

Krisenintervention bei narzisstischen Persönlichkeitsstörungen

Crisis Intervention in Narcissistic Personality Disorders

Oliver Schwald¹ und Gerhard Dammann^{1,2}

Zusammenfassung

Nach einer Einführung in spezifische Merkmale von narzisstischen Persönlichkeitsstörungen wird ein psychodynamisches Verständnis für eine erhöhte Vulnerabilität für Krisen bei narzisstischen Patienten erarbeitet. Berührungspunkte zwischen dem Entstehen von Suizidalität, als eines der Hauptprobleme von narzisstischen Krisen, und der narzisstischen Persönlichkeitsproblematik werden betrachtet. Für eine psychodynamisch orientierte Kriseninterventionsstrategie wird neben allgemeinen Aspekten der Umgang mit den Auslösesituationen besprochen. Die sich in der therapeutischen Beziehung entwickelnden spezifischen Übertragungs- und Gegenübertragungskonstellationen bieten ein hilfreiches Instrument zum erweiterten Verständnis der Krise und dienen dem Ziel einer psychodynamischen Fokusbildung. Gleichzeitig können gerade diese Übertragungskonstellationen den Aufbau einer tragfähigen Beziehung erschweren. Gerade in Krisensituationen präsentiert sich häufig die innere konfliktreiche Situation besonders deutlich, daher soll auf Versäumnisse und Fehlwahrnehmungen des Behandlungsteams, aber auch auf einen möglichen technischen Umgang mit schwierigen Situationen hingewiesen werden.

Schlüsselwort Narzissmus – narzisstische Persönlichkeitsstörung – Krise – Psychotherapie – Suizid – Krisenintervention

Summary

This article starts by introducing specific characteristics of narcissistic personality disorders and will then develop a psychodynamically oriented understanding of the vulnerability of narcissistic patients in crises. This paper examines the common aspects of the development of suicidal tendencies, which is one of the major problems of narcissistic crises, and the set of problems regarding the narcissistic personality. Amongst general aspects, the handling of catalyst situations will be discussed in order to investigate a psychodynamically oriented crisis intervention strategy. Particular transference and countertransference constellations, which are usually developed in a therapeutic relationship, serve as a useful tool to broaden the understanding of the crisis. Moreover, these constellations provide an important basis for establishing a psychodynamic focus. However, these transference constellations can also aggravate the development of a stable relationship with the therapist. Especially during a crisis situation, the internal conflicts often manifest themselves clearly. Therefore, not only failures and false alarms on the part of the therapeutic team, but also ways to technically deal with difficult situations should be identified.

Keywords narcissism – narcissistic personality disorder – crisis – psychotherapy – suicide – crisis intervention

Einleitung

Die Population, die Kriseninterventionseinrichtungen konsultieren, hat sich verändert, weg von psychisch weitgehend Gesunden mit einem schwerwiegenden auslösenden Ereignis und einer klassischen Anpassungsstörung oder akuten Belastungsreaktion hin zu Patienten mit vorbestehenden neurotischen Störungen und Persönlichkeitsstörungen mit vergleichsweise geringem Krisenanlass (Simmich und Reimer, 1998; Simmer und Milch, 2001). Ist die Literatur zum Umgang mit Krisen insbesondere bei der Borderline-Persönlichkeitsstörung sehr umfassend, so findet sich nur wenig Literatur zur Krisenintervention bei der narzisstischen Persönlichkeitsstörung. Am ehesten findet man die Verbindung von narzisstischer Krise und suizidaler Krise. Gerade

aus psychodynamischer Sicht gilt die „narzisstische Krise“ weiterhin als zentrales psychodynamisches Konzept für die Erklärung der Suizidalität (Henseler, 2000; Dammann, 2000). Umgekehrt beschränken sich die Krisen bei narzisstischen Störungen nicht auf Suizidalität, sie entstehen, wenn narzisstische Gratifikationen und Bestätigungen unerwartet verloren gehen und das Selbstbild und Selbstgefühl einzubrechen droht.

Im vorliegenden Artikel werden im Wesentlichen Aspekte einer psychodynamischen Krisenintervention bei narzisstischen Persönlichkeitsstörungen erarbeitet.

Auch diese Krisenintervention basiert zunächst auf den üblichen Prinzipien der Krisenintervention, da diese von einem gemeinsamen Konzept der Krise abgeleitet ist (Giernalczyk, 2003). Zusätzlich legt sie jedoch Wert auf die Berücksichtigung unbewusster Mechanismen in der Entstehung und auch

¹ Psychiatrische Klinik, Universitäre Psychiatrische Kliniken Basel (Ärztlicher Direktor: Prof. Dr. F. Müller-Spahn)

² Psychiatrische Dienste Thurgau (Klinikdirektor: Dr. G. Dammann)

im Verlauf der Krise mit dem Ziel, das Verständnis für die Krise zu erweitern und dem Patienten die Möglichkeit zu bieten, unbewusste Seiten integrieren zu können. Dazu wird Übertragung und Gegenübertragung, die sich in der Beziehung zwischen Patient und Therapeut herausbilden, genutzt, auch zum Zweck, einen psychodynamischen Fokus zu bilden.

Die klassische und immer noch gültige Definition einer Krise stammt von Caplan, der auch als Begründer der Krisentheorie gilt (Sonneck, 1995). Caplan (1964) und Cullberg (1978) definieren eine Krise als „Verlust des seelischen Gleichgewichts, den ein Mensch verspürt, wenn er mit Ereignissen und Lebensumständen konfrontiert wird, die er im Augenblick nicht bewältigen kann, weil sie von der Art und vom Ausmaß her seine durch frühere Erfahrungen erworbenen Fähigkeiten und erprobten Hilfsmittel zur Erreichung wichtiger Lebensziele oder zur Bewältigung seiner Lebenssituation überfordern“ (Cullberg, 1978).

Wichtig, insbesondere bei Krisen im Rahmen von Persönlichkeitsstörungen, ist die soziale und intrapersonale Dimension der Krise: Nicht die Ereignisse selber, sondern deren Interpretation, Grad der Bewältigungsfähigkeit und die verfügbaren Ressourcen bestimmen Verlauf und Ausmaß der Krise (Krebs-Roubicek, 2004). Persönlichkeitsstörungen, definiert als strukturelle Störung oder Entwicklungsstörung, zeichnen sich dadurch aus, dass der Zugang zur Realität, der Beziehung zu den anderen, aber auch sich selber verändert ist und somit die Bewältigungsfähigkeit für gewisse äußere Einflüsse eingeschränkt bleibt, was eine gewisse Vulnerabilität bedingt. Das innere Gleichgewicht des Selbsterlebens wird durch die Balance von Handlungsimpulsen und regulierenden beziehungsweise steuernden Ich-Funktionen aufrechterhalten. Die Krise wäre somit ein Ausdruck des Zusammenbruchs der Balance. Rudolf unterscheidet Überstimulierungskrisen, wenn Handlungsimpulse und Affekte die bisher ausreichenden Regulierungsmöglichkeiten überschreiten, mit dem Gefühl, außer sich zu sein, Angst, verrückt zu werden, Suche nach Halt und Anleitung. Daneben beschreibt er Unterstimulierungskrisen mit Enttäuschung, Verzweiflung als übersteuernde Abwehr mit Versteinerung, Rückzug und Kontaktabbruch, die therapeutisch vordergründig schwerer zugänglich sind (Rudolf, 2000). Wie in einer Krise reagiert wird, ist meist abhängig von Verarbeitungsstilen, die persönlich gebunden und von Auslösern weitgehend unabhängig sind.

Narzisstische Persönlichkeitsstörung

Tabelle 1: DMS-IV-Kriterien der narzisstischen Persönlichkeitsstörung

1. übertriebenes Selbstwertgefühl (eigene Fähigkeiten und Talente werden übertrieben; Erwartung, selbst ohne besondere Leistungen als „etwas Besonderes“ betrachtet zu werden)
2. ständige Phantasien grenzenlosen Erfolgs, Macht, Glanz, Schönheit oder idealer Liebe
3. Ansicht, als Mensch besonders und einzigartig zu sein, und deshalb nur von besonderen Menschen (etwa mit höherem Status) verstanden zu werden oder mit solchen verkehren zu wollen

4. ständiges Verlangen nach Bewunderung
5. Anspruchsdenken
6. zwischenmenschliche Beziehungen werden ausgenutzt, um die eigenen Ziele zu erreichen
7. Mangel an Einfühlungsvermögen
8. Neid auf andere oder sich beneidet fühlen
9. arrogantes, überhebliches Verhalten

Nach dem DSM-IV (1996) ist die narzisstische Persönlichkeitsstörung durch ein durchgängiges Muster von Großartigkeit (in der Phantasie oder im Verhalten), ein Bedürfnis nach Bewunderung und einen Mangel an Einfühlungsvermögen sowie das Vorhandensein typischer Merkmale gekennzeichnet. Insbesondere Kernberg hatte sich für die Erarbeitung der Kriterien und Aufnahme im DSM-IV bemüht (Tab. 1). In der ICD-10 (1991) fand sich die narzisstische Persönlichkeitsstörung zunächst nicht als eigene Kategorie (außer in einem späteren Anhang als provisorisches Kriterium) – ein Grund lag im mehr psychoanalytischen Ursprung dieser Konzeption, die vielen Psychiatern suspekt erschien.

Immer wieder wird neben dem großen Risiko, das für einen Menschen in einer Krise besteht, auch die Chance zur Veränderung betont (Caplan, 1964; Sonneck, 1995, 2003). Denn während einer Krise besteht eine erhöhte Bereitschaft, sich beeinflussen und helfen zu lassen, was, und dies gilt im Besonderen für die narzisstische Persönlichkeitsstörung, die eigentliche Chance darstellt, die genutzt werden muss, damit sich etwas verändert. Kast deutet die Krise als unbewusste Motivation zur Veränderung, die eine kreative Chance zur Veränderung bietet, da erst der krisenhafte Höhepunkt mit seinem affektiven Potenzial feststehende Strukturen verändern kann (Kast, 1987).

Aus psychodynamischer Sicht kann der Aspekt der erhöhten Anfälligkeit und Vulnerabilität für Krisen von narzisstischen Patienten wie folgt verstanden werden:

Gerade die narzisstische Problematik ist dadurch gekennzeichnet, dass diese Menschen so große Schwierigkeiten haben, einem anderen Menschen zu begegnen. Andere Menschen, auch Partner oder Freunde, werden nicht in ihrer Selbstständigkeit, als unabhängig und eigenständig in ihrem innerseelischen Leben mit eigenen Rechten erlebt, sondern in ihrer Funktion, nämlich zur Regulation des Selbstwertes. Dieser findet nicht von innen seine Stabilität, sondern ist stark von außen abhängig, also von wichtigen Bezugspersonen. Der andere Mensch ist mehr eine „Ausdehnung des Selbst“ (Groopman und Cooper, 2001). Dem liegt zugrunde, dass ein narzisstischer Patient nicht über ganze und ausreichend gute innere Repräsentationen von anderen und sich selbst verfügt. So kann auch kein innerer Dialog mit einem solchen inneren guten Objekt geführt werden, und dieser Mensch ist sehr abhängig von der Verfügbarkeit eines anderen Menschen. Fehlt dieser, so entsteht eben kein Rückgriff und innerer Dialog mit den inneren Repräsentationen von guten anderen, die sich normalerweise in einer regulären Entwicklung herausbilden konnten. Stattdessen entsteht etwas Diffuses, ein Gefühl der Leere und Nichtigkeit. Diese Gefühle werden mithilfe von

ausgelebten oder auch phantasierten Vorstellungen, alles Gute in sich zu tragen, nichts zu benötigen, was dem Schutz gegenüber der Nichtigkeit und eigentlich großen Abhängigkeit gegenüber dem anderen und des Neides dient, abgewehrt. Diese Abwehr von Gefühlen der Nichtigkeit und der Leere sind als zentral anzusehen. Kommt es zu äußeren Belastungen wie Trennung oder auch Misserfolgen, so stellen diese eine Bedrohung der Person dar (Dammann und Gerisch, 2005).

Das macht diese Patienten in ihren Beziehungen sehr verletzlich. Diese aus der Not entstammende Grandiosität kann dabei auch die Form einer anspruchsvoll erscheinenden, chronifizierten wütenden Grundstimmung annehmen, die sich dann als Ärger, Zorn oder rachsüchtiges Ressentiment anderen Menschen gegenüber zeigen kann. Insbesondere ist es die Wut – zum Teil aus nichtigen Anlässen, wenn etwas nicht so läuft wie gewünscht, d. h., sich die Realität nicht nach einem selber richtet -, die dann auftaucht. Die wesentlichen Abwehrmechanismen sind dabei Idealisierung und die Entwertung. So kann eine zuvor idealisierte Person, wenn sie mit den eigenen Ansprüchen und Idealen nicht mehr kompatibel erscheint, entwertet werden, es bleibt dann nur das Schlechte übrig, da der andere Mensch ja im Wesentlichen als Funktion der Selbstwertregulation gebraucht wurde. Neben der Entwertung des anderen kann dies aber letztlich auch zur Selbstentwertung bis hin zu Selbsthass oder in dramatischsten Fall zu Selbstekel führen.

Zwar erlebt sich der Patient selbst so, dass er selbst auf der Suche nach Liebe, Unterstützung und anerkannter Bewunderung ist, während er andere so erlebt, dass diese ihn kritisieren, kontrollieren oder einengen.

Bei schwer narzisstischen Patienten dreht sich zentral vieles um dieses grandiose, unabhängige Selbstsystem, bei dem negative Erfahrungen ins Außen projiziert, abgespalten oder verleugnet werden müssen. Lässt sich die Grandiosität nicht mehr aufrechterhalten, treten krisenhaft massive Minderwertigkeitsideen an ihre Stelle, die selbst wieder übertriebene „negative Größenphantasien“ (Beland, 1989) darstellen und dann ebenfalls auch zur Quelle für eine Krise bis hin zum Suizid werden können. Zentrale Affekte sind auch hier die Wut als Ausdruck der erhöhten Kränkbarkeit und vor allem der (zumeist auch unbewusste ausgeprägte) Neid auf andere.

Suizidalität und Narzissmus

Insbesondere die Suizidalität stellt bei schweren Persönlichkeitsstörungen ein Hauptproblem in Krisen dar (dazu Bronisch, 2000). Dies wird aber häufig übersehen, und die Suizidologie fokussiert noch immer sehr stark die schweren Depressionen und schizophrenen Verläufe als Hauptrisiko. Zwischen der narzisstischen Persönlichkeitsproblematik und dem Entstehen von Suizidalität liegen vielfältige theoretische Berührungspunkte. Diese können sowohl selbstpsychologisch (etwa Milch, 2006) wie objektbeziehungstheoretisch (Dammann und Gerisch, 2005) ausgeführt werden. Von selbstpsychologischer Seite werden vor allem das Selbstwertproblem und die entsprechende Regulationsfunktion von Krisen bis hin zur Suizidalität betont, während

es aus objektpsychologischer Sicht auch stärker um die intrapsychische Aggressivität und die konflikthafter Unabhängigkeitswünsche geht.

Henseler (2000) hat schon 1974 die suizidale Krise als Selbstwertkrise beschrieben und den sich in der Krise befindlichen Menschen als zutiefst in seinem Selbstwert verunsichert, in einem Zustand der totalen Verlassenheit, Hilflosigkeit und Ohnmacht und der durch Einflüsse aus der Umwelt tief greifend gekränkt und gestört wird. Mit Verleugnung und Idealisierung wird versucht, sich vor dem Zusammenbruch zu schützen. Als typische Auslöser einer narzisstischen Krise nennt er Trennungen, Prüfungen, Tod der Eltern oder eigene Krankheit, aber auch Erfolgserlebnisse. Vereinfacht stellt Tabelle 2 den Zusammenhang zwischen verunsicherter Persönlichkeit und schwerer Kränkung des Selbstwertes dar (nach Dammann und Gerisch, 2005).

Tabelle 2: Narzisstische Kränkung des suizidalen Patienten nach Henseler (2000)

Die in ihrem Selbstwertgefühl verunsicherbare Persönlichkeit benötigt zur Aufrechterhaltung ihres labilen, narzisstischen Gleichgewichts in ihrer Umgebung idealisierbare Personen, die unbedingt und zuverlässig stabilisierend wirken sollen.

Versagt diese Umgebung, zum Beispiel durch Kränkung und Enttäuschung, kommt es zu einer „narzisstischen Katastrophe“, die abgewehrt werden muss. Gelingt die Abwehr aber nicht, erfolgt eine Regression auf den sogenannten Primärzustand mit den Phantasien von Ruhe, Wärme und Geborgenheit (Verschmelzung mit einem diffus erlebten primären Objekt).

Der Suizidant verzichtet zwar mit dem Suizid auf seine lebendige Individualität, gewinnt aber, ganz im Sinne einer Ökonomie, an Sicherheit, Geborgenheit und Ruhe, sogar Seligkeit.

Die narzisstische Kränkung oder Kränkbarkeit kann verschiedene Bereiche umfassen.

1. Angenommensein (z. B. wurde er nicht zu einer Familienfeier eingeladen)
2. Wert und Macht (z. B. der Patient hat einen „Schein“ an der Universität nicht erhalten)
3. psychosexuelle Identität (z. B. wurde der Patient wegen einer Impotenz von einer Zufallsbekanntschaft, wie er empfand, lächerlich gemacht)

Henseler (2000) beschreibt die „Phantasie vom harmonischen Primärzustand“ als einen möglichen Ausweg vor dem Zusammenbruch, der Phantasie der völligen Harmonie, Ruhe und Geborgenheit. Auch kann es zu einer Trennung von „Körper-Selbst und psychischem Selbst“ (Gerisch et al., 2000) kommen, dies stellt eine intrapsychisch gefährliche Situation dar. Es ist ein Zuvorkommen der intrapsychischen Katastrophe. Indem die narzisstisch gestörte Persönlichkeit diese latenten Phantasien in Handlung umsetzt (Suizid, Suizidversuch, offene Suiziddrohung), stabilisiert er sich ein letztes Mal, durch

den Verzicht auf die Individualität soll das Selbstgefühl gerettet werden (Henseler, 2000). Grunberger (1979) hat darauf hingewiesen, dass für den unter Selbstwertproblemen und Identitätsdiffusion leidenden narzisstischen Menschen die Tatsache, sterben zu können, bedeuten kann, immerhin ein Ich zu besitzen.

Psychodynamische Krisenintervention

Allgemeine Prinzipien

Allgemein gilt, dass in einer akuten Krise ein ausreichendes Maß an schützender Zuwendung notwendig ist, und dazu gehören Bedingungen wie Ruhe, Schutz, aber auch Orientierung und Information, zum Teil auch psychopharmakologische Anxiolyse. Jedoch dürfte bei Patienten mit narzisstischen Persönlichkeitsstörungen ein ausschließlich supportives Vorgehen nicht ausreichend zu sein. Es geht darum, die tief greifende Störung und die dahinterliegende zumindest subjektiv schwerwiegende Problematik zu erkennen. Sifneos (1979) unterscheidet ein angstreduzierendes, supportives Vorgehen in Rahmen von Krisen mit vorwiegend von außen kommenden Auslösern von einem angstfördernden, konfliktzentrierten Vorgehen bei vorbestehenden neurotischen Erkrankungen (Sifneos, 1979). So wird es, insbesondere in länger dauernden Kriseninterventionen, eine Wegbewegung von supportiven hin zu mehr konfrontativen Interventionen kommen.

Es lassen sich mehrere allgemeine Prinzipien für die Krisenintervention bei narzisstischen Persönlichkeitsstörungen formulieren (Sonneck, 2003; Riecher-Rössler et al., 2004; Giernalczyk, 2003):

1. Die Krisenintervention soll rasch beginnen und niederschwellig verfügbar sein. Vorrangiges Ziel, neben Erhalt von Leben, ist der Aufbau einer Beziehung zwischen dem Patienten und dem Therapeuten. Es geht darum zu verstehen, warum die gegenwärtige Krise und eine eventuell bestehende Suizidalität eine verständliche Reaktion auf die derzeitigen Lebensumstände ist. Es geht auch darum, bisherige, vielleicht auch erfolgreiche Bewältigungsversuche von Krisen zu erfragen, weiter ist auf eine erhöhte Kränkbarkeit zu achten.
2. Auseinandersetzung mit der emotionalen Situation und allfälliger Suizidalität. Es geht darum, den Patienten zu ermutigen, über schwer auszuhaltende Gefühle zu sprechen und sich im Sinne des Containings von Bion zur Verfügung zu stellen. Das bedeutet, widersprüchliche Gefühle des Patienten aufzunehmen, zu verstehen und dem Patienten mitzuteilen, was man verstanden hat.
3. Konzentrierung auf die aktuelle Situation, aber auch im Sinne der Konfrontation des Patienten mit seiner Sichtweise der Realität. Es geht auch darum, Tendenzen zur Verleugnung und Realitätsverzerrung zu erarbeiten.
4. Einbeziehung der Umwelt, insbesondere der Angehörigen, als Hilfe für die Bewältigung der Krise, aber auch als Möglichkeit der Angehörigen, einen adäquaten Umgang mit dem Betroffenen zu finden.

Auslöser

Zwar soll auch an der Auslösesituation einer Krise gearbeitet werden, zum Beispiel der Todestag eines Angehörigen, auch weil dies weitere Rückschlüsse ermöglicht. Wichtig ist aber auch, die Gründe nicht nur oder vorschnell bei äußeren Faktoren (wie Schulden, Krankheit, Mobbing etc.) zu suchen, selbst wenn der Patient und die Umgebung dies anbieten.

Die Patienten wollen oft schnell über Krisen und Suizidalität hinwegsehen, weil sie diese (bewusst) als peinlich oder jetzt überwunden erleben (unbewusst an ihr jedoch festhalten können wollen). Stattdessen wird ein psychodynamischer Therapeut z. B. empathisch versuchen, ihnen deutlich zu machen, dass er, der Patient, mit seinem Suizidversuch oder seiner Suizidalität versucht, in seiner Phantasie die Kontrolle über seine Lebenssituation zu behalten, sein Selbstgefühl zu retten und sich so zu entlasten. Die „Suizidalität“ ist ihm demnach Feind und Verbündeter zugleich, was eine schwierige und gefährliche innerpsychische Situation darstellt.

Der Patient mit narzisstischer Persönlichkeitsstörung steht nach einem Suizidversuch oft vor einem inneren Dilemma: Einerseits mag er erleichtert sein, überlebt zu haben, nun fürsorgliche Zuwendung zu erhalten, andererseits mag dieses Scheitern des Suizidversuchs ihm aber wie eine Niederlage erscheinen („Nicht mal das gelingt mir“), die ihn unbewusst noch weiter beschämt. Dies sollte vom Therapeut u. U. taktvoll aufgegriffen und gedeutet werden, zeigt es dem Patienten doch, dass sich der Therapeut in seinen Zustand der Insuffizienz und der Pein hineinversetzen kann.

Der narzisstische Patient wird dann oft auch versuchen, den Therapeuten zu überzeugen, dass es jetzt keinen Sinn mehr hat, „dass er zu alt sei, nochmals ein Studium zu beginnen“, dass er „nie wieder einen solchen perfekt passenden Partner“ finden werde etc. Es geht dann darum, sich diesen Überzeugungsversuchen (auch im Sinne einer Einführung der Realität) zu entziehen und nicht eine konkordante Gegenübertragung, die dem innerlich beipflichten wollte, auszuagieren.

Übertragungs- und Gegenübertragungsreaktionen

Immer wieder wurde auch auf die Schwierigkeit der Behandlung mit narzisstischen Persönlichkeitsstörungen hingewiesen, vor allem verbunden mit den heftigen Reaktionen, die bis hin zum Hass reichen können und daher die Behandlung besonders schwierig machen. Es ist wichtig, die Gegenübertragung zu identifizieren und für eine Fokusbildung oder Deutungsarbeit nutzbar zu machen. Auch erfahrene Therapeuten haben große Schwierigkeiten, mit ablehnendem bis feindseligen Patientenreaktionen umzugehen. Gleichzeitig dürfte es entscheidend sein, dass gerade diese aggressiven Affekte vom Patienten geäußert werden können und er dabei auf einen nicht verurteilenden Therapeuten stößt (Safran, 2003).

Das Verständnis für die Krise kann oft erst aus dem Verstehen des Beziehungsangebotes im Kontakt zwischen Therapeut und Patient gewonnen werden, so dass es wichtig ist, den Aspekt der Gegenübertragung und Übertragung in einer psychodynamischen Psychotherapie mit einzubeziehen.

Gabbard (2006) hat typische Übertragungs- und Gegenübertragungsphänomene bei narzisstischen Störungen zusammengestellt:

Der scheinbare Mangel an Übertragungsphänomenen macht gerade die Übertragung narzisstischer Patienten aus. Kohut (1981) hat darauf hingewiesen, dass ein klassischer Umgang mit Deutungen der Entwicklung von Übertragung in der therapeutischen Beziehung entgegensteht. Kohut (1976) beschreibt für die Frage der Krisenintervention drei wichtige Übertragungskonstellationen: zum einen, dass der Patient versucht, den Therapeuten zu beeindrucken, um sich seiner Bewunderung zu versichern (Spiegelübertragung), oder die Idealisierung des Therapeuten, die dazu dient, sich in seinem Schatten zu bewegen. Demgegenüber interpretiert Kernberg solche Übertragungskonstellationen als Abwehr von Wut, Neid und auch Verachtung. Insbesondere der Neid auf den Therapeuten, hilfreich sein zu können, kann dazu führen, dass der Patient, um den Neid abzuwehren, die Arbeit des Therapeuten oder den Therapeuten selbst entwertet, auch um nicht von ihm abhängig zu werden.

Eine besondere Situation in der Behandlung von narzisstischen Patienten, auch in Bezug auf Krisenintervention, stellt das Phänomen des „destruktiven“ oder „malignen“ Narzissmus dar. Nach Kernberg (1983, 1984, 1996) äußert sich die tief gehende Abwehr vor jeder Form abhängiger Beziehung in Therapien etwa darin, dass der Patient sich jeden Fortschritt, den er macht, sofort aneignet und behauptet, dass er den Inhalt der Deutung bereits gewusst habe und sie deshalb schon immer in seinem Besitz war. Patienten mit malignem Narzissmus suizidieren sich nicht nur häufig, oftmals als Akt eines letzten Triumphs, sondern benutzen diesen Akt dann auch häufig wie eine „Waffe“, um sich zu rächen. Rosenfeld hat darauf hingewiesen, dass man in schweren Fällen wie mit einer intrapsychischen „mächtigen Bande“ zu tun hat, deren psychische Struktur von einem abgespaltenen, allmächtigen, außerordentlich grausamen Zentrum beherrscht zu sein scheint, das die Vorstellung erzeugt, „innerhalb des Wahnobjekts herrsche völlige Schmerzlosigkeit, aber auch Freiheit und Auftrag, sadistischen Impulsen nachzugehen, die gegen jede Objektbeziehung gerichtet sind“ (zitiert nach Dammann und Gerisch, 2005).

Gerade die Idealisierung des Therapeuten birgt immer auch die Gefahr der Kollusion, kann den eigenen Wunsch, geliebt und gebraucht zu werden, befriedigen, anstatt die Idealisierung als Übertragung zu erkennen. Oder der Therapeut kann sich durch die Idealisierung beschämt oder schuldig fühlen, so dass eine frühe Deutung auch der Versuch sein kann, die eigenen negativen Gefühle zu umgehen. Wieder andere fördern Idealisierungstendenzen des Patienten, indem sie jedes Anzeichen an Feindseligkeit vermeiden.

Auch kann eine Situation eintreten, in der das Gefühl entsteht, der Patient benutze den Therapeuten, nur um seine Bedürfnisse zu erfüllen, der Therapeut gerät in die Rolle des bloßen Zuhörers. Dies kann neben Langeweile auch Verachtung auslösen und so den Versuch, sich gegenüber dem Patienten präsenter zu machen, was vom Patienten jedoch, ähnlich wie der Therapeut zuvor, als mangelnde Bereitschaft des Therapeuten, zuzuhören, erlebt werden kann.

Auch können narzisstische Patienten aus dem Versuch heraus, den Therapeuten zu kontrollieren, in ihm das Gefühl erzeugen, tatsächlich einer völligen Kontrolle zu unterliegen, indem sich der Patient außerordentlich rasch gekränkt zeigt, wobei dafür schon ein leichtes Gähnen oder ein Räuspern ausreichen kann. Die Sorge des Therapeuten, vom Patienten fehlinterpretiert zu werden, kann zu einer Verunsicherung und Rückzug des Therapeuten führen.

Gerade solche typischen Übertragungskonstellationen bei narzisstischen Patienten zeigen, wie schwierig es sein kann, die so wichtige tragfähige Beziehung aufzubauen bzw. sich dem Patienten als Selbstobjekt zur Verfügung stellen zu können. Im Rahmen einer Krise, wo mehr Aktivität von Seiten des Therapeuten gefordert wird, ist es eine besondere Herausforderung, die notwendige, für den Patienten sichere distanzierte Nähe zu finden.

Dabei stehen die Therapeuten bei narzisstischen Patienten aber vor einem mehrfachen Dilemma (Dammann und Gerisch, 2005).

1. Ein stärker narzisstischer Patient kann vielleicht versuchen, sich innerlich dadurch wieder zu stabilisieren, indem er sich zurückzieht, seine Abhängigkeit von anderen wieder zu minimieren versucht, was ja letztlich zur Krise geführt hatte. Der Therapeut steht dabei vor der Aufgabe, sich von dieser möglichen Ablehnung eines Beziehungsangebots nicht abschrecken zu lassen, sondern weiter zu versuchen, sich als hilfreiches Subjekt anzubieten. Häufig gelingt gerade bei schweren ich-syntonen Persönlichkeitsstörungen, wie bestimmten Formen des Narzissmus, ein therapeutischer Einstieg nur dann gelingt, wenn ausreichend Leidensdruck, Unlusttoleranz und Wunsch, sich zu verändern, vorhanden sind, um den Widerstand gegen eine therapeutische Beziehung aufzugeben. So gesehen ist die Krise für diese Patienten oftmals überhaupt eine erste und einmalige Chance, sie für eine Psychotherapie zu gewinnen. Diese Chance besteht oft nur in der ersten Zeit während der Krise.
2. Der Therapeut muss insbesondere die innere Seite im Patienten würdigen, die bei Suizidalität trotz allem weiterleben möchte, die unter Umständen auch beigetragen hat, dass der Suizidversuch misslang, weil er, mit dieser Seite verbündet, mit dem Patienten in der Folge an einem Weiterleben arbeiten wird. Auf der anderen Seite muss er jedoch frühzeitig mit der Seite im Patienten in Kontakt treten, die den Suizid als einzigen Ausweg sah, und dem verständlichen Versuch des Patienten widerstehen, diese Seite möglichst rasch zu verleugnen oder zu verdrängen.
3. Der Therapeut muss empathisch und wohlwollend sein, gerade wegen der Scham und der Schuld, die der Patient im Rahmen der Krise möglicherweise empfindet. Aber er darf den Patienten wiederum nicht zu sehr von dem, was passiert ist, entlasten, also nicht verharmlosen; dies könnte nämlich eine weitere Verstärkung seiner Insuffizienzgefühle und Schwächung der Autonomie bedeuten.

Fallbeispiel

Ein 44-jähriger Vater von zwei Kindern wurde nach einem Suizidversuch auf eine Psychotherapiestation zugewiesen. Biographischer Hintergrund der Problematik war eine schwierige Elternbeziehung, die Mutter hatte sich enttäuscht abgewendet, nachdem der Patient aufgrund mangelnder Schulleistungen nicht ihren Erwartungen, einmal Arzt und sogar Professor zu werden, entsprochen hatte. Der Vater war nur wenig verfügbar, er widmete sich vornehmlich seinem Hobby, der Reparatur und dem Bau von Fahrzeugen. Nur in der Adoleszenz hatte er die Aufmerksamkeit des Vaters erreichen können, als er Motorradspport betrieb und vom Vater betreut wurde. Nachdem er aber keine Erfolge erbringen konnte, wurde auch dies uninteressant. Schon damals waren eine innere Diffusität und Leere zu spüren gewesen. Es kam zu mehreren bruchhaften Wechseln in der beruflichen Lebensgeschichte, die eng mit der Bestätigung durch wichtige andere Personen verknüpft waren. Von der freiwilligen Verpflichtung zum Militärdienst wurde er zum Militärdienstverweigerer, machte eine Sozialausbildung, obwohl ihn dies nicht interessiert habe, entscheidend war der Zuspruch seiner damaligen Freundin.

Er heiratete mit 23 Jahren, als die Freundin schwanger wurde, drei Jahre später kam ein zweites Kind zur Welt. Während der gesamten Ehe suchte er immer wieder Bestätigung in Affären mit anderen Frauen, dies auch später in den depressiven Phasen. Gerade über solche Kontakte konnte er sich immer wieder kurzfristig stabilisieren.

Er arbeitete in verschiedenen pädagogischen Institutionen. Bei einer Arbeitsstelle blieb er über 7 Jahre, kündigte aber, da er sich nicht ausreichend wertgeschätzt fühlte. Er hatte das Gefühl, seine Arbeit sei nicht gewürdigt worden – im Gegenteil, er sei für den Vorgesetzten, aufgrund seines Engagements für die Institution zu einer Bedrohung geworden. Er kündigte, nachdem er in einem anderen Wohnheim eine leitende Stelle erhielt, war dort aber überfordert und verlor daraufhin sein Interesse. Gleichzeitig wurde bei der Frau die Metastasierung eines schon vor längerer Zeit diagnostizierten Karzinoms festgestellt.

Dies waren die auslösenden Bedingungen für einen ersten depressiven Einbruch mit krisenhafter Suizidalität und eine erste psychiatrische Hospitalisation. Herr A. war zu diesem Zeitpunkt 42 Jahre alt.

In der Folge kam es zu keiner Stabilisierung mehr. Er konnte sich in keine neue Arbeitsstelle mehr einfügen, ihm wurde jeweils rasch gekündigt, gefolgt von massiven Selbstzweifeln bis hin zu suizidaler Einengung und insgesamt vier Hospitalisationen in zwei Jahren. Schließlich teilte ihm die Ehefrau mit, dass sie sich von ihm trennen wolle, da sie in ihrer Situation die Belastung durch seine Erkrankung nicht mittragen könne. Obwohl er zu vor schon eine Trennung ins Auge gefasst und diese wegen der lebensbedrohlichen Diagnose der Ehefrau nicht durchgeführt hatte, fühlte er sich zurückgewiesen, war massiv gekränkt und verübte zu Hause einen Suizidversuch durch Strangulation, wo er von der Ehefrau gefunden und gerettet wurde.

Im Anschluss lernten wir den Patienten erstmals kennen.

Durch die fehlende Verwirklichung auf der Leistungsebene fühlte Herr A. sich wertlos, ohne Daseinsberechtigung. Auch in der Familie konnte er keine neue Position finden, der Idee vom Ernährer, der das Geld nach Hause bringt, blieb er verhaftet, hatte den Eindruck, dass ihm als Gefühl nur Mitleid entgegengebracht werden könne. Die Vorstellung, sich um seine kranke Frau zu kümmern, bedrohte ihn, er kämpfte darum, dass sie anerkenne, dass er kränker sei als sie. Auch während dieser Zeit hatte er mehrere sexuelle Kontakte zu verschiedenen Frauen, über die er sich stabilisierte, gleichzeitig entwickelte er große Ängste vor einer HIV-Infektion. Die Problematik eines stehen gelassenen Kindes, das darauf wartet, in seiner Bedürftigkeit wahrgenommen zu werden, wurde deutlich, gleichzeitig aber auch das Verfügen über Frauen, die auch eine Rache auf die ungenügende Mutter ausdrückten, und der Wunsch, dass seine Frau für ihn Sorge, wie es die Mutter hätte tun sollen. Ein Kurzurlaub seiner Frau mit den Kindern kränkte ihn schwer, sie würden es sich gut gehen lassen, während er leide. Es folgte ein starker Rückzug mit Suizidgedanken, Ängsten, Unruhe und dem Wunsch, endlich Ruhe zu haben, dass alles wieder gut sei, verbunden mit dem Gefühl der Nichtigkeit und für niemanden wertvoll zu sein. Gerade dieser Rückzug in eine phantasierte Unabhängigkeit, die auch das Annehmen und Holen von Hilfe erschwerte, war wichtiger Teil der Intervention. Das Verständnis der Suizidphantasien, dem Wunsch nach vollkommener Geborgenheit und der Versuch, damit das Gefühl von Abhängigkeit von anderen Menschen, insbesondere von der Ehefrau, abzuwehren, ermöglichten es ihm, von den Suizidgedanken Abstand zu nehmen. Dem Wunsch nach Ruhe und einer Pause kamen wir mit einer als solche deklarierten sedierenden Medikation für kurze Zeit nach. Die starke Abhängigkeit von verfügbaren Menschen für das eigene Selbstwertempfinden blieb auch weiterhin Thema und führte dazu, dass er mehr Engagement zu Hause zeigte. Das Wissen um die Tendenz, sich zurückzuziehen, wenn Kränkungen auftraten, und die Vorstellung, dann niemanden zu brauchen, halfen ihm, eine ambulante Psychotherapie zu akzeptieren, die er bis dahin immer wieder abgelehnt hatte.

Psychodynamische Fokusbildung

Ausgehend von den verschiedenen Auslösern, der Dynamik und den Erscheinungsformen einer Krise im Rahmen einer narzisstischen Pathologie, sollte auch der Einstieg in die Behandlung erfolgen. Ein rein supportives Vorgehen dürfte dieser Patientengruppe nicht gerecht werden. Was als Über-Ich-Entlastung gemeint ist, erweist sich oft als Vermeidung, zu rascher Trost kann auch die Beziehungsaufnahme zum Patienten behindern (Daser, 2000). So stehen klärende Fragen, Affektdifferenzierung, vorsichtiges Ergründen der Suizidalität im Vordergrund. Auch die Arbeit an der auslösenden Situation und der Versuch zu verstehen, worin die Kränkung für den Patienten besteht und wie es zu dieser Störung der narzisstischen Balance kam. Insbesondere wenn suizidale Gedanken oder Handlungen beteiligt waren, gilt es, gemeinsam zu verstehen, dass die Suizidalität ein Versuch ist, in der Phantasie die Kontrolle über die Lebenssituation zu bewahren und

das Selbstgefühl zu retten. Dieses Dilemma, dass Suizidalität gleichzeitig Verbündeter und Gegner sein kann, sollte vom Therapeuten aufgegriffen und beide Seiten benannt werden (Dammann und Gerisch, 2005).

Dies kann auch dazu führen, den Patienten bei „positiven Pausewünschen“ (Giernalczyk, 2003), also bei Wünschen nach Ruhe und Entlastung zu unterstützen, auch um Gefühlen der Überforderung entgegenzuwirken. Dies kann eine psychopharmakologische Behandlung, Krankschreibung oder auch Hospitalisierung bedeuten.

Nachdem sich gerade im Rahmen von Krisen, die innere konflikthafte Situation präsentiert, ist es wichtig, diese auch psychotherapeutisch zu nutzen. Daher sollten auf charakteristische Versäumnisse und Fehlwahrnehmungen des Behandlungsteams geachtet werden (Dammann und Gerisch, 2005; Reimer und Henseler, 1981):

1. Das Persistieren einer schweren depressiven Symptomatik wird übersehen;
2. Aber auch: Affektiv muss die Suizidalität nicht immer mit Niedergeschlagenheit und Hoffnungslosigkeit assoziiert sein. Alle möglichen Formen anderer affektiver Zustände sind beschrieben, bis hin zu „ekstatischen Formen“ (Maltsberger, 1997; Bronisch, 2000);
3. Die komplexe Auslösedynamik wird ungenügend verstanden oder vereinfacht (Flucht u.Ä.);
4. Die Aggressionsproblematik des Patienten wird unterschätzt;
5. Bei Suizidalität tendiert das Gegenüber zu einer Beurteilung in Richtung „Ich will eigentlich leben“ bzw. „Ich will eigentlich sterben“, während der psychische Zustand des Patienten oft von beiden Positionen beherrscht wird;
6. Die „Bedürftigkeit“, der Kontaktwunsch des Patienten wird überschätzt;
7. Die Krise oder der Suizidversuch wird zu schnell als „appellativ“ oder theatralisch verstanden;
8. Der Grad der kognitiv-affektiven Zugänglichkeit des Patienten in einer Krise wird überschätzt;
9. Der narzisstische Grundkonflikt wird in der Krise zu wenig beachtet, es wird die Krise „gemanagt“ (somatische Versorgung, Vermittlung an ambulanten Therapeuten etc.). Manchmal gibt es einen „Schlagabtausch“ zwischen dem Behandlungsteam und dem abwehrenden Patienten;
10. Es entsteht eine Vorwurfshaltung dem Patienten gegenüber, er sei „selber schuld“, suche das Scheitern der Beziehung etc.;
11. Mangelnde Interaktionen zwischen den beteiligten Behandlern (die „schützenden“, aber dafür z.T. „infantilisierenden“ vs. die „mit der Realität konfrontierenden“, aber dafür „vernachlässigenden“ Helfer);
12. Mangelnde Analyse der Gegenübertragungsreaktionen.

Folgende Techniken können hilfreich sein, wenn ein Patient darauf beharrt, dass er sich (eines Tages) umbringen wird:

1. Aufzeigen des tatsächlichen Konflikts zwischen libidinösen und destruktiven Aspekten, während der Patient „leugnet“, dass es einen solchen Konflikt gibt (denn sonst hätte er sich ja wohl schon längst getötet). Doch Vorsicht: Das vorhandene Libidinöse (d. h. die Seite im Patienten, die doch leben möchte, und sei sie noch so schwach) sollte nur benannt, aber ihm nicht bewiesen werden wollen (Gefahr des Machtkampfes). Dies dient dem Versuch, die Suizidalität „ich-dystoner“ werden zu lassen.
2. Zahlreiche persönlichkeitsgestörte Patienten äußern, dass sie nur noch wegen ihres Hundes, ihrer Großmutter oder ihres Therapeuten leben. Auch hier sollte die Projektion (oder Delegation) aufgezeigt bzw. gedeutet werden. Psychodynamisch kann dies wie folgt verstanden werden: Es findet eine Projektion libidinöser Aspekte des Selbst in den Anderen (etwa Therapeuten) statt, um diese Selbstanteile dort geschützt zu wissen, was – wie dem Patienten aufgezeigt wird – jedoch ein gefährliches Manöver ist, da er dadurch von enttäuschendem Verhalten des Gegenübers vital abhängig wird.
3. Hilfreich kann es auch sein, zu bearbeiten und zu deuten, warum der Patient die ganze Schuld (das Negative) auf sich nimmt, obwohl er ja streng genommen ein Opfer ist. Hilfreich ist hier die objektbeziehungstheoretische Überlegung von Fairbairn aus den 1940er Jahren: Bewahren- oder Retten-Wollen eines guten Außen (Mitmenschen) durch Übernahme der gesamten Schuld.
4. Hilfreich ist es manchmal auch, das „Paradoxon“ aufzuzeigen, dass die Person sich (passiv ausgeliefert) verletzt, angegriffen fühlt – dies jedoch in einen verstärkten (aktiven) Angriff auf das Selbst mündet.
5. Aufzeigen der „Dissoziation von Körper-Selbst und psychischem Selbst“: Der Körper ist nichts, der funktionierende Geist alles (analog der Anorexie).

Während in den meisten Fällen das Auftreten von Suizidalität in eine krisenhafte Zuspitzung eingebettet ist, gibt es bei schweren Persönlichkeitsstörungen Formen, wo die chronische Suizidalität nicht Teil einer Krise ist, sondern im Gegenteil das Aufgeben der Suizidalität zu einer krisenhaften Erschütterung führen kann. Je nach Strukturniveau des Patienten erscheint die Regulationsfunktion der Suizidalität sehr unterschiedlich zu sein:

Normale Persönlichkeiten und narzisstische Neurosen:
Narzisstische Störung:
Sonderformen des pathologischen Narzissmus:

Suizidalität ist Ausdruck einer extremen Dysbalance
Suizidalität dient zur Wiederherstellung der Balance
Suizidalität ist Teil der Balance; drohender „Verlust“ der Suizidalität führt dann sogar u. U. zur Bedrohung

Im Rahmen von Krisenintervention können die Zuwendung zum Patienten und die oben beschriebenen Maßnahmen zu einer raschen Stabilisierung führen. Um eine Behandlung der narzisstischen Verletzlichkeit und die mangelnde Kohärenz des Selbst durchzuführen, müsste die zugrunde liegende strukturelle Problematik behandelt werden, was nicht Ziel einer Krisenintervention sein kann. Jedoch sind Krisen bei narzisstischen Persönlichkeitsstörungen oft eine einmalige Chance, einen Einstieg in eine psychotherapeutische Behandlung zu finden, so dass die Einleitung einer weiterführenden Therapie als wichtiges Ziel dieser Krisenintervention gelten kann.

Literatur

- American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (1996) 4th edition. Washington (DC): American Psychiatric Association
- Beland H (1989): Ichveränderung durch Abwehrprozesse und die Grenzen der Analyse. *Z Psychoanal Theorie Prax* 4:225-49
- Bronisch T (2000): Suizidalität. In: Bronisch T, Bohus M, Dose M, Reddemann L, Unckel C (Hrsg.): *Krisenintervention bei Persönlichkeitsstörungen*. Stuttgart: Pfeiffer, S. 37-67
- Caplan G (1964): *Principles of preventive psychiatry*. New York: Basic Books
- Cullberg J (1978): Krisen und Krisentherapie. *Psychiatr Prax* 5:25-34
- Dammann G (2000): Psychoanalytische Therapie bei Persönlichkeitsstörungen. In: Senf W, Broder M (Hrsg.): *Praxis der Psychotherapie*. 2. Aufl. Stuttgart: Thieme, S. 395-415
- Dammann G, Gerisch B (2005): Narzisstische Persönlichkeitsstörungen und Suizidalität: Behandlungsschwierigkeiten aus psychodynamischer Perspektive. *Schweiz Arch Neurol Psychiatr* 156:299-309
- Daser E (2000): Die Deutung der Gegenübertragung – Eine Möglichkeit psychoanalytischer Krisenintervention. *Psychotherapeut* 45:1-16
- Gabbard GO (2006): Übertragung und Gegenübertragung in der Behandlung von Narzisstischer Persönlichkeitsstörung. In: Kernberg OF, Hartmann HP (Hrsg.): *Narzissmus. Grundlagen – Störungsbilder – Therapie*. Stuttgart, New York: Schattauer, S. 693-705
- Gerisch B, Fiedler G, Gans I, Götz P, Lindner R, Richter M (2000): Ich sehe dieses Elendes kein Ende als das Grab: Zur psychoanalytischen Konzeption von Suizidalität und der Behandlung Suizidgefährdeter. In: Kimmerle G (Hrsg.): *Zeichen des Todes in der psychoanalytischen Erfahrung*. Tübingen: Edition diskord, S. 9-64
- Giernalczyk T (2003): Psychodynamische Krisenintervention. "Affektregulation zu zweit". *Psychother Dialog* 4(4):347-353
- Groopmann LC, Cooper A (2001): Narcissistic personality disorder. In: Gabbard GO (ed.): *Treatment of Psychiatric Disorders*. 3rd ed. Vol 2. Washington DC: American Psychiatric Press, pp. 2309-26
- Grunberger B (1979): *Narcissism: Psychoanalytic Essays*. New York: International Universities Press.
- Henseler H (2000): *Narzisstische Krisen: Zur Psychodynamik des Selbstmords*. 4., aktual. Aufl. Wiesbaden: Westdeutscher Verlag
- Kast V (1987): *Der schöpferische Sprung. Vom therapeutischen Umgang mit Krisen*. Olten: Walter
- Kernberg OF (1983): *Borderline-Störungen und pathologischer Narzissmus*. Frankfurt am Main: Suhrkamp
- Kernberg OF (1984): *Severe Personality Disorder*. New Haven, Yale University Press
- Kernberg OF (Hrsg.) (1996): *Narzisstische Persönlichkeitsstörungen*. Stuttgart, New York: Schattauer
- Kohut H (1976): *Narzissmus. Eine Theorie der psychoanalytischen Behandlung narzisstischer Persönlichkeitsstörungen*. Frankfurt am Main: Suhrkamp
- Kohut H (1981): *Die Heilung des Selbst*. Frankfurt am Main: Suhrkamp
- Krebs-Roubicek E (2004): Krisenintervention bei älteren Menschen. In: Riecher-Rössler A, Berger P, Yilmaz AT, Stieglitz RD (Hrsg.): *Psychiatrisch-psychotherapeutische Krisenintervention*. Göttingen: Hogrefe, S. 341-350
- Maltsberger JT (1997): Ecstatic suicide. *Arch Suicide Res* 3 :283-301
- Milch W (2006): Narzisstische Persönlichkeitsstörungen und Suizidalität. In: Kernberg OF, Hartmann HP (Hrsg.): *Narzissmus. Grundlagen – Störungsbilder Therapie*. Stuttgart: Schattauer, S. 650-665
- Reimer C, Henseler H (1981): Mißglückte Interventionen bei Suizidanten. In: Henseler H, Reimer C (Hrsg.): *Selbstmordgefährdung: Zur Psychodynamik und Psychotherapie*. Stuttgart: Frommann-Holzboog, S. 171-187
- Riecher-Rössler A, Berger P, Yilmaz AT, Stieglitz RD (2004): *Psychiatrisch-psychotherapeutische Krisenintervention*. Göttingen: Hogrefe
- Rudolf G (2000): *Psychotherapeutische Medizin und Psychosomatik*. Stuttgart: Thieme
- Safran JD (2003): The relational turn, the therapeutic alliance and psychotherapy research: Strange bedfellows or postmodern marriage? *Contemp Psychoanal* 39:449-475
- Sifneos (1979): *Short-term dynamic psychotherapy: Evaluation and technique*. New York: Plenum
- Simmich T, Milch W (2001): Behandlungskrisen ambulanter Psychotherapien aus der Sicht einer Krisenintervention. *Psychotherapeut* 48:252-258
- Simmich T, Reimer C (1998): Psychotherapeutische Aspekte von Krisenintervention. Literaturüberblick unter besonderer Berücksichtigung der letzten 10 Jahre. *Psychotherapeut* 43:143-156
- Sonneck G (1995): *Krisenintervention und Suizidverhütung. Ein Leitfaden für den Umgang mit Menschen in Krisen*. Wien: Facultas Universitätsverlag
- Sonneck G (2003): Krisenintervention. *Psychother Dialog* 4(4):319-329
- Weltgesundheitsorganisation – WHO (1991): *Klassifikation psychischer Krankheiten. Klinisch-diagnostische Leitlinien nach Kapitel V (F) der ICD-10*. Bern: Huber

Mag. phil. Dr. med. Oliver Schwald

Psychiatrische Klinik,
Universitäre Psychiatrische Kliniken Basel
Wilhelm Klein-Str. 27 • CH-4025 Basel
Tel: +41 61 325 5111 • Fax: + 41 61 325 5013
E-Mail: oliver.schwald@upkbs.ch

Dr. med. Dipl.-Psych. Gerhard Dammann, MBA

Psychiatrische Klinik Münsterlingen
Postfach 154 • CH-8596 Münsterlingen
Tel: + 41 71 686 4033 • Fax: + 41 71 686 4035
E-Mail: gerhard.dammann@stgag.ch