept of the factors of efficacy of psychotherapy.*

Keywords

*therapeutic relationship – narcissism – psychotherapy – factors of efficacy*

### Einleitung

Narzisstische Patienten in der Therapie gleichen einem Porschefahrer, der durch sein rücksichtsloses Fahren in Schwierigkeiten geraten ist und eher widerwillig um Hilfe nachsucht. Da wir als Therapeuten keine Polizisten sind, die strafende Funktion ausüben, dürfen wir nicht missbilligend vor dem Auto stehen bleiben, sondern müssen uns zu dem Fahrer in seinen Porsche setzen, um mit ihm in Kontakt zu kommen. Erst dann werden wir auch mehr sehen, als einen rücksichtslosen Fahrer in einem rasanten und teuren Auto. Das Verhalten von uns Therapeuten auf dem Beifahrersitz, sprich die therapeutische Beziehungsgestaltung mit narzisstisch gestörten Patienten, aber in einem Artikel hinreichend zu beschreiben, ist ein unmögliches Unterfangen. Zu unterschiedlich sind die Patienten in ihrer Individualität, ihren Beziehungswünschen, ihrer Therapiemotivation, ihrer Fähigkeit und Motivation zur Beziehungsgestaltung. Darüber hinaus

weisen die individuellen Patienten eine oftmals beeindruckende Widersprüchlichkeit in ihren Bedürfnissen und Handlungen auf, die situativ eine spezifische Beziehungsgestaltung erfordern. So kann derselbe Patient zu einem Zeitpunkt eher still, zurückhaltend, abwartend sein, zu einem anderen Zeitpunkt weinend und hilflos vor dem Therapeuten sitzen, um dann auf einmal aggressiv und abwertend aufzutreten. Zudem gibt es zwischen und innerhalb der verschiedenen Therapieschulen sehr unterschiedliche Positionen bezüglich der Beziehungsgestaltung mit narzisstischen Patienten. So verfolgten Otto Kernberg und Heinz Kohut, obgleich beides Psychoanalytiker, zwei diametrale Positionen der therapeutischen Beziehungsgestaltung: Während Kohut (1976) die Notwendigkeit einer auf Empathie basierenden Beziehung betonte, maß Kernberg (1978) einem eher konfrontativen Stil die größere Bedeutung zu. John Fiscalini (2004), ein zeitgenössischer Vertreter der Psychoanalyse, wiederum favorisiert einen sog. Coparticipant-Stil der Beziehungsgestaltung, der u. a. von einer (emotionalen) Offenheit des Therapeuten auch in Bezug auf seine Person und seinen eigenen Narzissmus geprägt ist. Aus dem Grenzgebiet von Gesprächspsychotherapie und Verhaltenstherapie, der sog. klärungsorientierten Psychotherapie, kommt ein anderes Beziehungskonzept für die Therapie narzisstischer Patienten (Sachse, Sachse & Fasbender, 2011), das eine komplementäre Beziehungsgestaltung im Wechsel mit konfrontativen Elementen favorisiert.

Man kann hieraus den Schluss ziehen, dass nicht die Theorie einer psychotherapeutischen Schule die Art der Beziehungsgestaltung vorgeben kann, sondern dass vielmehr die interaktionelle Problematik von narzisstischen Patienten uns Therapeuten eine flexible Art der Beziehungsgestaltung, ungeachtet der Therapieschulen, nahelegt. Deswegen möchte ich auf der Grundlage der Prinzipien einer allgemeinen Psychotherapie, wie sie von Klaus Grawe konzeptualisiert wurden (Grawe, 1995), die verschiedenen Aspekte und Möglichkeiten der therapeutischen Beziehungsgestaltung mit narzisstischen Patienten beschreiben. Mit diesem Versuch einer entsprechenden Konzeptualisierung erhebe ich nicht den Anspruch auf Vollständigkeit, sondern sehe diesen eher als eine Beschreibung der möglichen Betrachtungs- und Herangehensweisen.

## Das Krankheitskonzept der narzisstischen Persönlichkeitsstörung

Das Verständnis des Therapeuten für die Symptomatik und Psychodynamik des narzisstischen Konfliktes ist grundlegend für seine Fähigkeit, eine Beziehung zu diesen Patienten aufbauen zu können (für eine Übersicht siehe Lammers, Vater & Röpke, 2013). Solange man das Leiden der Patienten nicht kennt, anerkennt und im Kontakt mit dem Patienten empathisch zu spüren vermag, solange man nicht versteht, welchen Ursprunges die narzisstischen Verhaltensweisen des Patienten sind und warum diese für ihn unmittelbar hilfreich sind, solange wird man mit dem narzisstischen Patienten keine positive Beziehung aufbauen können. Deswegen möchte ich in aller gebotenen Kürze die Psychodynamik der narzisstischen Störung skizzieren – nicht zuletzt, um eine Grundlage für die weiteren Ausführungen zur therapeutischen Beziehung zu legen.

Persönlichkeitsstörungen sind in einem großen Ausmaß interaktionelle Störungen, d. h., ihre Symptomatik manifestiert sich im Kontaktverhalten der Betroffenen. Folgt man den Kriterien der narzisstischen Persönlichkeitsstörung aus dem DSM-V, dann zeigt fast jedes einzelne Kriterium die spezifischen interaktionellen Schwierigkeiten narzisstischer

Patienten auf: (1) Sie sind von ihrer eigenen Wichtigkeit überzeugt, (2) sind stark eingenommen von Phantasien grenzenlosen Erfolgs, Macht, Glanzes, Schönheit oder idealer Liebe, (3) glauben an ihre Einzigartigkeit, (4) verlangen nach übermäßiger Bewunderung, (5) haben ein Anspruchsdenken, (6) zeigen sich in zwischenmenschlichen Beziehungen ausbeuterisch, (7) sind unempathisch und (8) neidisch und (9) zeigen arrogante, überhebliche Verhaltensweisen. Nimmt man Verhaltensweisen wie das häufige Abwerten anderer Menschen und Ärger und Wut bei Kritik mit hinzu, die nicht im DSM-V Erwähnung finden, dann vervollständigt sich das Bild eines Menschen mit einer ausgeprägten interaktionellen Pathologie.

Doch dieses einseitig negative Bild, das auf der mehr oder weniger strikten Fokussierung des DSM-V auf phänomenologischen Kriterien beruht, wird man bei einem intensiveren Kontakt mit den Patienten in der Regel korrigieren müssen. Der Therapeut kommt dann nämlich mit der verletzlichen, beschämten und zutiefst unsicheren Seite dieser Patienten in Kontakt, die sie durch narzisstische Erlebnis- und Verhaltensweisen zu verbergen suchen. Narzisstische Patienten haben in der Regel eine grandiose sowie eine vulnerable Seite, d.h. eine selbstüberschätzende, selbstidealisierende und fremdabwertende Seite einerseits und eine selbstabwertende und selbstkritische, von Schamgefühlen geprägte Seite andererseits (Pincus & Roche, 2011). Diese sogenannte doppelte Selbstwertregulation (Morf & Rhodewalt, 2006; Sachse et al., 2011) mit ihrer grandiosen und vulnerablen Facette kann man bei allen narzisstischen Patienten annehmen, solange sie nicht einen malignen Narzissmus mit deutlich dissozialen Zügen aufweisen. Vor diesem Hintergrund werden auch zwei Typen von narzisstischen Patienten postuliert: der grandiose, offene Typus einerseits und der vulnerable, verdeckte Typus andererseits (für eine Übersicht siehe Lammers et al., 2013).

Die Erlebnis- und Verhaltensweisen der grandiosen Seite haben zunächst die Funktion einer dysfunktionalen Bewältigungsstrategie für Emotionen und Kognitionen der vulnerablen Seite des Narzissmus. Insbesondere Schamgefühle (Ritter et al., 2013), aber auch Angst, Hilflosigkeit, Einsamkeit sind wesentliche Emotionen der vulnerablen Seite, die der Patient durch seine narzisstischen Verhaltensweisen und sein ausgeprägtes Kontrollverhalten im Kontakt mit anderen Menschen zu vermeiden und zu bekämpfen versucht (Tracy, Cheng, Martens & Robins, 2011). Die Ursache dieses selbstabwertenden Schemas wird interaktionellen Störungen mit wichtigen Bezugspersonen in der Entwicklungsgeschichte zugeschrieben, die zur Frustration von zentralen Bedürfnissen geführt haben (Tangney, 1995). Durch das permanente Bestreben, den aversiven Emotionen, wie z. B. Scham, Angst und Hilflosigkeit, auszuweichen, haben diese Patienten aber auch verlernt, ihre Gefühle und die damit verbundenen Bedürfnisse wahrzunehmen; vielmehr suchen sie die Befriedigung ihres Bedürfnisses nach Selbstwert und Bindung fast ausschließlich in ihrer Bewunderung durch ihr Umfeld.

Es ist jedoch zum Verständnis der Patienten, und somit auch der therapeutischen Beziehungsgestaltung, von Bedeutung zu verstehen, dass die grandiose Seite auch durch eine starke emotionale Reaktion auf externe positive Verstärker bedingt ist: Die Patienten reagieren emotional sehr positiv auf Beachtung, Lob, Anerkennung, Respekt, und auch ihre narzisstischen Phantasien erleben sie als unmittelbar belohnend. Vielleicht werden zukünftige Studien für eine allgemein erhöhte emotionale Reaktionsbereitschaft narzisstischer Patienten, auch in Richtung eines Schamerleben bzw. Erlebens negativer Emotionen, eine neurobiologische Erklärung geben können. Dies würde dann auch eventuell

Studienergebnisse erklären, welche für die narzisstische Persönlichkeitsstörung unter allen Persönlichkeitsstörungen die größte genetische Beteiligung nachweisen (Torgersen et al., 2012).

Aufgrund der doppelten Selbstwertregulation leiden narzisstische Patienten an einem ausgeprägten Nähe-Distanz-Konflikt, da sie einerseits zur Aufrechterhaltung ihres Selbstwertgefühls und der Vermeidung von Schamgefühlen den Kontakt zu anderen Menschen brauchen, von denen sie bewundert, respektiert, gefürchtet werden wollen. Andererseits aber fürchten sie aufgrund ihrer vulnerablen Seite eine zu große Nähe mit anderen Menschen, da sie hierdurch mit ihren negativen Emotionen insbesondere in Form eines Schamerlebens kämen. Sie wollen zwar in ihrem Porsche bewundert werden, aber die Vorstellung, einen Beifahrer zu haben, der sie nicht ausschließlich bewundert, erfüllt sie mit Unsicherheit, Angst und Scham. Somit werden die Patienten auch in der therapeutischen Beziehung mit Schamgefühlen, Hilflosigkeit, Einsamkeit und Gefühlen von Angst zu kämpfen haben, und nicht zuletzt deswegen werden sie auf den Therapeuten mit ihren narzisstischen Erlebnis- und Verhaltensweisen reagieren.

Auch wenn häufig behauptet wird, dass narzisstische Patienten keine Einsicht in ihr dysfunktionales Verhalten hätten und genuin von ihrer Einzigartigkeit usw. überzeugt wären, so trifft dies meiner Erfahrung nach auf die meisten narzisstischen Patienten nicht zu; insbesondere nicht auf die Patienten, die sich um Hilfe an einen Therapeuten wenden. Diese Patienten erleben durchaus beide Seiten ihrer narzisstischen Störung, die grandiose als auch die vulnerable Seite, auch wenn sie im Kontakt überwiegend ihre grandiose Seite zeigen.

## Die therapeutische Beziehung und die vier Wirkfaktoren der Psychotherapie

Die therapeutische Beziehung gilt als einer der wesentlichen Wirkfaktoren der Psychotherapie (Martin, Garske & Davis, 2000), und jede psychotherapeutische Schule hebt deren Bedeutung bei der Therapie von persönlichkeitsgestörten Patienten gesondert hervor. Um den Wirkfaktor der therapeutischen Beziehung zu verstehen, ist die Konzeptualisierung der Wirkfaktoren der Psychotherapie durch Klaus Grawe hilfreich (Grawe, 1995), die das Ergebnis einer Metaanalyse von kontrollierten Wirksamkeitsstudien war. Zu den Wirkfaktoren gehören demnach:

- **Problemaktualisierung:** In der Therapie werden die Probleme des Patienten aktiviert, d.h. sie werden erlebbar.
- **Problemklärung:** Die Therapie fördert die Einsicht des Patienten in die Bedingungsfaktoren (Ursprünge, Hintergründe, Motivationen, aufrechterhaltende Faktoren) seines problematischen Erlebens und Verhaltens.
- **Problemlösung:** Dem Patienten werden Strategien und Techniken vermittelt, mit Hilfe derer er eine positive Erfahrung im Umgang mit seinen Problemen machen kann.
- **Ressourcenaktivierung:** Die positiven Möglichkeiten, Eigenarten, Fähigkeiten und Motivationen des Patienten werden in der Therapie genutzt bzw. gefördert.

Warum aber erwähnt Grave nicht die therapeutische Beziehung, die laut Studien ein wichtiger Wirkfaktor der Psychotherapie ist? Die Erklärung hierfür ist so einfach wie einleuchtend: Der Wirkfaktor der therapeutischen Beziehung besteht nämlich genau in

den genannten vier Wirkfaktoren, so dass deren gesonderte Erwähnung wissenschaftlich gesehen nicht notwendig erschien. Grawes Wirkfaktorenmodell impliziert somit die herausragende Bedeutung der therapeutischen Beziehung, was er an anderen Stellen auch explizit so formuliert hat.

## Zwei Aspekte der therapeutischen Beziehung

Vor dem Hintergrund der vier Wirkfaktoren nach Grawe kann man die Funktion der therapeutischen Beziehung in zweierlei Hinsicht begreifen und gestalten:

(1) Eine vertrauensvolle und motivierende therapeutische Beziehung macht die veränderungsorientierte Arbeit des Patienten erst möglich, da er sich vom Verständnis, der Akzeptanz, den Ermutigungen, Interventionen u. v. m. des Therapeuten hinreichend unterstützt fühlt, um die schwierigen therapeutischen Schritte zu meistern (Ressourcenaktivierung). Somit ist die therapeutische Beziehung die Bedingung der Möglichkeit einer erfolgreichen Therapie und kann unter diesem Aspekt auch als Arbeitsbeziehung beschrieben werden.

(2) Die therapeutische Beziehung bei narzisstischen Patienten ist aber auch ein Ort der Problemaktualisierung, d.h. des Erlebens der Beziehungskonflikte des Patienten i.S. einer sogenannten Übertragungsreaktion (s. u.): Die narzisstischen Erlebnis- und Verhaltensweisen, die der Patient im Umgang mit anderen Personen zeigt, und die unter dem Eindruck von bedrohlichen, abwertenden oder vernachlässigenden Bezugspersonen entstanden sind, manifestieren sich auch in der Beziehung zu dem Therapeuten. Hierdurch wird eine diesbezügliche Problemlösung und -lösung möglich, indem der Therapeut mit dem Patienten die unmittelbare Entstehung des problematischen Verhaltens und Möglichkeiten zu dessen Veränderung erarbeitet. Die therapeutische Beziehung vermittelt dem Patienten darüber hinaus einen besseren Zugang zu sich selbst, seinen Emotionen und Bedürfnissen mit der Folge einer größeren Kongruenz zwischen seinem bewusstseinsfähigen Erleben und seinen Vorstellungen von sich selbst. Dieser Aspekt der therapeutischen Beziehung ist insbesondere von den Wirkfaktoren der Problemlösung (z. B. unbewusste Bedürfnisse und Motive) und der Ressourcenaktivierung geprägt und entspricht dem Grundanliegen der Gesprächspsychotherapie (Eckert, Biermann-Rathjen & Höger, 2012).

## Die Wirkfaktoren der Psychotherapie in der therapeutischen Beziehung von narzisstischen Patienten

Um die Wirkfaktoren bezüglich der therapeutischen Beziehung besser zu verstehen, seien zunächst allgemeine Ziele für die Therapie narzisstischer Patienten definiert. Hierzu gehören u. a.

- die Verbesserung der Beziehungsfähigkeit
- die Integration von inkompatiblen Selbstschemata, insbesondere durch die Arbeit an verborgenen Bedürfnissen, und
- ein Aufbau von adaptiven, bedürfnisorientierten Verhaltensweisen

Metaphorisch ausgedrückt sind Narzissten wie Porschefahrer, die sich rücksichtslos und mit überhöhter Geschwindigkeit im Straßenverkehr bewegen. Wir Therapeuten sollten gar nicht erst versuchen, dem Porschefahrer die Vorzüge eines langsameren Wagens der

Mittelklasse anzupreisen. Vielmehr versuchen wir uns so zu verhalten, dass der Fahrer uns auf dem Beifahrersitz toleriert, um dann vorsichtig, unter Auslassung aller Kritik an dem Auto, mit ihm über die Vor- und Nachteile seines Fahrstils ins Gespräch zu kommen. Vor diesem Hintergrund schauen wir uns Beispiele für die Wirkfaktoren in der therapeutischen Beziehung mit narzisstischen Patienten zunächst in abstrakter Form beispielhaft an:

- **Problemaktualisierung:** Der Patient reagiert auf den Therapeuten entsprechend seiner vulnerablen und grandiosen Selbstwertschemata, d. h., er aktiviert seine pathologische Nähe-Distanz-Regulation. Der Patient erlebt seine Problememotionen von Scham sowie Hilflosigkeit durch Kontrollverlust und Angst. Hierauf reagiert der Patient mit seinen narzisstischen Abwehrstrategien. Auf der anderen Seite möchte der Patient vom Therapeuten Aufmerksamkeit, Wertschätzung, Bewunderung, respektvolle Distanz u.v.m. erhalten. Somit kann der Patient gegenüber dem Therapeuten wechselweise idealisierend, abwertend, angeberisch, kontrolliert, distanziert, unempathisch, egozentrisch, anspruchlich u.v.m. auftreten. Gleichzeitig erlebt er diffuse Bedürfnisse nach Kontakt, Geborgenheit, Gemochtwerden, auf deren Empfinden er jedoch wiederum mit einem Schamgefühl und der Befürchtung einer ohnmächtigen Abhängigkeit vom Therapeuten reagiert.
- **Problemlklärung:** Da der Patient die Beziehung mit dem Therapeuten gemäß seiner narzisstischen Störung gestaltet, ergibt sich die Möglichkeit einer Klärung dieser Beziehungsgestaltung. Gemeinsam ergründen Patient und Therapeut die intra- und interpsychischen Prozesse, die zu der genannten Problemaktualisierung geführt haben. Hierbei richtet der Therapeut den Fokus auch auf unbewusste Ziele und Bedürfnisse des Patienten, die adaptiver Natur sind und auf die der Therapeut empathisch, validierend und im Verlauf auch veränderungsorientiert reagieren kann.
- **Problemlösung:** Durch die Problemlklärung tun sich dem Patienten neue Einsichten insbesondere bezüglich verborgener adaptiver Bedürfnisse auf. Mit Hilfe des Therapeuten können Strategien erarbeitet werden, durch ein verändertes Verhalten neue interaktionelle Kompetenzen aufzubauen. Diese sozialen Kompetenzen erprobt der Patient zunächst in seinem Kontakt mit dem Therapeuten, der das therapeutische Beziehungsangebot derart gestaltet, dass der Patient unmittelbar wichtige und korrigierende Neuerfahrungen machen kann. Er wird vom Therapeuten z. B. Empathie, Akzeptanz und Wertschätzung auch in Augenblicken erfahren, in denen er sich beschämt, schwach und einsam fühlt, oder er wird eine empathische Konfrontation ohne Beziehungsabbruch erleben können, wenn er arrogant oder abwertend auftritt.
- **Ressourcenaktivierung:** In der Therapie kann sich der Patient trotz seiner erlebten und erkannten Defizite geschätzt und respektiert fühlen, so dass sich ihm nicht nur ein Weg der Neuorientierung auftut, sondern er auch ausreichend Motivation zur Veränderung aufbringen kann. Hierzu trägt auch der Interaktionsstil des Therapeuten bei, der den Bedürfnissen des Patienten entgegenkommt und die erfolgreichen und positiven Aspekte seiner Persönlichkeit anhaltend und spürbar würdigt. Nicht zuletzt besteht eine Ressourcenaktivierung auch in einem Beziehungsangebot des Therapeuten, die den Bedürfnissen des Patienten nach positiven Erlebnissen nachkommt.



Greift man den Wirkfaktor der Problemaktualisierung heraus, dann zeigen narzisstische Patienten in der therapeutischen Beziehung am häufigsten die folgenden Erlebnis- und Verhaltensweisen (Wolf, 1998):

1. Spiegelübertragung: Der Patient sucht nach einem anderen Menschen, hier dem Therapeuten, der ihn anerkennt, lobt und bewundert (in der Begrifflichkeit der Selbstpsychologie die Suche nach einem annehmenden und bestätigenden Selbstobjekt).
2. Idealisierung des Therapeuten: Der Patient projiziert hierbei seine grandiosen Selbstteile auf den Therapeuten, sieht in ihm bzw. Teilen dessen Person außerordentliche, besondere positive Eigenschaften und erlebt somit den Therapeuten als Teil seines narzisstischen Selbst.
3. Verschmelzungsphantasien mit dem Therapeuten: Der Patient sieht den Therapeuten als eine Erweiterung des eigenen Selbst, der kein eigenes Zentrum von Initiative hat, sondern nur zur Befriedigung der Bedürfnisse des Patienten existiert.
4. Abwertung des Therapeuten: Der Patient zeigt dieses Verhalten insbesondere, wenn er eine zu große Nähe zum Therapeuten und damit zur vulnerablen Seite seines Narzissmus erlebt. Diese Abwertung kann sehr deutlich und ostentativ sein oder sich z. B. auch hinter einer Gleichgültigkeit verbergen.
5. Neid auf den Therapeuten: Hierbei sieht der Patient Anteile seiner idealisierenden Selbstphantasien durch den Therapeuten verkörpert und ist mit seinem eigenen Mangel bzw. Defekt konfrontiert. Der Neid ist somit im Sinne einer negativen externen Attribution auch eine Abwehrstrategie gegenüber Schamgefühlen der vulnerablen Seite.
6. Abhängigkeit vom Therapeuten: Obgleich indifferent bezüglich der realen Person des Therapeuten, benötigt der Patient diesen als Quelle der positiven Beachtung.

Diese Formen der Problemaktualisierung in der therapeutischen Beziehung werden auch als Übertragungsreaktion bezeichnet. Der Patient entwickelt demnach auch gegenüber dem Therapeuten Gefühle, Gedanken und Verhaltensweisen, die sich nur aus vergangenen interaktionellen Erfahrungen verstehen lassen und nicht aus dem gegenwärtigen Kontakt zur realen Person des Therapeuten. Dieses ursprünglich tiefenpsychologische Konzept der Übertragung wird mittlerweile auch in der modernen Verhaltenstherapie (McCoullough, 2011; Young, Klosko & Weishaar, 2005) und anderen therapeutischen Richtungen (Sachse, 2006) in modifizierter Form verwendet.

Im weiteren Verlauf dieses Artikels werde ich mich auf die beiden genannten Aspekte der therapeutischen Beziehung konzentrieren.

## Die therapeutische Beziehung als Arbeitsbeziehung

Viele narzisstische Patienten fürchten regelrecht, mit ihrem Problem in eine Psychoecke gezogen zu werden, in der dann all ihre bisherigen Ressourcen als narzisstische Fehlhandlungen eingestuft werden, ihnen der Segen der sog. Normalität und Durchschnittlichkeit gepredigt wird, ihnen eine Kommunikation über ihre Gefühle aufgedrängt wird, und dies alles von einem Therapeuten, dessen Aussehen, Auftreten und Haltung ihnen wohlmöglich fremd ist. Dies fühlt sich für die Patienten wie ein erzwungenes Umsteigen von einem Porsche auf einen VW Golf älteren Baujahrs an. Wenn man all dies ausreichend

berücksichtigt hat, dann bleibt noch der Umstand, dass narzisstische Patienten auf der Suche nach positiven Reizen sind, beständig etwas Besonderes und Aufregendes erleben müssen und dass hieran gemessen eine Therapie rasch als langweilig und frustrierend erlebt wird. Diesen Patienten die Einnahme einer aktiven und motivierten Haltung bezüglich Psychotherapie zu erleichtern ist die wichtigste Aufgabe des Therapeuten, denn nur der Patient selbst kann einen Veränderungsprozess bewirken (oder aber eben scheitern lassen). Insofern ist der Patient kein Objekt von therapeutischen Techniken, sondern vielmehr ein aktives Subjekt, dem wir ein hilfreiches und motivierendes Beziehungsangebot machen. Wir Therapeuten sind, wie bereits gesagt, Beifahrer im Porsche des Patienten und versuchen, den Fahrer zu motivieren, sich rücksichtsvoller und vor allem auch hinsichtlich seiner verborgenen Bedürfnisse (z. B. nach Zugehörigkeit und Kontakt) angemessener im Straßenverkehr zu verhalten. Im Mittelpunkt der therapeutischen Beziehung stehen deswegen die Begriffe der Kooperation und des Konsenses (Hatcher, Barends, Hansell & Gutfreund, 1995). Wir wollen mit dem Patienten ein grundsätzliches Verständnis für seine Probleme, seine Ziele und den Ablauf der Therapie erarbeiten.

Eine gute Arbeitsbeziehung ist bei narzisstischen Patienten insbesondere von der sogenannten Passung abhängig (Orlinsky, Grawe & Parks, 1994). Passen müssen:

- Behandlungsmodell und Störungsmodell
- Patient und Therapeut
- Patient und Behandlungsmodell
- Störung und Therapeut

Diese Passung kann man als tragfähige und motivierende Arbeitsbeziehung im Wesentlichen unter Berücksichtigung von drei Ebenen konzeptualisieren (Bordin, 1979):

- Übereinstimmung in Zielen (Arbeitsbündnis)
- Übereinstimmung in Aufgaben (Arbeitsbündnis)
- affektive Beziehung (Bindung)

Auf allen drei Ebenen weisen narzisstische Patienten deutlicher als andere Patienten Probleme auf, die es zu bewältigen gilt, will man den Patienten im therapeutischen Prozess unterstützen und bei ihm eine Veränderungsmotivation begünstigen.

## Übereinstimmung in Zielen

Die meisten narzisstischen Patienten kommen wegen komorbider Erkrankungen, wie z. B. einer Depression, einer Suchterkrankung oder in einer akuten Krise (z. B. Arbeitsplatzverlust, Trennung) zum Therapeuten; manchmal kommen sie auch fremdmotiviert durch ihre frustrierten Partner(innen). Hilfebedürftig zu sein widerspricht aber ihrem narzisstischen Selbstbild, und somit beginnt die therapeutische Beziehung mit einem Erlebnis des Scheiterns auf Seiten des Patienten. Allein deshalb wird er sich schwer damit tun, konkrete und längerfristige Ziele zu benennen und somit seine Bedürftigkeit offenzulegen. Er befindet sich eher in einer Lageorientierung als in einer Veränderungsorientierung, was sich u. a. darin äußert, dass er eher ausgiebig über derzeitige Probleme oder Erfolge berichtet, als dass er einen Veränderungsprozess i.S. einer Problemlösung aktiv anstrebt (Kuhl & Beckmann, 1994). Dass der Therapeut Ziele vorgibt, ist aber für den Patienten



gleichermaßen inakzeptabel, da dieses Vorgehen sein Bedürfnis nach Individualität, Kontrolle und Autonomie verletzen würde. Es gilt also, dem Patienten einen gangbaren Weg in die Therapie zu ebnet, da bei den kleinsten Hürden bereits eine Frustration oder Kränkung und folglich ein Therapieabbruch droht. Dem Therapeuten verbleibt zu Beginn der Therapie somit nur, sich bezüglich der Ziele flexibel und unbestimmt zu verhalten, ohne den Patienten zu einer verbindlichen Haltung zu drängen. Wenn der Patient konkrete Ziele formuliert, dann sollten diese nach Möglichkeit vom Therapeuten übernommen werden, auch wenn diese Ziele in letzter Konsequenz nicht ideal erscheinen sollten (z. B. Coaching bzgl. eines angeblichen Mobbing oder Beratung hinsichtlich des Umgangs mit der frustrierten Ehefrau). Im späteren Verlauf jedoch sollte der Therapeut den Patienten aber auf die fehlenden konkreten Ziele hinweisen und gemeinsam mit ihm nach solchen suchen; andernfalls würde die Therapie mit der Zeit im Sande verlaufen. Vorsicht ist gegenüber den Therapiezielen geboten, die alleine dem Therapeuten aus seiner Weltsicht als angemessen und hilfreich erscheinen. So haben viele Therapeuten eine Tendenz, den Patienten aus seinem Porsche herausholen zu wollen, indem sie ihm einen Mittelklassewagen schmackhaft zu machen versuchen. Narzisstische Patienten werden jedoch nie das Mittelmaß mögen, im Gegenteil, sie haben eher Angst davor, dass der Therapeut sie in diese Richtung bewegen will. Es gibt kein Ziel, das man den Patienten oktroyieren könnte; jedes Ziel muss von dem Patienten selbst als attraktiv und sinnvoll erlebt werden. Der Therapeut tut folglich gut daran, das Bedürfnis des Patienten nach Eigenbestimmung als Ressource zu betrachten und nicht als ein Problemverhalten. Er setzt sich auf den Beifahrersitz des Porsche, aber der Patient bleibt am Steuer; und ein guter Beifahrer greift dem Fahrer während der Fahrt nicht ins Lenkrad! Es bleibt dem Geschick des Therapeuten überlassen, den Patienten hinsichtlich adaptiver Ziele im weiteren Therapieprozess günstig zu beeinflussen. Dies ist auch in der Regel besser möglich, sobald der Patient in Kontakt mit bislang vermiedenen Bedürfnissen kommt; aus diesen Bedürfnissen ergeben sich häufig positive Ziele, die der Patient auf einmal als attraktiv und erstrebenswert empfindet (z. B. ein Bedürfnis nach Kontakt, Geborgenheit oder aber auch nach Freude und Entspannung). Nicht zu vergessen ist darüber, dass die Qualität einer therapeutischen Beziehung erwiesenermaßen auch von den Therapieerfolgen des Patienten abhängt. Insofern bietet sich gerade bei narzisstischen Patienten das Bearbeiten von kleinen und zeitnahen Zielen zum Beginn der Therapie und auch im Verlauf an. Dem Therapeuten sollte kein Ziel zu banal und oberflächlich sein, als dass er dessen Verfolgung auf Wunsch des Patienten nicht annehmen würde, solange es sich nicht um schwerwiegend dysfunktionale Ziele handelt.

## Übereinstimmung in Aufgaben

Wenn Ziele für die Therapie gefunden wurden, gleich welcher Art, dann stellt sich die Frage nach dem therapeutischen Vorgehen, um diese Ziele zu erreichen, d.h. die Bestimmung dessen, was der Patient tatsächlich machen wird. Welches therapeutische Vorgehen der Therapeut auch wählt, er braucht hierfür immer die aktive Zustimmung des Patienten. Somit gibt es meines Erachtens keine therapeutische Methode, die sich grundsätzlich bei narzisstischen Patienten empfiehlt, sondern diese hängt von den Präferenzen des individuellen Patienten ab, die sehr unterschiedlich sein können. Während

der eine Patient einen direktiven und konfliktorientierten Stil bevorzugt, wünscht sich der andere Patient eher eine Arbeit an seinen Emotionen und Bedürfnissen, und der Nächste möchte sich zunächst seiner Biographie widmen. Und ein und derselbe Patient kann zu unterschiedlichen Zeitpunkten verschiedene Bedürfnisse bezüglich der Vorgehensweise haben. Insofern bedarf es einer hohen Flexibilität und schulenübergreifenden Orientierung des Therapeuten bei seinem methodischen Angebot an den narzisstischen Patienten. Aufgrund ihres hohen Kontrollbedürfnisses ist aus meiner Erfahrung eine eher kognitive Arbeit anfangs sicherer für die Patienten, da sie hierbei ein höheres Kompetenzerleben haben und sich den emotionalen Anteilen aus sicherer Distanz nähern können. Darüber hinaus verbietet das hohe Kontrollbedürfnis des Patienten jeglichen Versuch des Therapeuten, ihn von irgendetwas zu überzeugen, geschweige denn Recht behalten zu wollen. Erst wenn sich eine vertrauensvolle und tragfähige therapeutische Beziehung entwickelt hat, kann der Therapeut sich den emotionalen Prozessen des Patienten zuwenden, ihn zu einer Wahrnehmung und einem größeren Verständnis seiner Emotionen und seiner verborgenen Bedürfnisse motivieren. Hierbei ist zu beachten, dass sogenannte Deutungen, also das Interpretieren der Handlungen des Patienten in Bezug auf nicht transparente Motivationen, Konflikte etc., für den Patienten eine Belastung darstellen und zu einer negativen Reaktion im Sinne der Abwehr führen können (Crits-Christoph, Gibbons & Connolly, 2002).

Natürlich folgt der Therapeut aber nicht allen Vorstellungen des Patienten bezüglich der Vorgehensweise, sondern bringt an geeigneter Stelle empathisch-konfrontativ (s. u.) seine Einschätzung bezüglich der erfolgversprechendsten Vorgehensweise vor.

## Affektives Bündnis

Das affektive Bündnis kann auch als vertrauensvolle Therapiebeziehung bezeichnet werden und soll dem Patienten helfen, sich dem Therapeuten und sich selbst gegenüber zu öffnen. Natürlich ist dies für die narzisstischen Patienten der mit Abstand schwerste Aspekt der therapeutischen Arbeitsbeziehung, denn sie ertragen nur schwerlich Nähe, vermeiden das Empfinden und die Thematisierung von Emotionen und finden nur sehr schwer Vertrauen zu einem Menschen. Immer wieder wird man bei den Patienten alleine durch das therapeutische Setting direkt oder indirekt seine Schamgefühle aktivieren, zu denen häufig noch Gefühle von Hilflosigkeit, Angst und Einsamkeit hinzukommen (Ritter et al., 2013). Somit erleben die Patienten allein das Empfinden und den Ausdruck von Bedürfnissen als ein Zeichen von Schwäche, was wiederum Schamgefühle auslöst. Aber wie kann ein solcher Patient das Vertrauen zu einem Therapeuten gewinnen, ein affektives Bündnis aufbauen? Hierbei sind die Konzepte der Empathie, der positiven Wertschätzung und Akzeptanz sowie die Kongruenz und Echtheit des Therapeuten aus der Gesprächspsychotherapie von zentraler Bedeutung (Rogers, 1983). Meiner Erfahrung nach ist es das Angebot einer spürbar persönlichen und individuellen Beziehung, die für die Patienten immens wichtig ist (siehe insbesondere Fiscalini, 2004). Ihm interessiert, persönlich und engagiert zu begegnen und ihn wissen zu lassen, dass man ihn als Individuum erlebt und nicht als einen beliebigen Patienten, ist dafür eine notwendige Grundhaltung. Auch die erwähnten flexiblen Strategien im Umgang mit Zielen und therapeutischen Aufgaben sind sicherlich für eine affektive Beziehung von großer Bedeutung, denn sie

zeigen dem Patienten, dass der Therapeut sich auf ihn individuell einzustellen versucht. Außerdem bedarf es meines Erachtens noch weiterer nur schwer zu konzeptualisierender Fähigkeiten und Eigenschaften seitens des Therapeuten, um ein affektives Bündnis mit narzisstischen Patienten zu schließen. Hierzu gehört z. B. die Persönlichkeit des Therapeuten, seine Schlagfertigkeit, die gleiche Art von Humor, seine Fähigkeit zum passenden Small Talk, seine Geduld, seine Fähigkeit, Beziehungstests zu bestehen. Auch schadet es auf keinen Fall, wenn der Therapeut ebenfalls einen Porsche zu schätzen weiß (auch wenn er ihn sich in der Regel nicht leisten kann ...).

Ein gelungenes affektives Bündnis erfüllt zweierlei Funktionen: (1) Es bildet die vertrauensvolle Grundlage zwischen Therapeut und Patient und ist somit die Bedingung für dessen Motivation und Befähigung zur therapeutischen Arbeit. (2) Zum anderen ist ein gelungenes affektives Bündnis im Sinne der Gesprächspsychotherapie eine therapeutische Intervention sui generis. Dieser Teil des affektiven Bündnisses im Rahmen der therapeutischen Problembeziehung soll im nächsten Abschnitt thematisiert werden.

## Die therapeutische Beziehung als therapeutische Intervention

Den menschlichen Interaktionen liegt wesentlich das Bedürfnis nach Kontrolle (Macht, Dominanz) und Zugehörigkeit (Liebe, Freundschaft) zugrunde (Kiesler, 1996). Da narzisstische Patienten aufgrund ihres vulnerablen Pols mit Schamgefühlen zu kämpfen haben, die sie nur über Bewältigungsstrategien wie grandiose, arrogante Verhaltensweisen, Abwertung, Distanz usw. vermeiden und bekämpfen können, ist ihnen das Bedürfnis nach Kontrolle wesentlich wichtiger als das Bedürfnis nach Zugehörigkeit. Die Zielrichtung der Psychotherapie mit narzisstischen Patienten lässt sich somit festlegen im Sinne einer Reduktion des Kontrollbedürfnisses zugunsten der Einsicht in die doppelte Selbstwertregulation und einen hilfreichen Umgang mit Schamgefühlen einerseits und einem verbesserten Zugang zu adaptiven Bedürfnissen andererseits. Adaptive Bedürfnisse sind in diesem Kontext häufig das Bedürfnis nach Zugehörigkeit, aber auch Sinnhaftigkeit und Ruhe. Dies zusammen sollte eine bessere Beziehungsfähigkeit und bedürfnisorientierte soziale Kompetenzen des Patienten fördern.

Die therapeutische Beziehung dient also der direkten Arbeit an der gestörten Nähe-Distanz-Regulation des narzisstischen Patienten: Er erlebt in der therapeutischen Beziehung seinen vulnerablen Pol und reagiert hierauf mit seinen narzisstischen Strategien (Problemaktualisierung, s. o.), die als solche zu erkennen und zu verstehen der Therapeut ihm zu helfen versucht (Klärungsprozess). Durch das Beziehungsangebot des Therapeuten kann der Patient eine neue Beziehungserfahrung machen, die seinem Schamempfinden gegenläufig ist bzw. die ihn in einen korrigierenden Kontakt mit einem anderen Menschen bringt (Problemlösung). Mit dem Therapeuten kann er exemplarisch eine neue Form der Beziehungsgestaltung lernen, die durch eine größere emotionale Offenheit und das Erleben von Nähe, eine reife Abhängigkeit, Gleichberechtigung und Reziprozität geprägt ist. Über die Reduktion des Schamerlebens kann der Patient dann i.S. der Problemlösung und Ressourcenaktivierung einen verbesserten Zugang zu seinen adaptiven Emotionen und Bedürfnissen nach Zugehörigkeit bzw. Beziehungen finden und hierüber lernen, entgegen seinen bisherigen narzisstischen Verhaltensweisen einen befriedigenden Kontakt mit anderen Menschen herzustellen (Problemlösung). Die Patienten sollen in der

therapeutischen Beziehung insbesondere in Bezug auf ihr Schamerleben die Erfahrung machen, dass sie vom Therapeuten geschätzt und akzeptiert werden, je mehr sie Kontakt und Nähe zulassen, und dass sie ihre verborgenen Bedürfnisse in konkrete Interaktionen einbringen können, die sie als befriedigend und hilfreich erleben. Diese Erfahrungen und Strategien soll der Patient dann auch für seine anderweitigen Beziehungen nutzen. Für die erfolgsversprechende Arbeit bedarf es u. a. der folgenden Merkmale des Therapeutenverhaltens:

1. eine betont empathische, akzeptierende und kongruente Haltung;
2. die Etablierung einer Metakommunikation über Beziehungserlebnisse und -verhalten mit dem Therapeuten;
3. eine komplementäre Beziehungsgestaltung, die sich unter weitgehender Nichtbeachtung von narzisstischen Interaktionsstrategien auf valide, aber nicht transparente Bedürfnisse des Patienten richtet;
4. eine wertschätzende Konfrontation des Patienten bezüglich seiner narzisstischen Verhaltensweisen;
5. ein Beziehungsangebot, im Rahmen dessen der Therapeut einerseits ein positives Modell bezüglich der Therapieziele verkörpert und zum anderen in einen selbst-offenbaren Kontakt mit dem Patienten tritt (reziproke Beziehungsgestaltung, Kongruenz, therapeutische Selbstenthüllung);
6. eine ausgeprägte Ressourcenorientierung seitens des Therapeuten
7. die fortwährende Arbeit an Beziehungsbrüchen.

Der Patient wird bei alledem grundsätzlich nicht als eine kranke Person betrachtet, an der Strategien und Techniken zur Anwendung kommen, sondern als ein kompetentes und selbstbestimmtes Gegenüber. Der Therapeut sollte demnach:

- eine therapeutische Beziehung auf gleicher Augenhöhe anbieten, d. h., für den Patienten als Individuum erlebbar und erreichbar sein;
- in der Beziehung je nach Erfordernis einen empathisch-validierenden, aber auch empathisch-konfrontativen Beziehungsstil anbieten;
- seine Gegenübertragung reflektiert und ausreichend bearbeitet haben
- durch sein Verhalten dem Patienten Menschlichkeit, Spontaneität, Flexibilität und Originalität zeigen;
- mit eigenen Fehlern und Schwächen offen und akzeptierend umgehen
- sich selbst mit seinen eigenen narzisstischen Bedürfnissen und dem adaptiven Umgang damit zu erkennen geben;
- ausreichend Selbstbewusstsein und Selbstkontrolle haben, um mit Provokationen, Abwertungen, Angriffen und ähnlichen Verhaltensweisen angemessen umgehen zu können.

Für die Beziehungsgestaltung des Therapeuten spielt die Polarität der grandiosen und der vulnerablen Seite i. S. der doppelten Selbstwertregulation eine große Rolle, da er diesbezüglich ein differenziertes Beziehungsangebot machen muss. Die Arbeit am vulnerablen Pol erfordert insbesondere Empathie, Validierung und eine komplementäre Beziehungsgestaltung, damit der Patient die Öffnung zu dieser Seite hin erträgt und gleichzeitig eine korrigierende Beziehungserfahrung machen kann. Die grandiose und abwertende Seite hingegen erfordert eher einen z. B. problematisierenden, diskursiven

und wertschätzend-konfrontativen Stil (s. u.).

John Fiscalini (2004) hat meines Erachtens diesen Beziehungsstil sehr gelungen konzeptualisiert und ist damit weit über die traditionellen psychoanalytischen Konzepte der Beziehungsgestaltung hinausgegangen. Fiscalini nennt diesen Stil „Coparticipant Psychoanalysis“ und betont damit die Notwendigkeit eines therapeutischen Beziehungsangebotes, das von der Bereitschaft des Therapeuten geprägt sein sollte, sich auf eine authentische und selbstoffenbarende Beziehung mit dem Patienten einzulassen. Der narzisstische Patient erfährt den Therapeuten so nicht als ein überlegenes und beschämendes Gegenüber, sondern als einen Menschen, der ihm auf Augenhöhe begegnet und sich wirklich für ihn interessiert und engagiert. Erst in einer solchen offenen Beziehung, in der Therapeut und Patient gewissermaßen miteinander ringen, kann der Patient in einen therapeutisch wirksamen Kontakt treten, da er sich respektiert und durch die Haltung des Therapeuten als Individuum angesprochen fühlt. Wie diese praktisch gestaltet werden kann, möchte ich im Folgenden differenziert erläutern.

## Empathie, Wertschätzung, Echtheit und Kongruenz

Wie bereits unter dem Stichpunkt des affektiven Bündnisses dargestellt, sind die von der Gesprächspsychotherapie propagierten Beziehungsfaktoren der Empathie, der positiven Wertschätzung und Akzeptanz sowie der Kongruenz und Echtheit als zentral für die Beziehungsgestaltung zu betrachten (Rogers, 1983).

**Empathie und Validierung.** Heinz Kohut (1976) hat die Bedeutung einer empathischen Grundhaltung des Therapeuten bei der Therapie narzisstischer Patienten besonders betont, da seiner Ansicht nach die Auflösung des normalen kindlichen Narzissmus bei den Patienten durch die mangelnde Empathie der Eltern behindert wurde. In Ergänzung von Kohuts Konzept kann man auch die Entwicklung eines schamdominierten emotionalen Schemas, das die Patienten durch narzisstische Erlebnis- und Verhaltensweisen kompensieren, zum Anlass nehmen, eine empathische und validierende Grundhaltung in den Vordergrund zu stellen; nur hierdurch lässt sich nämlich die Aktivierung der vulnerablen Seite der Patienten, also der Schamgefühle, ertragen, bearbeiten und eine korrigierende Beziehungserfahrung ermöglichen. Während eine validierende Haltung bereits von Beginn der Therapie an wirksam werden kann, damit sich der Patient auch des Verständnisses des Therapeuten sicher sein kann, muss die Empathie zunächst vielleicht zurückhaltend zum Ausdruck gebracht werden. Ein Zuviel an Empathie, insbesondere zu Beginn der Therapie, kann die Nähe-Distanz-Regulation des Patienten aus dem Gleichgewicht bringen, denn auf diese ungewohnte Nähe reagiert der Patient häufig mit Rückzug, abwehrend, wenn nicht gar aggressiv.

**Positive Wertschätzung und Akzeptanz.** Nur wenn der Therapeut eine grundlegende positive Einstellung dem Patienten gegenüber hat, wird dieser sich sicher und akzeptiert genug fühlen, um sich dem Therapieprozess gegenüber zu öffnen. Doch ist es für viele Therapeuten offenbar schwierig, einen narzisstischen Patienten und dessen Eigenschaften zu akzeptieren, geschweige denn positiv zu wertschätzen. Viele Therapeuten fahren eben keinen Porsche, aus was für Gründen auch immer; das sollte aber nicht zu einer

grundsätzlich kritischen Haltung gegenüber diesem Auto führen. Solange der Therapeut dem Patienten explizit oder implizit seine Ablehnung zu verstehen gibt, wird der narzisstische Patient hierauf negativ reagieren. Insofern verbietet sich eine normativ korrigierende Haltung gegenüber den narzisstischen Zügen des Patienten. Um eine solche normative, d. h. implizit abwertende Haltung gegenüber narzisstischen Patienten gar nicht erst aufkommen zu lassen, kann es hilfreich sein, wenn der Therapeut Menschen mag, die eher dominant, selbstbewusst, eitel, selbstdarstellerisch u.v.m. sind und vielleicht selbst von einem Porsche träumt. Hilfreich ist es auch, möglicherweise sogar eine Grundvoraussetzung, wenn der Therapeut selbst gesunde narzisstische Eigenschaften i.S. des Narzissmus als Persönlichkeitsvariable aufweist und sich deren bewusst ist (Ritter & Lammers, 2007). Erst wenn die Akzeptanz und die positive Wertschätzung des Therapeuten für den Patienten spürbar sind, wird dieser eventuell motiviert sein, seine narzisstische Abwehrreaktion zu reduzieren und sich dem Therapeuten zu öffnen. Eine eher kritische Haltung des Therapeuten, welche die genannten Persönlichkeitszüge grundsätzlich pathologisiert, ein reduktionistisches Verständnis von eitlen, dominanten, selbstbewussten, selbstdarstellerischen Zügen i.S. von „das macht der- oder diejenige nur, um ihre bzw. seine Angst, Hilflosigkeit, Unsicherheit etc. zu kompensieren“, ist nicht dazu angetan, mit narzisstisch gestörten Menschen eine affektive Bindung aufzubauen. Die Annahme, dass Porschefahrer mit Hilfe ihres Sportautos ausschließlich ein niedriges Selbstwertgefühl kompensieren, ist sowohl einseitig als auch reduktionistisch und trägt dem ästhetischen und fahrerischen Reiz eines solchen Autos nicht hinreichend Rechnung. Außerdem können auch Porschefahrer interessante, empfindsame, sozial verträgliche Menschen sein bzw. werden. Genauso sind narzisstische Erlebnis- und Verhaltensweisen nicht nur kompensatorische Mechanismen für einen niedrigen Selbstwert, sondern auch ein direkter Ausdruck der erhöhten Ansprechbarkeit dieser Menschen auf positive Reize und auch eine Ressource, solange sie nicht zu schweren Interaktionsstörungen führt.

**Kongruenz und Echtheit.** Kongruenz ist der Zugang des Therapeuten zu seinem eigenen Erleben und seinem Selbst, während Echtheit das transparente, authentische Verhalten des Therapeuten umfasst. Viele narzisstische Patienten haben ein überraschend gutes Gespür für die Motivation, Echtheit und Kongruenz anderer Menschen und stellen den Therapeuten diesbezüglich häufig auf die Probe. An dieser Stelle möchte ich keine umfassende Darstellung der Konzeption von Kongruenz und Echtheit aus der Gesprächspsychotherapie geben; dieses ist an andere Stelle ausführlicher und kompetenter geschehen (siehe z. B. Finke, 2009). Hingegen möchte ich mich auf die therapeutische Selbstenthüllung konzentrieren, deren Bedeutung meiner Ansicht nach kaum überschätzt werden kann. Für einen narzisstischen Patienten ist jede Beziehung ein Kampf um Dominanz und Überlegenheit; er ist zu einer reziproken Beziehung nicht in der Lage. Ein scheinbar perfekter Therapeut, der hinter einer professionellen Maske als Mensch nicht erkennbar und spürbar ist, macht dem Patienten auf der einen Seite Angst, ruft Scham, Neid und Ärger hervor und gibt auf der anderen Seite ein denkbar schlechtes Modell für den Patienten ab, der ja selbst fatalerweise an die Illusion erreichbarer Perfektion glaubt. Insofern ist es in der Therapie hilfreich, wenn der Therapeut in Form einer Selbstenthüllung über eigene Erfahrungen berichtet, die dem Patienten seine Schwierigkeiten, Scheitern usw., aber auch die individuelle Lösung dieser Probleme anhand des Modells des Therapeuten verdeutlicht. Hierdurch wird der Therapeut menschlich erlebbar und verliert an Bedroh-



lichkeit für den Patienten. McCoullough (2011) bezeichnet diesen Beziehungsstil auch als ein „kontrolliert-persönliches Einlassen des Therapeuten“, und Fiscalini (2004) spricht von der „Coparticipant Psychoanalysis“.

Zudem dient die Selbstenthüllung im Rahmen der therapeutischen Beziehung der Problemaktualisierung, -klärung und -lösung. Basierend auf der Vorstellung, dass narzisstische Patienten an einer gravierenden Interaktionsstörung leiden, die sich insbesondere durch die Vermeidung eines reziproken Kontaktes mit dem andern Menschen manifestiert, dient diese Form des selbstenthüllenden interaktionellen Therapeutenverhaltens dazu, diese Vermeidungshaltung des Patienten zu verändern. Der Therapeut stellt über die Selbstenthüllung eine Nähe her, die der Patient eigentlich zu vermeiden versucht, aber er zwingt den Patienten nicht zu einer Nähe, sondern bietet diese nur an. Hierzu gehört auch die Offenheit des Therapeuten bezüglich der Gefühle, die der Patient bei ihm hervorruft. Außerdem kann der Patient anhand der Selbstoffenbarung des Therapeuten auch seine Empathie trainieren und die Fähigkeit des Perspektivwechsels erlernen, d.h., sich wirklich mit dem anderen Menschen zu beschäftigen und diesen nicht nur zu instrumentalisieren. Um sich auf eine kontrollierte Selbstenthüllung einzulassen, muss der Therapeut zum einen ein hohes Maß an Kongruenz und Selbstsicherheit haben. Zum anderen muss er sich immer wieder auch mit der Frage auseinandersetzen, ob seine Selbstenthüllung wirklich dem Therapiefortschritt des Patienten dienlich ist oder ob nicht die Gefahr besteht, dass er eigene Bedürfnisse hiermit befriedigt bzw. dem Patienten durch seine Selbstenthüllung schaden könnte.

## Komplementäre Beziehungsgestaltung

Um einen narzisstischen Patienten längerfristig zu einer Therapie zu motivieren, ist zunächst eine Beziehungsgestaltung indiziert, welche die Bedürfnisse des Patienten i. S. seiner interaktionellen Pläne befriedigt. Da diese Bedürfnisse bzw. Motive u. a. darin bestehen, Kontrolle, Anerkennung und Bewunderung zu erlangen, muss der Therapeut eine komplementäre (motivorientierte) Beziehungsgestaltung anbieten. Hierbei versucht er, die Erlebnis- und Verhaltensweisen des Patienten aktiv wertzuschätzen, die erfolgreich, adaptiv, besonders, auf jeden Fall aber akzeptabel sind, ohne dass diese in einem zu direkten Zusammenhang mit seinem Problemverhalten stehen (Grawe, 1992; Sachse, 2006). Ein Therapeut sollte hierbei eine grundsätzliche Sympathie und Anerkennung für selbstbewusste, individuelle, dominante, erfolgsorientierte und eitle Menschen haben (s.o.). Der Therapeut vermittelt dem Patienten also eine grundsätzliche Anerkennung seiner Person, seiner Besonderheiten und Leistungen und verhält sich nur bezüglich der leiderzeugenden Verhaltensexzesse und -defizite wertschätzend konfrontativ und veränderungsorientiert. Er wertschätzt die Eleganz und Fahreigenschaften des Porsche; problematisieren tut er nur den rücksichtslosen Fahrstil des Fahrers. Diese komplementären Verhaltensweisen des Therapeuten werden häufig mit Ausdrücken, wie z. B. „den Patienten narzisstisch zu füttern“ oder „den Patienten zu bauchpinseln“, belegt. Diese Beschreibungen sind abzulehnen, da sie zum einen nicht der Einstellung des Therapeuten entsprechen bzw. entsprechen sollten. Zum anderen ruft der Gebrauch solcher Redewendungen entsprechende abwertende Gedanken und Empfindungen beim Therapeuten bzw. dem Adressaten

solcher Redewendungen hervor, was dem Anliegen einer Psychotherapie widerspricht. Außerdem geht es nicht darum, sich als Therapeut zu verstellen und den Patienten über ein künstliches Loben und unaufrichtige Akzeptanz etc. in einer falschen Sicherheit zu wiegen. Der Therapeut tritt dem Patienten immer als echte und authentische Person gegenüber; nur so kann er mit diesem eine vertrauensvolle Beziehung aufbauen.

Für die Therapie narzisstischer Patienten ist bei fortschreitender Therapie jedoch ein komplementärer Beziehungsaufbau ausschlaggebend, der sich von den erlebbaren interaktionellen Verhaltensweisen der Patienten abwendet, um sich den häufig verborgenen bzw. vermiedenen Bedürfnissen des Patienten zuzuwenden (Sachse et al., 2006). Wir beschäftigen uns also nicht mit dem Porsche, sondern mit seinem Fahrer, der mehr als ein Porschefahrer ist und sich bislang hinter den getönten Scheiben seines Sportautos versteckt hat. Die Komplementarität bezüglich des narzisstischen Interaktionsstiles hat ja nicht zuletzt das Ziel, einen tieferen Zugang zu den verborgenen Motivstrukturen des Patienten zu gewinnen. Rainer Sachse hat hierfür die Begriffe der Spielebene und der Motivebene geprägt und damit die Ebene der gestörten, narzisstischen Interaktionen (Spielebene) von der Ebene der adaptiven, jedoch häufig verborgenen Motive (Motivebene) unterschieden. Diese Art der komplementären Beziehungsgestaltung bezieht sich demnach auf die Motivebene des Patienten, die er nicht interaktionell zu erkennen gibt, sondern die er durch narzisstische Verhaltensweisen i. S. einer Ersatzbefriedigung kompensiert (Spielebene). Der Therapeut verhält sich zu den adaptiven Bedürfnissen der Motivebene des Patienten komplementär, so dass der Patient eine Befriedigung zentraler Beziehungsmotive erlebt; er fühlt sich verstanden und unterstützt und erlebt weniger Schamgefühle. Dieses positive Erleben kann die Therapiemotivation und die Bereitschaft zur Öffnung fördern und die Notwendigkeit eines narzisstischen Verhaltens reduzieren. Allerdings stehen diesem bedürfnisorientierten Vorgehen die hierdurch gleichermaßen aktivierten Schamgefühle des Patienten entgegen. Allein ein Bedürfnis zu haben und dies sogar gegenüber dem Therapeuten zu äußern ist schamauslösend. Hier kann die Selbstoffenbarung des Therapeuten hinsichtlich seiner entsprechenden Bedürfnisse und die Normalisierung eines bedürftigen Zustandes sehr hilfreich sein. Cum grano salis kann man auch die Beziehungsgestaltung des Reparentings (begrenzte elterliche Fürsorge) aus der Schematherapie mit der komplementären Beziehungsgestaltung gleichsetzen (Young et al., 2005). Die Schematheorie hat in einer eigenen Terminologie eine von vielen therapeutischen Seiten vertretene Auffassung der Konzeptualisierung des Verhaltens persönlichkeitsgestörter Patienten formuliert. Somit ähnelt die Fallkonzeption der Schematherapie der Konzeptionen inhaltlich u. a. den Konzeptionen von Sachse et al. (2006), Greenberg (2011) und Vertretern der Tiefenpsychologie.

## Wertschätzende Konfrontation

Narzisstische Patienten formulieren häufig auch explizit, dass sie einen Therapeuten brauchten, der keine Angst vor ihnen hätte und ihnen auch mal etwas entgegenzusetzen habe. Natürlich ist dies ein sehr ambivalenter Wunsch, dessen Erfüllung nicht zwangsläufig zu einer positiven Reaktion des Patienten führt. Aber wie häufig und wie intensiv sollte man konfrontativ mit einem narzisstischen Patienten umgehen? Otto Kernberg vertrat im Gegensatz zu Heinz Kohut die Auffassung, dass es weniger der Empathie (bzw.

Wertschätzung) als vielmehr der Konfrontation der Patienten mit ihren pathologischen Erlebnis- und Verhaltensweisen bedarf. Eine mögliche Erklärung für diese beiden unterschiedlichen Positionen wurde in dem Umstand gesucht, dass Kohut psychotherapeutisch in einer ambulanten Praxis arbeitete und weniger schwer gestörte Patienten behandelte, während Kernberg im Rahmen seines eher stationären Settings mit schwerer erkrankten Patienten arbeitete (Broucek, 1982). Somit zeigten Kohuts Patienten vielleicht häufiger eine höhere Therapiemotivation, u. a. in Form einer Idealisierung des Therapeuten, und konnten aufgrund eines besseren Zuganges zu ihrem vulnerablen Pol mehr von der empathischen Grundhaltung profitieren. Kernbergs Patienten hingegen zeigten wahrscheinlich die Schwere ihres Narzissmus darin, dass sie überwiegend die grandiose Seite des Narzissmus aufwiesen, d. h., die Grandiosität und der Egoismus hatten den Sieg über die Schamgefühle davongetragen. Dieser Umstand wird vielleicht eher deutlich in einer Hartnäckigkeit der grandiosen Seite in Form einer geringen Motivation und Fähigkeit zur Einsicht und Veränderung, so dass Kernberg den Patienten eher grenzsetzend und konfrontativ begegnen musste.

In der Therapie narzisstischer Patienten ist sowohl eine empathische, ressourcenorientierte als auch konfrontative Haltung der Patienten notwendig, je nachdem, welche der beiden Seiten bei ihm überwiegt: die grandiose oder die vulnerable Seite. Anlass zu einer Konfrontation sind Situationen, in denen der Patient trotz aller Bemühungen keine Einsicht in seine narzisstischen Verhaltensweisen und deren Bedingungsfaktoren zulässt, sich weiterhin grandios, arrogant, abwertend, ausnutzend und dominant verhält oder nach längerer Therapie keine Veränderungsmotivation zeigt. Allerdings versucht der Therapeut die notwendige Konfrontation mit einer explizit wertschätzenden Intervention zu verbinden, also den Patienten wertschätzend zu konfrontieren. So könnte z. B. ein Therapeut auf ein abwertendes Verhalten des Patienten ihm gegenüber („Na ja, Sie werden mit Ihrem Einkommen wohl auch keine großen Sprünge machen können ...“) wertschätzend konfrontierend antworten: „Wahrscheinlich haben Sie das eher humorvoll gemeint, und eigentlich mag ich Ihren Humor, aber ich glaube, dass Sie gar nicht bemerkt haben, wie abwertend Ihre Aussage für mich eben geklungen hat.“

Durch die Wertschätzung sollen trotz der notwendigen Konfrontation die Schamgefühle des Patienten vorbeugend reduziert werden, so dass der Patient sich nicht aus Kränkung in einen Kampf mit dem Therapeuten begeben muss. Der Therapeut will hiermit dem Patienten die Möglichkeit geben, aus eigener Einsicht und Motivation heraus sein Verhalten zu reflektieren und zu verändern.

## Therapeutische Metakommunikation

Wie schon häufiger erwähnt, fürchten und meiden narzisstische Patienten eine zu große Nähe zu ihrem Gegenüber, da diese sie in Kontakt mit ihrem vulnerablen Pol, insbesondere in Form ihres Schamgefühls, bringt. Natürlich ist es das Ziel der Therapie, diese Schamgefühle zu reduzieren und das verborgene Bedürfnis nach größerer Nähe zu anderen Personen (Motiv der Zugehörigkeit) u. Ä. zu empfinden und zu realisieren. Allerdings besteht die Gratwanderung in der therapeutischen Beziehung darin, den Patienten nicht durch eine zu große emotionale Nähe zu überfordern und dennoch in einem therapeutischen Prozess i.S. der Problemaktualisierung und -klärung zu halten. Hierzu bietet

sich die Technik der therapeutischen Metakommunikation an, da sie dem Patienten eine zunächst distanzierte und eher kognitive Betrachtung seiner narzisstischen Erlebnis- und Verhaltensweisen erlaubt (Kiesler, 1988, zit. nach McCoullough, 2012). Zusammengefasst versucht der Therapeut, den dysfunktionalen narzisstischen Interaktionsstil des Patienten (insbesondere i. S. seiner Übertragung) zu identifizieren, sich bewusst nicht entsprechend den Erwartungen des Patienten zu verhalten und diese Problemaktualisierung auf einer metakommunikativen Ebene zu thematisieren (Problemklärung). So kann z. B. ein narzisstischer Patient durch sein dominantes und abwertendes Verhalten den Therapeuten in eine defensive Haltung zu drängen versuchen, was der Therapeut jedoch erkennt und worauf er mit einem eher selbstbewussten Verhalten reagiert. Dieses selbstbewusste Verhalten kommt auch durch die Metakommunikation zum Ausdruck, indem der Therapeut dem Patienten z. B. sagt: „Häufig machen Sie durch Ihr Auftreten einen sehr dominanten Eindruck auf mich, und Ihre Worte sind auch nicht selten einschüchternd. Ich merke dann bei mir eine Befangenheit und durchaus auch die Befürchtung, dass ich mit Ihnen in eine Auseinandersetzung geriete, wenn ich mich dem nicht fügen würde. Was passiert, wenn zwei Menschen, von denen keiner eine untergeordnete Haltung einnehmen möchte, auf diese Weise in einen Konflikt geraten, so wie es uns gerade möglicherweise ergehen könnte?“ Der Therapeut stellt sich hierdurch offen der dysfunktionalen Interaktion, macht ein therapeutisches Beziehungsangebot und nimmt eine sachlich-fokussierte Haltung ein. Diese Beziehungsgestaltung kann es dem Patienten durch die kognitive Gewichtung ermöglichen, seine Problemaktualisierung, insbesondere seine Übertragungsreaktion in der therapeutischen Beziehung, i. S. eines Klärungsprozesses zu bearbeiten.

## Der Umgang mit Grenzüberschreitungen

Narzisstische Patienten zeigen ein breites Spektrum an manipulativen, ausbeuterischen und grenzüberschreitenden Verhaltensweisen, die es zu erkennen, zu markieren und zu bearbeiten gilt.

Zuvorderst versteht es sich von selbst, dass körperliche Bedrohungen und extreme verbale Gewalt zu einer transparenten und eindeutigen Konsequenz, zum Beispiel einer Therapiepause, wenn nicht gar zu einem Abbruch der Therapie führen müssen. Wenn einem der Fahrstil des Porschefahrers Angst macht oder andere Menschen bedroht, dann steigt man bei der nächsten Gelegenheit aus. Ob man dann am Straßenrand stehen bleibt, um mit dem Fahrer zu reden, oder sich zu Fuß entfernt, bleibt der Einschätzung des Beifahrers überlassen. Aber auch unterhalb dieses Niveaus sind einige grenzüberschreitende Handlungen leicht für den Therapeuten zu erkennen, u. a. weil sie beim ihm zu starken negativen Gefühlen führen. So z. B. wenn ein Patient die Therapeutin davon zu überzeugen versucht, dass man sich doch außerhalb der Therapie zum Kaffee treffen könne oder wenn er den Therapeuten einzuschüchtern versucht („Sie haben doch selbst Probleme und Sie wollen mir helfen?“). Wann immer eine solche Situation eintritt, muss der Therapeut deutlich und entschlossen die Grenzüberschreitung markieren und diese problematisieren. Hierzu gehört natürlich ein Klärungsprozess, eine therapeutische Selbstoffenbarung, aber auch die Frage nach der Kongruenz dieses Verhaltens mit den therapeutischen Zielen des Patienten (sog. funktionale bzw. hedonistische Disputation: „Sie haben mich gerade abgewertet und massiv in Frage gestellt, so dass ich mich nicht gut gefühlt habe. Ist dieses

Verhalten hilfreich, um Ihr Ziel nach einer stabileren Beziehung zu anderen Menschen zu erreichen, wie Sie es zu Beginn der Therapie formuliert haben?“).

Andere Grenzüberschreitungen sind eher manipulativer Art, und deren motivationale Natur wird vom narzisstischen Patienten verborgen. So z. B. wenn der Therapeut im Verlauf bemerkt, dass es dem scheinbar hochmotivierten Patienten eher um die Krankschreibung denn um die Therapie geht. Oder wenn ein anderer Patient, der eher durch seine Frau fremdmotiviert zur Therapie kommt und dessen Interaktion mit dem Therapeuten insgeheim darauf abzielt, diesen insgeheim zu seinem Verbündeten gegen seine Frau zu gewinnen. Dieses manipulativ-instrumentelle Verhalten ist ebenfalls zu markieren, jedoch nicht in einer grenzsetzenden Art und Weise, sondern empathisch-konfrontierend. Auch hier bietet sich natürlich die oben genannte funktionale bzw. hedonistische Disputation mit dem Patienten an.

Diese manipulativen und grenzüberschreitenden Verhaltensweisen können auch als Beziehungstests aufgefasst werden, die es zu bestehen gilt. Der Patient zeigt zwar sein Problemverhalten i.S. seiner narzisstischen Störung, hat aber gleichzeitig ein Bedürfnis nach Kontakt, Akzeptanz und Hilfe, denn sonst würde er nicht wiederkehrend zur Therapie erscheinen. Durch sein Verhalten provoziert er aber ein Verhalten seitens des Therapeuten, das diese adaptiven Bedürfnisse frustriert, so wie er es immer wieder in Kontakt mit anderen Menschen macht. Der Patient hat dabei den unbewussten Wunsch, der Therapeut möge sich nicht wie die anderen Menschen verhalten und den Kontakt abbrechen oder ihn kritisieren, sondern sich vielmehr im Sinne seiner adaptiven Bedürfnisse komplementär verhalten und damit den Beziehungstest bestehen.

## Der Umgang mit Therapieabbrüchen

Narzisstische Patienten sind bekanntermaßen unzuverlässig in ihrer Therapiemotivation und weisen sicherlich höhere Abbruchraten auf als z. B. Patienten mit Depressionen oder Angsterkrankungen. Sie stoppen abrupt ihren Porsche und schmeißen den mitfahrenden Therapeuten hinaus. Dieser Rausschmiss ist aber aus meiner Sicht kein dramatisches Geschehen, sondern liegt in der Natur der narzisstischen Störung begründet und ist schlichtweg eine weitere Problemaktualisierung in der therapeutischen Beziehung. Somit sollte der Therapeut bei einem Therapieabbruch versuchen, den Patienten mittels einer E-Mail (ein Anruf wäre meines Erachtens zu direkt und könnte den Patienten in die Enge treiben) wieder in die Therapie zurückzuholen. Der Inhalt der E-Mail soll i. S. der komplementären Beziehungsgestaltung entworfen werden, sich also auf die Befriedigung frustrierter Bedürfnisse ausrichten, das unbedingte Interesse an einer Fortführung der Therapie erkennen lassen und ein passendes Angebot an den Patienten beinhalten. Dieses fürsorgliche bzw. engagierte Verhalten des Therapeuten stellt für den Patienten zumeist eine korrigierende Beziehungserfahrung dar, denn er kennt eher eine ablehnende Haltung anderer Menschen ihm gegenüber, die ihn weiter in die Isolation treibt.

Darüber hinaus kann und sollte man relativ zu Beginn der Therapie mögliche Szenarien für einen Therapieabbruch thematisieren und vorab Umgangsweisen hiermit verabreden. Hierzu gehört auch die Normalisierung von narzisstischen Reaktionsweisen auf den Therapeuten, wie z. B. Neid, Scham, Ärger, Abwertung, Überlegenheitsgefühle, oder sich unverstanden und nicht respektiert fühlen. Der Patient wird ermutigt, jederzeit über

seine negativen Gefühle oder kritischen Gedanken bezüglich des Therapeuten bzw. der Therapie offen zu berichten (Safran, Muran & Eubanks-Carter, 2011). Kommt es trotz aller Bemühungen des Therapeuten dennoch zu einem Therapieabbruch seitens des Patienten, dann wird man diesen meiner Erfahrung nach nicht wiedersehen, was es zu akzeptieren gilt. Auch bei dieser Verhaltensweise spielen Schamgefühle sicherlich eine ausschlaggebende Rolle. Dann sieht man leider nur die Rücklichter des davonjagenden Porsche ...

Der Verfasser dankt Dipl.-Psych. Silka Hagena und Dr. Gunnar Eismann für die wertvollen Hinweise zu diesem Artikel.

## Literatur

- Bordin, E.S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice*, 16(3), 252-260.
- Broucek, F.J. (1982). Shame and its relationship to early narcissistic development. *The International Journal of Psycho-Analysis*, 63, 369-378.
- Crits-Christoph, P., Gibbons, P. & Connolly, M.B. (2002). Relational interpretations. In John C. Norcross (Ed.), *Psychotherapy relationships that work: Therapist contributions and responsiveness to patients*. New York: Oxford University Press.
- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – Fifth Edition (2013). Washington: American Psychiatric Association.
- Eckert, J., Biermann-Rathjen, E.M., Höger, D. (2012). *Gesprächspsychotherapie: Lehrbuch für die Praxis*. Berlin: Springer.
- Finke, J. (2009). *Gesprächspsychotherapie*. Stuttgart: Thieme.
- Fiscalini, J. (2004). *Coparticipant Psychoanalysis*. New York: Columbia University Press.
- Grawe, K. (1995). Grundriß einer Allgemeinen Psychotherapie. *Psychotherapeut*, 40, 130-145.
- Grawe, K. (1992). Komplementäre Beziehungsgestaltung als Mittel zur Herstellung einer guten Beziehung. In J. Margraf & J.C. Bengelmann (Eds.), *Die Therapeut-Patient-Beziehung in der Verhaltenstherapie*. München: Röttger
- Greenberg, L. (2011). *Emotionsfokussierte Therapie*. München: Reinhardt.
- Hatcher, R.L., Barends, A., Hansell, J. & Gutfreund, M.J. (1995). Patient's and therapist's shared and unique views of the therapeutic alliance: An investigation using confirmatory factor analysis in a nested design. *Psychoanalysis Quarterly*, 63, 636-643.
- Kernberg, O. (1978). *Borderline-Störung und pathologischer Narzissmus*. Berlin: Suhrkamp.
- Kiesler, D.J. (1988). *Therapeutic metacommunication: Therapist impact disclosure as feedback in psychotherapy*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologist Press.
- Kiesler, D.J. (1996). *Contemporary interpersonal theory and research: Personality, psychopathology, and psychotherapy*. New York, Wiley.
- Kohut, H. (1976). *Narzissmus*. Berlin: Suhrkamp.
- Kuhl, J. & Beckmann, J. (1994). Introduction: Action versus state orientation in the context of personality and volition. In J. Kuhl & J. Beckmann (Eds.), *Volition and personality: Action versus state orientation* (pp. 1-5). Göttingen: Hogrefe.



- Lammers, C.H., Vater, A. & Röpke, S. (2013). Die narzisstische Persönlichkeitsstörung. *Nervenarzt*, 84, 879-886.
- Martin, D.J., Garske, J.P. & Davis, M.K. (2000). Relation of the therapeutic alliance with outcome and other variables: a meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 438-450.
- McCoullough, J. (2011). *Therapeutische Beziehung und die Behandlung chronischer Depressionen: Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy (CBASP)*. Berlin: Springer.
- Morf, C.C. & Rhodewalt, F. (2006). Die Paradoxa des Narzissmus – ein dynamisches selbstregulatorisches Prozessmodell. In O. Kernberg & H.-P. Hartmann (Hrsg.), *Narzissmus*. Stuttgart: Schattauer.
- Orlinsky, D.E., Grawe, K. & Parks, B.K. (1994). Process and outcome in psychotherapy. In: A.E. Bergin & S.L. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change*. Hoboken: Wiley.
- Pincus, A.L. & Roche, M.J. (2011). Narcissistic grandiosity and narcissistic vulnerability. In W.K. Campbell & J.A. Miller (Eds.), *The handbook of narcissism and narcissistic personality disorder*. Hoboken: Wiley.
- Ritter, K. & Lammers, C.H. (2007). Narzissmus – Persönlichkeitsvariable und Persönlichkeitsstörung. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 57, 53–60.
- Ritter, K., Vater, A., Rüschen, N., Schröder-Abé, M., Schütz, A., Fydrich, T., Lammers, C.H. & Roepke, S. (2013). Shame in patients with narcissistic personality disorder. *Angenommen bei Psychiatry Research*.
- Rogers, C. (1983). *Therapeut und Klient*. Frankfurt: Fischer
- Sachse, R. (2006). *Therapeutische Beziehungsgestaltung*. Göttingen: Hogrefe.
- Sachse, R., Sachse, M. & Fasbender, J. (2011). *Klärungsorientierte Psychotherapie der narzisstischen Persönlichkeitsstörung*. Göttingen: Hogrefe.
- Safran, J.D., Muran, J.C. & Eubanks-Carter, C. (2011). Repairing alliance ruptures. *Psychotherapy*, 48, 80-87.
- Tangney, J.P. (1995). Shame and guilt in interpersonal relations. In P. June Tangney & K.W. Fischer (Eds.), *Self-conscious emotions: The psychology of shame, guilt, embarrassment and pride*. New York: Guilford Press.
- Torgersen, S., Myers, J., Reichbaum-Kjennerud, T., Roysamb, E., Kubarych, T.S. & Kendler, K.S. (2012). The heritability of Cluster B personality disorders assessed both by personal interview and questionnaire. *Journal of Personality Disorders*, 26, 848-866.
- Tracy, J.L., Cheng, J.T., Martens, J.P. & Robins, R.W. (2011). The emotional dynamics of narcissism. In W.K. Campbell & J.A. Miller (Eds.), *The handbook of narcissism and narcissistic personality disorder*. Hoboken: Wiley.
- Wolf, E.S. (1998). *Theorie und Praxis der psychoanalytischen Selbstpsychologie*. Frankfurt: Suhrkamp.
- Young, J.E., Klosko, J.S. & Weishaar, M.E. (2005). *Schematherapie. Ein praxisorientiertes Handbuch*. Paderborn: Junfermann.

## Korrespondenzadresse

Prof. Dr. Claas-Hinrich Lammers  
Ärztlicher Direktor | Chefarzt der I. und III. Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie  
Asklepios Klinik Nord – Ochsenzoll  
Langenhorner Chaussee 560 | 22419 Hamburg  
Tel.: +49 (0) 181887-1804 | c.lammers@asklepios.com | www.asklepios.com