

Eva Dieckmann

Die Narzisstische Persönlichkeitsstörung mit Schematherapie behandeln

Mit einem Vorwort und einem Beitrag
von Wendy T. Behary

Klett-Cotta

Klett-Cotta

www.klett-cotta.de

© 2011 by J. G. Cotta'sche Buchhandlung

Nachfolger GmbH, gegr. 1659, Stuttgart

Alle Rechte vorbehalten

Printed in Germany

Umschlag: Hemm & Mader, Stuttgart

Titelbild: Giorgio de Chirico: »Das Rätsel des Tages«

© VG Bild-Kunst, Bonn 2011

Gesetzt aus der Minion von Kösel, Krugzell

Auf säure- und holzfreiem Werkdruckpapier gedruckt

und gebunden von Kösel, Krugzell

ISBN 978-3-608-89116-4

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der

Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten

sind im Internet über <<http://dnb.d-nb.de>> abrufbar.

Für Axel und Albrecht sen.

1.4	Beschreibung des Therapieprozesses	46
1.4.1	Übergeordnete Ziele der Behandlung	46
1.5	Schematherapeutische Bausteine in chronologischer Reihenfolge	47
1.5.1	Evaluation der Schemata und Edukation	47
1.5.2	Kognitive Techniken	49
	Historische Überprüfung	49
	Dialoge zwischen der »Schemaseite« und dem gesunden Erwachsenen	51
	Schema-Memos	52
	Schematagebuch	52
1.5.3	Emotionsfokussierte Techniken	52
	»Limited Reparenting«	54
	Unterbrechung dysfunktionaler Verhaltensmuster	56
	Modusarbeit	57
1.6	Wirksamkeitsnachweis	58
1.7	Abgrenzung zu anderen Therapien	60
1.8	Zusammenfassung, Kritik und Ausblick	62
2.	Symptomatik und Diagnostik der Narzisstischen Persönlichkeitsstörung (= NPS)	69
2.1	DSM-IV-Kriterien der Narzisstischen Persönlichkeitsstörung	71
2.2	Kriterien der Narzisstischen Persönlichkeitsstörung (modifiziert nach Millon)	72
2.3	Narzissmus-Erstbeschreibung	74
2.4	Ätiologische Konzepte für die Genese von Narzissmus ..	77
2.5	Ätiologie der Narzisstischen Persönlichkeitsstörung aus schematherapeutischer Sicht: Frühe maladaptive Schemata und Schemadomänen	79
2.5.1	Domäne I und aktive Schemata	79
	Schema Misstrauen/Missbrauch	79
	Schema emotionale Entbehrung	82

	Schema Unzulänglichkeit/Scham	84
	Schema soziale Isolation	86
2.5.2	Domäne II und aktive Schemata	86
	Schema Abhängigkeit/Inkompetenz	87
	Schema Verstrickung/unterentwickeltes Selbst ...	87
2.5.3	Domäne III und aktive Schemata	88
	Schema Anspruchshaltung/Grandiosität	90
	Schema unzureichende Selbstkontrolle/-disziplin	91
2.5.4	Domäne IV und aktive Schemata	92
	Schema Unterordnung/Unterwerfung	93
	Schema Streben nach Zustimmung und	
	Beachtung	95
2.5.5	Domäne V und aktive Schemata	96
	Schema unerbittliche Standards	97
2.6	Schemamodi bei der Narzisstischen Persönlichkeits-	
	störung	97
2.6.1	Modus der narzisstischen Selbsterhöhung	97
2.6.2	Modus des distanzierten Beschützers/ der distanzierenden Selbstberuhigung	100
2.6.3	Modus des einsamen/beschämten Kindes	102
2.6.4	Modus des ärgerlichen Kindes	102
2.6.5	Modus des fordernden Elternteils	103
3.	Therapie der Narzisstischen Persönlichkeitsstörung ...	105
3.1	Einige Vorbemerkungen zur Therapie der NPS: übliche Hindernisse auf dem Weg	105
3.2	Regeln und Hilfestellungen für die Therapie von Patienten mit NPS	108
	● Die Therapiebeziehung muss von gegenseitigem Respekt geprägt sein	108
	● Patient und Therapeut müssen sich sicher fühlen können	109
	● Es müssen Grenzen gesetzt werden	109
	● Die Entdeckung der Durchschnittlichkeit	110
	● Die Patienten müssen lernen, dass ihr Verhalten Konsequenzen hat	110

● Auf die Kraft des Wir bauen	111
● Die günstige Auslegung zweifelhafter Umstände: In dubio pro reo	112
● Die Regel der impliziten Annahme	112
● Als Rollenmodell fungieren, wenn es um Entschuldigungen geht	113
● Bei Konflikten auf die Metaebene wechseln	113
● Unterscheiden zwischen Schuld und Verantwortung .	114
● Die Modussprache benutzen	114
● Konzepte aus der Neurobiologie einführen	116
● Hilfsmittel zur Annäherung an die Vergangenheit ...	116
● Rückschläge antizipieren und nicht die Geduld verlieren	117
● Loben und Unterstützung verbalisieren	118
4. Schematherapeutische Interventionen	119
4.1 Schematherapie für einen Patienten mit Narzisstischer Persönlichkeitsstörung	119
4.2 Schematherapeutische Fallkonzeption	121
Hintergrundinformation	121
Therapieanlass, Achse-I-Symptome, Schweregrad	121
Relevante Schemata mit Bezug zur biografischen Entwicklung	121
Relevante Modi	122
Aktuelle Probleme und lebensgeschichtliche Einbindung (life patterns)	122
Schema und Modustrigger	123
Mögliche temperamentbedingte und biologische Faktoren	123
Ursprünge der Probleme in der Entwicklung (Erinnerung an Erlebnisse mit Mutter, Vater, Geschwistern, Peers)	123
Wichtige Kindheitserinnerungen und -bilder	124
Kognitionen und kognitive Verzerrungen	124
Schemabewältigung	124
Sich-Fügen, Sich-Abfinden	124

Vermeiden	124
Überkompensation	124
Therapeutische Beziehung (Schemata und Modi des Patienten während der Sitzungen, Reaktionen des Therapeuten, Gegenübertragung)	125
4.3 Therapieziele	125
4.3.1 Therapieoptionen	126
Grenzen setzen	126
Emotionsaktivierende Techniken	128
Stuhldialog mit der verletzlichen Seite	128
Stühlearbeit mit mehreren Stühlen: der Modus des distanzierten Beschützers	130
Moduskonzept	131
Imagination zum Modus des verletzlichen Kindes	131
Weitere Möglichkeiten zum Einsatz von Imagination	135
Umgang mit der Selbsterhöhung: die Technik der empathischen Konfrontation oder die »Ja,-aber-...«-Intervention	136
Den Grundkonflikt darstellen: Stuhldialog zwischen der Selbsterhöhung und dem vulnerablen Kind	139
Stuhldialog mit dem fordernden Elternteil	140
Kognitive Techniken	142
Die Ebene der Verhaltensänderung	143
Behandlungsabschluss, Katamnese, Diskussion	144
4.4 Fallstricke in der Behandlung: Wenn Schemata der Therapeuten getriggert werden	144
4.5 Zusammenfassung und Ausblick	146
 Wendy T. Behary: Die Kunst der empathischen Konfrontation – mit narzisstischen Klienten arbeiten	 149
Danksagung	163
Literatur	165

Vorwort

Eva Dieckmann widmet sich in ihrem Buch einer Patientengruppe, die üblicherweise hohe Herausforderungen an Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen stellt. »Die Narzisstische Persönlichkeitsstörung mit Schematherapie behandeln« ist ein sorgfältig durchdachtes und umfassendes Werk, das dem erfahrenen Kliniker einen weit mehr als basalen Überblick über die Vielschichtigkeit der Narzisstischen Persönlichkeitsstörung bietet. Das Buch beschäftigt sich mit einer komplexen Materie und hilft dabei, Zugang zu verschiedenen Erfassungsmethoden, einer klinischen Fallkonzeptualisierung und der Formulierung eines Behandlungsplans zu finden, welcher wirksame Therapiestrategien für narzisstische Patienten bietet.

Patienten mit Narzisstischen Persönlichkeitsstörungen sind ein notorisch schwieriges Klientel und ich bin froh darüber, dass meine geschätzte Kollegin dieses wichtige Buch in Angriff genommen hat. Ich bin überzeugt, dass es dem Leser als höchst nützliche klinische Ressource dienen wird.

Eva Dieckmann diskutiert auf dem Hintergrund langjähriger klinischer Erfahrung mit der Schematherapie dieses evidenzbasierte, vielfältige Therapiemodell auf klare, intelligente und gut verständliche Art. Ihre reichhaltige klinische Erfahrung und Expertise mit der Thematik zeigt sich auch an der Beschreibung theoretischer Einzelheiten und den lebendig geschilderten Fallbeispielen.

Eva und mich verbindet ein gemeinsames und kollaboratives Interesse an dieser Patientengruppe und wir haben viele Stunden mit dem Besprechen, dem Beobachten und der Behandlung narzisstischer Patienten verbracht. Wir sind auch Ko-Autoren einiger Artikel zu dieser Thematik und ich bin immer wieder begeistert, wenn wir die Gelegenheit haben, Ideen und Erfahrungen auszutauschen.

Meine eigene berufliche Entwicklung hinsichtlich einer Spezialisierung auf Narzissmus und die Anwendung des schematherapeutischen Ansatzes begann schon früh in meiner beruflichen Laufbahn, als mir

auffiel, wie meine eigenen Schemata getriggert wurden, wenn ich mit narzisstischen Patienten arbeitete. Neben meiner Tendenz zu Hartnäckigkeit und Kompetitivität hatte ich auch noch das Glück, von meinem Mentor und guten Freund Jeffrey Young – dem Begründer der Schematherapie – in unschätzbare Weise supervidiert und fortwährend unterstützt zu werden. Sein Schemamodus-Modell für Narzissmus stellt einen wertvollen und äußerst bedeutsamen Beitrag für Therapeuten dar, die mit NPD und Narzissmusspektrum-Patienten arbeiten.

Schematherapie wurde von Jeffrey Young und Kollegen über mehr als 20 Jahre lang entwickelt. Sie soll Therapeuten und Patienten dabei helfen, emotionale Kernthemen (Schemata) zu verstehen und zu heilen, die in der Kindheit und Jugend beginnen und letztendlich zu repetitiven, selbstschädigenden Lebensmustern führen. Schematherapeuten helfen den Patienten durch »limited re-parenting« – und zwar in Form ständiger entsprechender Interaktionen im Rahmen der therapeutischen Beziehung sowie durch emotionsfokussierte Strategien – Zugang zu ihren verletzlichen emotionalen Zuständen (Kind-Modi) zu finden, um dann dem »gesunden Erwachsenen« Modus beizubringen, für das einsame Kind zu sorgen. Diese Bemühungen, Gelegenheiten zu schaffen, (langwährende) unerfüllte Bedürfnisse zu erfüllen, ermöglichen dem Patienten – mit Hilfe erfahrungsgeleiteter, kognitiver und verhaltensbezogener Strategien – zu lernen, wie sie ihre fehlangepassten Bewältigungsreaktionen durch gesündere ersetzen können.

Dr. Dieckmann vermittelt dem Leser auf wohlformulierte und persönliche Weise, wie Schematherapie unter Einsatz des Schemamodusansatzes dieses Ziel mit narzisstischen Patienten spezifisch angeht. Ihre Kompetenz und ihr unermüdlicher Einsatz für diese Patientengruppe wird von einer Leserschaft aller klinischen Disziplinen begeistert aufgenommen werden – da bin ich sicher.

Wendy T. Behary

Direktorin des »Cognitive Therapy Center of NJ« und des »NJ Institute for Schema Therapy«. Präsidentin der »International Society of Schema Therapy (ISST)«.

Einleitung

Die Kunst in der Behandlung der Narzisstischen Persönlichkeitsstörung (NPS) liegt im Allgemeinen darin, sich nicht von den Überkompensationsstrategien den Blick darauf verbergen zu lassen, dass sich dahinter in aller Regel Einsamkeit, Beschämung und sehr viel Leid verbergen. Wendy Behary, Leiterin des Institutes zur Behandlung der Narzisstischen Persönlichkeitsstörung in New Jersey und ausgewiesene Expertin auf diesem Gebiet, hat sich einmal folgendermaßen ausgedrückt: »Mein Mitgefühl für narzisstische Patienten erwächst aus meinem Eindruck, dass die meisten nicht böswillig verletzend, ichbezogen oder arrogant erscheinen möchten, sondern mehr oder weniger ungeschickt versuchen, sich zu schützen.« (persönliche Mitteilung) Narzissmus in seiner ausgeprägtesten Form verursacht oft ein hohes Maß an Leiden bei allen Beteiligten. Natürlich primär bei den Betroffenen selbst, die bisweilen erleben müssen, dass sich ihre Umwelt entnervt und ernüchtert von ihnen zurückzieht. Auch können sie bei Versagen ihrer Kompensationsstrategien schwer depressiv werden, was mit einem erhöhten Suizidrisiko einhergehen kann (Fiedler 2000). Aber häufig kommen auch Partner, Kinder, Freunde, Kollegen oder Angestellte, die dem oft rücksichtslos, ichbezogenen und unempathisch erscheinenden Verhalten ausgesetzt sind, und nicht zuletzt natürlich Behandler an ihre Grenzen. Beim Austausch mit Kollegen auf zahlreichen Seminaren und Workshops erhielt ich sehr oft die Rückmeldung, dass sie die Behandlung dieser Patientenpopulation scheuen oder sich nur selten als förderlich erleben. In mir persönlich lösten diese Patienten zu Beginn meiner beruflichen Laufbahn meist das Gefühl aus, mich unter meinem Schreibtisch verstecken zu wollen. (»Frau Dieckmann, Sie sind eine Frau, sehen unerfahren aus, sind noch nicht einmal habilitiert und Ihre Publikationsliste ist nonexistent. Wie kommen Sie darauf, mir helfen zu können?«) James McCullough, Begründer des CBASP, eines Ansatzes zur Behandlung chronischer Depressionen und ausgesprochen versierter Psychotherapeut, hat die Behandlung derjenigen Patienten, die

auf dem Narzissmus-Kontinuum weiter oben rangieren und sehr begrenzt in ihren Interaktionsfähigkeiten sind, als kaum jemals rundum erfolgreich erlebt. Allenfalls könne er über Teilremissionen berichten. (McCullough, persönliche Mitteilung) Ähnlich pessimistisch äußert sich A. Malin, der die Patienten als unliebenswert, unersättlich und leicht kränkbar beschreibt (1990). Auch eine Aussage von Lorna Smith Benjamin, Fachfrau auf dem Gebiet nonrespondierender Persönlichkeitsgestörter Patienten, kann auf frustrierte Behandler tröstlich wirken: »Die feine Kunst, beim narzisstischen Persönlichkeitsgestörten den Rand des Bewusstseins zu erweitern, ohne die therapeutische Beziehung zu zerstören, ist schwer zu beschreiben. Ich habe viele von Narzissmus Betroffene in die Flucht gejagt und beginne erst in jüngster Zeit, mich einer Beherrschung des Problems anzunähern.« (2001, S. 223) Das besorgniserregende Buch »Living in the Age of Entitlement: The Narcissism Epidemic« (Twenge J.C., 2009) legt den Fokus darauf, dass narzisstische Eigenschaften wie auch die ausgeprägte narzisstische Persönlichkeitsstörung kontinuierlich im Zunehmen begriffen sind. Die Prävalenzrate in der Allgemeinbevölkerung wird mit bis zu 6 Prozent angegeben (Stinson et al. 2008).

Unsere aktuellen gesellschaftlichen Bedingungen fördern die Dialektik von zunehmender kindlicher Ungeborgenheit und Grenzenlosigkeit. Damit bereiten sie den Boden für Selbstüberschätzung als Kompensation innerer Orientierungslosigkeit, einem verbreiteten Phänomen postmoderner Gesellschaften.

Narzissmus verursacht hohe soziale Kosten (Campbell 2005). Nur um ein Haar ist die Welt jüngst an einer Wirtschaftskatastrophe vorbeigerutscht, weil Stolz, Habsucht, Neid und Unmäßigkeit – die negativen Seiten narzisstischen Verhaltens – explodiert sind. Öffentliche Abwertung, Beleidigung und Zurschaustellung sind durch den Einfluss der Medien gesellschaftsfähig geworden, ganze Sendungen mit Kultcharakter leben davon. Von verbaler zu körperlicher Gewalt ist es oft nur ein Schritt. Menschen haben sich schon immer Gewalt angetan, aber jetzt filmen sie sich dabei schon in jungem Alter mit ihren Handys und stellen die Filme dann ins Internet. Sich mit Gewalt zu produzieren gehört zum extremeren narzisstischen Verhaltensrepertoire. In einem Artikel über Narzissmus und Amokläufer analysieren Twenge und Campbell (2003) den verbalen Austausch der Columbine-High-School-Attentäter

vor ihrer Tat – es könnte sich um eine Kopie aus einem Narzissmusinventar handeln.

Das sind natürlich Extremformen der Störung. Dennoch ist davon auszugehen, dass die Inzidenzrate der NPS zunehmen wird und es günstig ist, als TherapeutIn darauf vorbereitet zu sein.

Lange Zeit waren übliche Behandlungsansätze und Überlegungen zur NPS die Domäne der Psychoanalyse. Mit die bedeutsamsten Einflüsse auf das kontemporäre Verständnis von NPS gehen auf die Überlegungen von Kohut (1971) zurück, der postuliert, dass grandiose kindliche Selbstüberidealisierung und Überidealisierung der inneren Abbilder der Eltern in Form von Größenansprüchen an sich und andere erhalten bleiben. Kernberg (1975) unterstreicht die Bedeutung in der frühen Biografie erlebter traumatischer Objektbeziehungen, die den im weiteren Leben vorherrschenden narzisstischen Selbstschutz bestimmen.

Er stellt vor allem die Ausbildung von aggressiven und destruktiven Strukturen («Beziehungshobie«, Neid etc.) in den Vordergrund und empfiehlt eine konfrontative Vorgehensweise. Kohut betont die dahinter liegenden Bedürfnisse und empfiehlt eine Technik, die diese Bedürfnisse aufgreift und eine Form von »Nachreifung« ermöglicht.

Bereits in den 50er-Jahren formulierte Timothy Leary in seinem Buch »Interpersonal diagnosis of personality« (1957) einen interpersonellen Ansatz der Problematik von Persönlichkeitsstörungen. Lorna Smith Benjamin folgte seinen Ausführungen und leitet in ihrem Werk »Die interpersonelle Diagnose und Behandlung von Persönlichkeitsstörungen« (2001) eine komplexe Analyse narzisstischer Charaktereigenschaften her. Als ausschlaggebend für die Entwicklung der NPS sieht sie einen Erziehungsstil an, der selbstlose Vergötterung mit bewundernder Hingabe kombiniert bei gleichzeitigem Verzicht auf elterliche Selbstoffenbarung. Aus Ersterem folge die Sucht des späteren Patienten nach unermüdlicher Anerkennung, aus Letzterem das Unvermögen der NPS, anderen Menschen eigene Bedürfnisse und Wünsche zuzugestehen. Gleichzeitig habe jedoch für den späteren Patienten als Kind die konstante Gefahr der Zurückweisung bestanden, sobald es sich durchschnittlich verhielt oder Anzeichen von Unvollkommenheit zeigte. Zum Erreichen des primären Therapieziels, der Einsicht in dysfunktionale interpersonelle Muster, sei von therapeutischer Seite sorgsam kanalisierte Empathie vorrangig. Jedoch dürfe das Mitgefühl des Thera-

peuten nicht dysfunktionale Muster verstärken, sondern müsse auf eine Stärkung des Veränderungspotenzials abzielen. Zusätzlich betont Smith Benjamin die Notwendigkeit, wiederkehrende Muster zu erkennen, maladaptive Muster zu blockieren und den Willen des Patienten, dies aufzugeben, zu stärken. Die Autorin hält es für förderlich, die Zusammenarbeit mit den narzisstischen Patienten durch vereinzelt eingestreute Hinweise des Therapeuten auf seine eigene Fehlbarkeit mit gleichzeitiger Äußerung diesbezüglicher Selbstakzeptanz zu erleichtern.

Stephen M. Johnson (1987) hat ein eindrückliches Buch über die Ätiologie und Behandlung des narzisstischen Persönlichkeitsstils im Rahmen eines integrativen humanistischen Ansatzes geschrieben. Er sieht die Entwicklung der Problematik in dem Kontext, dass die narzisstische Kränkung unterschiedlich ausgestaltet sein mag, ihr letztlich jedoch immer die Botschaft zugrunde liege, dass das Kind, so wie es ist, nicht in Ordnung sei und sich in etwas verwandeln müsse, das sich von seiner eigentlichen Persönlichkeit fundamental unterscheidet. Daraus resultiere die Entwicklung eines »falschen Selbst«, eines kompensatorischen Anteils, der in der Behandlung geschwächt werden und dem »wahren Selbst« weichen soll. Mitgefühl wird als wichtigster Baustein der Klient-Therapeut-Beziehung genannt.

Rainer Sachse führt in seinem störungstheoretischen Modell aus, dass Persönlichkeitsstörungen als Interaktionsstörungen begriffen werden müssen und die dysfunktionale Beziehungsgestaltung die zentrale Problematik darstellt (2001). Die *Motivebene* sei die am höchsten in der Hierarchie menschlicher Bedürfnisse angesiedelte Regulationsinstanz. Hier sei bei der NPS das zentrale Beziehungsmotiv »Anerkennung, Liebe und Zuwendung« durch Mangel an Bestätigung oder durch beständiges negatives Feedback nicht erfüllt worden. Des Weiteren frustriert wurde der Wunsch nach verlässlichen und solidarischen Beziehungen. Im Rahmen der Bemühungen, die hiermit verbundenen übertrieben negativen Selbstschemata zu kompensieren, bediene sich der Patient der sogenannten *Spielebene*, in der die Lösung des Problems darin besteht, durch Leistung Aufmerksamkeit zu erhalten auf Kosten der genuinen Kernbedürfnisse der Motivebene. Dementsprechend entwickle sich ein doppeltes Selbstkonzept mit diametral entgegengesetzten Grundannahmen und affektiven Zuständen. Als therapeutische Ziele formuliert Sachse, die Kommunikation zwischen diesen beiden Schemata zu

bewerkstelligen. Auf der Grundlage einer vertrauensvollen Therapeut-Patient-Beziehung soll der Patient darüber hinaus lernen, dass er »ein Teil des Problems« ist und dass sein Verhalten Kosten verursacht. Weiterhin soll ein Zugang zu seinen zentralen Beziehungsmotiven ermöglicht und das Agieren auf der »Spielebene« vermindert werden. In den vergangenen zwei Jahrzehnten hat sich auch das Interesse der kognitiven Verhaltenstherapie an der Behandlung der Persönlichkeitsstörungen stark intensiviert, und es wurden verschiedene Ansätze für die Anwendung im Einzel- und Gruppensetting entwickelt. Die Mehrzahl bedient sich kognitiver Modelle und konzentriert sich vorrangig auf die Modifikation dysfunktionaler Gedanken und Grundannahmen. Nach Beck und Freeman (1990) besteht bei der NPS eine Reihe verzerrter und starrer Annahmen über die eigene Person, die Umwelt und die Zukunft. Die narzisstische Person nehme sich als einzigartig und besonders wahr, wobei diese Überzeugung durch eine elterliche Haltung von Nachsicht und Begünstigungen sowie dem Vorenthalten negativer Rückmeldungen erwachse. Sozusagen sei die NPS ein Feedbackproblem. Die Rolle der postulierten Versorgungsdeprivation als ätiopathologisch bedeutsam sehen die Autoren aufgrund mangelnder Studienlage jedoch kritisch, emotionale Unzulänglichkeiten in der Versorgung durch die Mutter würden von psychoanalytischer Seite überbetont.

Als primäres Behandlungsziel wird die Notwendigkeit der initialen Entwicklung einer kollaborativen Therapiebeziehung genannt. Abbau der spezifischen Beschwerden wird als kurzfristiges Ziel benannt, im Verlauf wären eine Änderung des übersteigerten Selbstbildes, ein adaptiver Umgang mit Rückmeldungen anderer, die Förderung des Bewusstseins für die Gefühle der Umwelt sowie die Aufgabe ausbeuterischen Verhaltens zu nennen. Kognitive Techniken zielen auf die Modifikation des ausgeprägten dichotomen Denkens der Patienten ab sowie auf die Entwicklung alternativer Annahmen und Bilder (z. B. die Vorstellung zu entwickeln, Spaß am Singen im Gemeindechor zu haben, statt sich mit Fantasien erfolgreicher Auftritte vor großem Publikum zu tragen). Diese sollten von den genuinen Interessen des Patienten geprägt sein und nicht vom Wunsch nach externem Lob und Aufmerksamkeit.

Dagegen sehen Young und Mitarbeiter das Phänomen der Persönlichkeitsstörung vorwiegend unter einem entwicklungspathogenetischen Aspekt (Young, Klosko und Weishaar 1994). Das zentrale Diktum ihrer

Schematherapie lautet, dass Persönlichkeitsstörungen aus der Traumatisierung oder dem Nichterfüllen kindlicher Grundbedürfnisse heraus entstehen. Darüber hinaus wird im ausschließlichen Anwenden kognitiver und behavioraler Techniken die Gefahr gesehen, dass Patienten intellektuelle Distanz zu ihren Grundannahmen erhalten, sich jedoch emotional nicht automatisch dadurch besser fühlen. Insofern wird der Einbettung emotionsfokussierter Techniken, die der Gestalttherapie entlehnt wurden, eine herausragende Bedeutung beigemessen, um den emotionalen Einfluss der Grundannahmen – bzw. Schemata – zu mildern. Dies deckt sich mit meinen klinischen Erfahrungen, und dementsprechend sehe ich in der Schematherapie einen geeigneten Weg aufgrund seines biografiebezogenen Ansatzes, Mitgefühl für die Patienten aufrechterhalten zu können bei gleichzeitiger Möglichkeit, auf einem respektvollen Umgang zu bestehen und die grenzüberschreitenden/aggressiven oder anspruchlichen Seiten des Gegenübers im Sinne einer wertschätzenden Irritation zu konfrontieren. Das ist alles andere als einfach, hat mir jedoch zu mehr Sicherheit im Umgang verholfen und definitiv die Gefahr reduziert, in eine defensive Position gedrängt zu werden.

Im Folgenden werde ich für die in Schematherapie unerfahrenen Leser eine von der Behandlung der NPS unabhängige Einführung in das Modell und in die schematherapeutischen Techniken geben. Es werden deshalb auch Fallbeispiele aus allen Formen der Persönlichkeitsstörung herangezogen. Im Weiteren werde ich dann auf die Unterschiede der ätiologischen Überlegungen für die NPS zwischen Schematherapie und anderen Ansätzen eingehen. Es folgen praxisorientierte Interventionsvorschläge zur Erleichterung des Umgangs mit schwierigen Therapiesituationen in der Behandlung narzisstischer Patienten. Im Kern versteht sich dieses Buch als Praxishandbuch, deshalb wird diesem Aspekt breiter Raum gegeben. Zu guter Letzt folgt eine abschließende Bemerkung über die Schemata und Modi der Therapeuten und wie deren Aktivierung mit einer erfolgreichen Behandlung kollidieren kann. Das ist die Essenz, welche die Schematherapie zu einem zutiefst humanistischen und von Mitgefühl geprägten Ansatz werden lässt: die Annahme, das Schemata und Modi ubiquitäre menschliche Phänomene sind, und diejenigen, die Behandlung brauchen, sich von den Behandlern vornehmlich nur durch den Ausprägungsgrad dieser Lebensthemen unterscheiden.

1. Einführung in die Schematherapie

Die Schematherapie wurde von Jeffrey Young aus der traditionellen kognitiven Verhaltenstherapie heraus für Patienten mit Persönlichkeitsstörungen, die auf die bisher bestehenden Psychotherapieverfahren nur ungenügend repondierten, entwickelt.

Young war nach einer Ausbildung in klassischer Verhaltenstherapie bei Wolpe sowie in Gestalttherapie anschließend bei Aaron T. Beck am »Center for Cognitive Therapy« der Universität von Pennsylvania tätig. Nach seiner Niederlassung in New York konzentrierte er sich zunehmend auf Patienten, die bereits seit ihrer Jugend komplex psychisch erkrankt waren. Diese weisen seiner Beobachtung nach unter der Behandlung mit traditioneller KVT keinen so günstigen Verlauf auf, wie es für Patienten der Fall ist, die erst später im Leben erkranken. Häufig erfüllen sie nicht die Vorgaben der Verhaltenstherapie, wonach Patienten in der Lage sein sollten, eine kollaborative Beziehung zum Therapeuten einzugehen, spezifische Lebensprobleme zu identifizieren, Zugang zu ihren Gedanken und Gefühlen zu haben und die Motivation aufzuweisen, Hausaufgaben durchzuführen.

Diese persönlichkeitsgestörten Patienten weisen eine Tendenz zu diffuserer Symptomatik, Chronizität, vage umschriebenen Beschwerden und unspezifischen Auslösern auf. Auch dominieren interpersonelle Störungen: Einige Patienten zeigen Schwierigkeiten, sich auf den therapeutischen Prozess einzulassen, während andere extrem dependent werden. Viele zeigen eine erhebliche Tendenz zu kognitiver und affektiver Vermeidung. Young machte die Beobachtung, dass bei dieser Klientel fest zementierte, hartnäckige, selbstschädigende Themen bestehen, die den Patienten ich-synton erscheinen und bezüglich des kognitiv-behavioralen Prozesses resistent sind. Die Ursache liegt meist in schwierigen, häufig traumatisierenden biografischen Ursprungsbedingungen, im Rahmen derer grundlegende Beziehungsmotive und Kernbedürfnisse des Heranwachsenden frustriert wurden. Dem begegnete Young mit einer besonderen Ausgestaltung der therapeutischen Bezie-

hung im Sinne eines bedürfnisbasierten Ansatzes: In den Grenzen therapeutischen Handelns soll der Therapeut zu einem Antidot für frühkindliche Traumatisierung werden. Im Sinne korrekativer emotionaler Erlebnisse obliegt es dem Therapeuten, den Patienten mit Erfahrungen in Kontakt zu bringen, an denen es während seines Aufwachsens mangelte, und fehlende Grundbedürfnisse im Nachhinein zu erfüllen. Zusätzlich erweiterte Young das Repertoire seiner Techniken im Sinne eines integrativen Ansatzes um Strategien aus verschiedenen Therapieschulen – wie gestalttherapeutische und erlebnisorientierte Verfahren – und integrierte sie in ein kognitives Rahmenkonzept, da er den Eindruck hatte, hierdurch besser zu tiefer liegenden Schemata vordringen zu können.

1.1 Unterschiede zwischen Schematherapie und Kognitiver Verhaltenstherapie

Folgende hauptsächliche Unterschiede zur Kognitiven Verhaltenstherapie (KVT) leiten sich aus diesen Gegebenheiten ab:

Die **Therapiebeziehung** wird nicht als Mittel zur Vermittlung von bestimmten Skills und Techniken, sondern als primärer Motor zur Heilung und Verhaltensänderung gesehen und steht im Fokus des Prozesses. In ihrem Rahmen sollen unbefriedigte kindliche Grundbedürfnisse erfüllt werden. Da Patienten mit Persönlichkeitsstörungen meist mit dysfunktionalen Bezugspersonen heranwuchsen, wurden grundlegende Beziehungsmotive frustriert. Dieses störungstheoretische Modell ist dementsprechend bedürfnisbasiert: Der Therapeut nimmt dem Patienten gegenüber die Haltung einer ersatzweisen begrenzten elterlichen Fürsorge (»Limited Reparenting«) an. »Limited Reparenting« kann je nach Bedürfnislage Warmherzigkeit, Akzeptanz, nicht verbales Ausdrücken von Validierung und Empathie oder Förderung von Autonomie oder Setzen von Grenzen beinhalten. Der Schematherapeut ist dezidiert nicht neutral und gibt Anleitung, Unterstützung und Hinweise wann immer nötig. Am Ende einer Therapiestunde erbittet er ein Feedback über sich als Person, nicht über den Inhalt der Stunde: »Wie haben Sie mich heute erlebt? Wie ist es Ihnen mit mir ergangen?« Kommt der therapeutische Prozess ins Stocken, orientiert man sich an

der Frage: »Welches Kernbedürfnis meines Patienten ist aktuell nicht erfüllt/verletzt?« Brüche im Hier und Jetzt der therapeutischen Beziehung werden aufmerksam beobachtet und zum Zentrum der Diskussion gemacht, was eine hohe Aufmerksamkeit für das Auftreten von Schematriggern impliziert. Die Therapiebeziehung soll zu einer sicheren Austauschebene werden, in deren Rahmen Patienten interpersonelle Teufelskreise, die sie hier wie im externen Leben perpetuieren, beobachten, verstehen und verändern lernen. »Mir fällt auf, dass Sie seit einer geraumen Zeit stiller und zurückgezogener erscheinen. Lassen Sie uns miteinander beleuchten, was grade zwischen uns passiert ist.«

Beispiel:

Ein narzisstischer Patient fühlt sich von seinem Therapeuten unter Druck gesetzt und missverstanden, sein zentrales Bedürfnis nach Sicherheit ist verletzt, und er fällt dem Behandler rüde ins Wort. Mögliche Antworten können lauten:

»Es tut mir leid, wenn ich zu ungeduldig erscheine.«

»Ich weiß, es ist sehr schwierig für Sie, wenn Sie den Eindruck haben, zu etwas gedrängt zu werden, zu dem Sie sich noch nicht vollständig in der Lage fühlen.«

»Es lag nicht in meiner Absicht, wenn ich das in Ihnen ausgelöst habe.«

»Ich weiß, wie notwendig es für Ihre Gesundheit ist, sich sicher fühlen zu können, um Gefühle wie Verletzlichkeit und Scham auszudrücken.«

(nach Wendy Behary, persönliche Mitteilung)

Der Rolle **biografischer Einflüsse**, traumatisierender und belastender frühkindlicher Erfahrungen und der Verletzung kindlicher Grundbedürfnisse in der Ätiologie psychischer Störungen wird in der Schematherapie eine hohe Bedeutung beigemessen. Die biografischen Umgebungsbedingungen werden ausführlich diskutiert und durch eine Reihe von Fragebögen evaluiert. Konsekutiv wird ein Entwicklungsmodell der Störung hergeleitet. Durch dieses strukturierte Vorgehen werden Patient und Therapeut recht rasch zu den zentralen Themen geleitet. Die emotionale Aufarbeitung der belastenden oder gar traumatisieren-

den Erlebnisse steht im Zentrum der Behandlung. Bei den meisten schwerer gestörten Patienten bedeutet dies konkret, dass in den ersten Monaten der Therapie fast ausschließlich einsichtsorientiert gearbeitet wird.

Es wird primär mit den **Grundannahmen** gearbeitet.

Lebenslange **dysfunktionale Bewältigungsmechanismen** wie Vermeidung oder Überkompensation erfahren eine besondere Berücksichtigung.

Affektive Erfahrungen werden durch Anwendung von Imaginationsarbeiten und emotionsaktivierenden Rollenspielen wesentlich höher gewichtet. Es scheint, als seien Patienten mit Persönlichkeitsstörungen – im Unterschied zum ätiologischen Störungskonzept der KVT – nicht so sehr durch kognitive Verzerrungen als vielmehr durch Schwierigkeiten in der Regulation von Emotionalität gehandicapt. Immer wieder haben mir Patienten während der Zeit, als ich noch ausschließlich kognitiv arbeitete, erklärt: »Wissen Sie, ich kann ja *verstehen*, dass Sie recht haben mögen, aber ich fühle mich deswegen einfach nicht besser.« Es scheint therapeutisch weniger effektiv zu sein, über unangenehme Gefühle zu sprechen, als sie durch emotive Verfahren im Therapieraum zum Leben zu erwecken. Affektgeladene Informationen (»Hot cognitions«) können besser verarbeitet werden und somit Schemata besser abklingen, wenn der Patient mit der damit assoziierten Emotion, Kognition, Erinnerung und Körpersensation in Kontakt ist – was durch aktuelle Forschungsarbeiten belegt wird (David, Szentagotai 2006).

Durch die kreative Integration und Weiterentwicklung von Techniken aus anderen Therapieansätzen wie der Gestalttherapie und dem Psychodrama steht dem Schematherapeuten eine breitere Palette an Interventionsmöglichkeiten im Umgang mit schwierigen Therapiesituationen zur Verfügung.

Die Therapie kann je nach Ausprägungsgrad der Störung kurzfristig (bis zu 25 Sitzungen), mittelfristig oder auf längere Zeit (bis zu 100 Sitzungen) angelegt sein. Üblich ist eine Frequenz von wöchentlichen Sitzungen, in der ersten Zeit sollte die Sitzungsfrequenz z. B. bei Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörung zwei Termine pro Woche betragen. Die Behandlung wird in der Regel ambulant durchgeführt, es existieren jedoch Adaptationen zum Einsatz im stationären Setting.