

Beratung in der Psychotherapie?

Ein Beitrag zur Diskussion am Beispiel der Behandlung einer narzisstischen Persönlichkeitsstörung *)

Peter Fiedler

Die *narzisstische Persönlichkeitsstörung* gilt allgemein als Prototyp für die häufig beobachtbare Ich-Syntonie gegenüber persönlichen Stilen, weil sich viele Betroffene einer Kritik an ihren persönlichen Eigenarten zunächst mit Vehemenz verschließen. Gerade deshalb stellt dieses Störungsbild für manche Therapeuten eine besondere Herausforderung dar, wenn es nicht sogar unmittelbar Unbehagen und Unsicherheiten bei ihnen auslöst. Narzisstische Persönlichkeiten scheinen auf den ersten Blick überhaupt nicht den Erwartungen zu entsprechen, die viele Psychotherapeuten mit Psychotherapie-Patienten verbinden: Psychotherapie-Patienten im erwarteten Sinne sind nämlich Menschen, die persönliche Probleme haben und die zugleich bereit sind, an ihren Problemen zu arbeiten.

Diese Befürchtungen und die damit gleichzeitig eintretenden Unsicherheiten scheinen nun paradoxerweise unmittelbar besonders heftig bei einigen Psychotherapeuten aktiviert zu werden, wenn Patienten zu ihnen kommen, die Probleme offenkundig *nicht* mit sich selbst haben, sondern die „mit therapeutischer Hilfe“ Probleme geändert haben möchten, die *andere* haben bzw. die *andere mit ihnen* haben.

1 Prolog

Fallbeispiel, Teil 1

Eine junge Therapeutin eröffnete die Sitzung einer Supervisionsgruppe mit der Bemerkung: „Oh Gott, jetzt habe ich wahrscheinlich wieder einen dieser narzisstischen Patienten, an dem sich zuvor bereits drei andere Therapeuten ‚die Zähne ausgebissen‘ haben. Ich brauche unbedingt Eure Hilfe!“

*) © Hogrefe Verlag für Psychologie, Göttingen. Gekürzte Fassung des Kapitels „Narzisstische Persönlichkeitsstörung“ aus: *Fiedler, P. (2000). Integrative Psychotherapie bei Persönlichkeitsstörungen*. Wir danken Autor und Verlag für das Entgegenkommen, uns die Möglichkeit des in etwa zeitgleichen Abdrucks einzuräumen.

Sie berichtete von einem 28jährigen Patienten, der unbedingt Hilfe von ihr verlange, weil seine Frau seit mehreren Monaten „völlig dicht gemacht“ habe. Dieser Mann komme nicht mehr an seine Gattin heran. Sie verschließe sich in ihrem Zimmer, jedem gemeinsamen Essen gehe sie aus dem Weg, und sexuellen Annäherungsversuchen seinerseits verweigere sie sich seither ebenfalls, ohne dass er die Gründe für diesen Rückzug von ihr mitgeteilt bekommen habe.

Und dann habe ihr der Patient ziemlich direkt klare Forderungen gestellt und diese – in etwa sinngemäß – mit folgenden Worten begründet:

„Hören Sie gut zu. Gleich vorweg: Eigentlich will ich nur wissen, ob Sie mir dabei helfen können, wie ich meine Frau wieder ‚aufmachen‘ kann. Inzwischen habe ich nämlich meine Zweifel, ob ich überhaupt bei Psychotherapeuten an der richtigen Adresse bin. Ich war nämlich schon bei drei Ihrer Kollegen, und die hielten sich alle irgendwie nicht für zuständig.“

Als ich zum ersten Psychotherapeuten kam, ging es mir ziemlich schlecht. Ich hatte Depressionen und dachte sogar gelegentlich an Selbstmord, obwohl ich das natürlich nie gemacht hätte. Den ersten hatte ich mir extra ausgesucht, weil er einen ‚Dr.‘ auf dem Firmenschild hatte. Dieser ‚Herr Doktor‘ wollte mir jedoch nur bei meinen Depressionen helfen, und er war ständig bemüht, sich inhaltlich *nicht* auf die möglichen Probleme einzulassen, die *meine Frau* offensichtlich hat. Bei dem bin ich nur dreimal gewesen. Der hat nur ‚an mich hin geredet‘, die ganze Zeit nur mit eigenen Worten wiederholt, was ich ihm erzählt habe. So liefen Therapiesprache eben, wie er mir mehrmals versicherte. Außerdem sei alles erst einmal nur probalber: Approbatorische Sitzungen – oder so ähnlich.

Der zweite Therapeut sagte dann, er arbeite ‚systemisch‘ und könne mein Anliegen nur behandeln, wenn meine Frau mit in die Therapie käme. Dem habe ich gesagt, dass sie das nicht mache. Dann hat er nur die Schultern gezuckt, und ich bin wieder gegangen. Inzwischen liegt von dem eine Rechnung bei mir zu Hause, über 150 Mark für persönliche Beratung. Persönliche Beratung! Das ich nicht lache.

Zum dritten Therapeuten bin ich gegangen, als es mir persönlich schon wieder etwas besser ging. Jedenfalls sind die Depressionen nicht mehr so stark, wie noch vor Monaten. Als ich dem von meinen vergeblichen Versuchen berichtete, Therapeuten zu finden, die mir bei den Problemen helfen, die meine Frau offensichtlich hat und über die sie nicht sprechen will, sagte der nur: Wenn sie selbst keine Probleme haben, zahlt das die Krankenkasse nicht. Habe ich ihm geantwortet: Dann zahl‘ ich selbst! Daraufhin ist der ganz verlegen geworden, deshalb bin ich auch bei dem nicht geblieben.

Also um es kurz zu machen: Ich selbst habe *nicht die* Probleme, die mir ihre Kollegen einreden wollten. Und deshalb habe ich erstmal vorweg *nur eine Frage*: Können und wollen Sie mir Tipps und Tricks verraten, wie ich wieder an meine Frau ‚rankomme‘?

Ich bin jetzt extra zu Ihnen gekommen, denn bei einer Frau als Therapeutin war ich noch nicht, und ich dachte, vielleicht sind Therapeutinnen anders als Männer und können mein Problem besser verstehen...“

Und dann schloss die Therapeutin ihren Bericht mit den Worten:

„Ich habe ihn dann eine halbe Stunde exploriert und ihn erst einmal, weil ich in Ruhe nachdenken müsse, auf nächste Woche vertröstet. Ich bin mir nicht sicher, ob er wiederkommt. Könnt Ihr mir sagen, wie ich weiter machen soll? Schon wie

der auftrat, überheblich und selbstsicher, als wäre er mein Arbeitgeber. Dass dessen Frau dicht gemacht hat, kann ich gut nachvollziehen.“

2 Störungsbild

Die narzisstische Persönlichkeitsstörung wurde aus unverständlichen Gründen nicht in die ICD-10 aufgenommen. Im DSM-IV beschreibt sie Menschen, die ein brüchiges Selbstwertgefühl mit einem Selbstbild von eigener Großartigkeit, Überlegenheit und Verachtung gegenüber anderen zu kompensieren versuchen. Viele Betroffene sind stark eingenommen von Phantasien grenzenlosen Erfolgs, Macht, Glanz, Schönheit und idealer Liebe. Andere glauben von sich, etwas Besonderes und in vielerlei Hinsicht einzigartig zu sein und nur von anderen „besonderen“ oder angesehenen Personen oder Institutionen verstanden zu werden oder nur mit diesen verkehren zu können.

Obwohl zwar die Bezeichnung „narzisstisch“ das Überwiegen einer übermäßigen Selbstwertschätzung betont, liegen die Hauptmerkmale dieser Störung im interpersonellen Bereich: fehlende Empathie, soziales Unbehagen, Angst vor Kritik, Schüchternheit. Und für zahlreiche Autoren ist die narzisstische Persönlichkeitsstörung im Kern ein *Feedback-Problem*. Dies liegt in der Natur der auch öffentlich präsentierten Überhöhung des Selbstkonzeptes begründet. Es besteht eine dauernde Bedrohung durch Infragestellen der Selbstpräsentation durch andere, die diese Überwertigkeit nicht zu teilen vermögen und eine realistischere Sichtweise der Wirklichkeit vom Betroffenen einfordern. Genau diese Bedrohung führt wiederum und fast zwangsläufig in einen erneuten Rechtfertigungszwang und zu einer Aufrechterhaltung überwertiger kognitiver Konstruktionen. Die Folge sind eskalierende Beziehungsstörungen, die durch die Betroffenen selbst – im Bemühen um Aufrechterhaltung der Glaubwürdigkeit ihrer Wirklichkeitsauffassungen – kaum auflösbar scheinen.

In der Entwicklungspsychologie von *Millon* (1996) wird die direkte Wirkung aus einem Narzissmus förderlichen Erziehungsstil der Eltern als ausschlaggebend für die Störungsgenese betont. Die Selbstwertschätzung und spätere Selbstwert-Überschätzung wird über ungünstiges Modellverhalten oder durch eine besondere Betonung und Bekräftigung kindlicher Leistungen gefördert: in Schulfächern wie der Mathematik, im Sport, in musischen und künstlerischen Begabungen. Für diese Eltern wären ihre Kinder von Anfang an „besser als andere“. Sie erscheinen durchgängig in der Lage, alles nur Wünschenswerte in ihrem Leben zu erreichen, und zwar – wegen ihrer besonderen Begabungen – mit einem Minimaleinsatz an Leistung und Investition. Werden Kinder später wegen beginnender Selbstüberhöhung von anderen ausgegrenzt, folgen elterliche Beschwichtigungen wie: Die anderen sind nur neidisch auf dich, Du bist halt etwas Besonderes. Daraus resultiert eine eigenwillige Art der Passivität dahingehend, dass die Betroffenen wenig Anstrengungen unternehmen, etwa sinngestaltend auf ihre Umgebung Einfluss zu nehmen.

So findet in der kindlichen Erziehung ein Verhalten Beachtung und Verstärkung, das in gewisser Intoleranz gegenüber anderen die eigenen Fähigkeiten und Wertigkeiten betont. Diese werden von den Betreffenden zunehmend selbst dargestellt, und zwar ohne

dass das tatsächlich gezeigte Verhalten dieser Selbstpräsentation auch nur annähernd entsprechen muss. Sie gehen schlicht davon aus, dass ihre Qualitäten für sich selbst sprechen und entsprechende Wertschätzung verdienen. Bleibt diese aus, kann eine tiefe Kränkung resultieren, in deren Folge depressive Verstimmungen auftreten, die das Ausmaß einer Episode der Major Depression erreichen können (beachtenswertes Risiko, einschließlich erhöhter Suizidalität!).

Es bleibt jedoch zwingend zu beachten, dass sich narzisstische Eigenarten bei allen anderen Persönlichkeitsstörungen finden lassen (die höchsten Raten finden sich mit der histrionischen, die geringsten Raten mit der schizoiden und selbstunsicheren Persönlichkeitsstörung, wenngleich letztere ebenfalls vorkommen; detailliert in *Fiedler, 2000*). Diese Befunde sind leicht nachvollziehbar, wenn man kurz bedenkt, wie Personen mit heterogenen Persönlichkeitsstilen funktional ähnlich auf erfahrene Kränkung reagieren: histrionische Schauspieler auf Verrisse im Feuilleton; zwanghafte Persönlichkeiten auf Kritik an ihren stundenlange Detailarbeit erfordernde Leistungen; oder negativistische Persönlichkeiten bei Zurückweisung der Plausibilität ihres vermeintlich gut durchdachten Skeptizismus. Depressivität bis hin zu Suizidalität kann die Folge sein. Lässt sich also bei anderen Persönlichkeitsstörungen eine Neigung zu Kränkung einschließlich depressiver Krisen beobachten, kann dies als Hinweis für eine etwaige Komorbidität mit der narzisstischen Persönlichkeitsstörung gewertet werden.

3 Therapeutische Ziele

Unbedingt beachtenswert für die Entwicklung therapeutischer Ziele ist deshalb folgende Regel: Vor Beginn jeder Behandlung ist genau zu prüfen, ob und welche weiteren persönlichen Stile bei den Betroffenen neben den häufig im Vordergrund stehenden psychischen Störungen (zumeist Depression) noch vorhanden sind. Die jeweilige Komorbidität auf der Persönlichkeitsebene kann entscheidend bei Überlegungen helfen, welche therapeutischen Ziele und Strategien sinnvoll ausgewählt werden sollten. Narzisstische Persönlichkeitsstörung ist nicht gleich narzisstische Persönlichkeitsstörung. Je nach vorhandener Komorbidität treten andere Therapieziele in den Vordergrund (ausführlich: *Fiedler 2000*).

Einige Beispiele zur Illustration

Sind beispielsweise *Borderline-Persönlichkeitszüge* (Sprunghaftigkeit, Rollenfluktuation) beobachtbar, könnte die komorbid vorhandene narzisstische Persönlichkeit andeuten, dass bereits wesentliche und möglicherweise effektive *Bewältigungsprozesse* in Gang gekommen sind. In diesen Fällen wäre (gemäß Borderline-Konzept) eine gefühl-fokussierende Therapiestrategie *contraindiziert*. Vielmehr müssten eine klare Therapiestruktur und psychoedukative Stützung der Patienten als Therapiestrategien gewählt werden, um langfristig den Aufbau bzw. Ausbau einer stabilen Selbststruktur und Selbstsicherheit zu erreichen.

Hingegen könnte – so Patienten dazu bereit sind – an emotionszentrierte und erfahrungsoffene Vorgehensweisen gedacht werden, wenn sich in der Person des Patienten narzisstische und gleichzeitig *zwanghafte* Persönlichkeitszüge gepaart finden. Das glei-

che gilt für narzisstische Patienten, die eher zur *Dependenz* oder zum *Negativismus* neigen.

Sollte hingegen eine narzisstisch-*schizotypische* Struktur vorhanden sein, wäre wiederum eine struktursetzende und stützende Therapiestrategie zu bevorzugen. Letztere Verbindung ist übrigens ebenfalls eine häufig zu beobachtende Komorbidität, und Kränkungen stellen bei dieser Patientengruppe eine nicht unbeträchtliche Risikobedingung für die Entwicklung psychotischer Episoden dar.

Oder – letztes Beispiel – bei der *paranoiden* Persönlichkeitsstörung stehen das psychosoziale Krisenmanagement und eine Konfliktberatung im Vordergrund therapeutischer Überlegungen.

Es wird deutlich, dass eine bestimmte psychotherapeutische Strategie eben nicht für jede Persönlichkeitsstörung geeignet ist, und dass sich selbst für ein und das selbe Störungsbild – in diesem Fall die narzisstische Persönlichkeitsstörung – völlig unterschiedliche Therapiestrategien empfehlen könnten.

Selbstbewusst, anspruchsvoll und kränkbar: narzisstische Persönlichkeitsstörung?

Was die narzisstische Persönlichkeitsstörung im engeren Sinne angeht, soll jedoch nachfolgend auf einige weitere Probleme eingegangen werden. Diese Probleme hängen eng mit dem eingangs geschilderten Fall zusammen, für den sich noch eine ganz andere Lösung anbietet, als nach bestehenden Komorbiditäten zu forsten. Die Probleme, um die es jetzt geht und für die einige Lösungen angedeutet werden sollen, hängen u.a. mit der Schwierigkeit zusammen, die einige Psychotherapeuten damit haben, wenn Patienten (a) über auffällig autonome Persönlichkeitseigenarten verfügen und wenn sie (b) *nicht* unmittelbar dem Bild eines „Prototyp-Patienten“ entsprechen. Beide Bedingungen scheinen vorzuliegen, wenn Patienten dem Therapeuten selbstbewusst, kritisch und mit wohlformulierten Ansprüchen gegenüberreten.

Einladung zu einem Experiment

Vielleicht kann sich der Leser, so er Psychotherapeut ist, an dieser Stelle auf ein kleines Experiment einlassen – und erst danach weiterlesen.

Lesen Sie doch bitte zunächst noch einmal **Teil 1** (Prolog) der Fallschilderung zu Beginn dieser Arbeit durch!

Wer von Ihnen, so er Psychotherapeut oder psychologischer Berater ist, würde angesichts eines solchen Patienten, spontan die nachfolgende Antwort geben?

„Schön, dass Sie da sind! Wir fangen sofort an!“

Wenn Sie zur Gruppe derjenigen gehören, die dem dort beschriebenen Patienten *nicht* unmittelbar auf diese Weise gegenüberreten können, so hoffe ich sehr, dass die nachfolgenden Ausführungen sie ermutigen könnten, es zukünftig doch zu tun.

Doch der Reihe nach.

4 Analyse

Fallbeispiel, Teil 2

Vorbemerkung: Bei allem, was im Folgenden ausgesagt wird, bleibt natürlich zu beachten, dass es sehr wohl immer wieder einmal so sein kann, dass Patient und Therapeut persönlich oder aus anderen Gründen nicht zueinander passen, was offen angesprochen und mit dem Patienten geklärt werden kann. Sollten wechselseitige Vorbehalte bestehen und ein Vertrauen in die beginnende Therapiearbeit fehlen, besteht die sinnvollste Interventionsstrategie natürlich darin, dass Psychotherapeuten möglichst bald die betreffenden Patienten an einen Kollegen überweisen.

Die im Beispielfall um Supervision bittende Therapeutin war der festen Überzeugung, dass es sich bei dem vor ihr sitzenden Patienten um einen Menschen mit narzisstischer Persönlichkeitsstörung handelt. Sie sprach über ihn in abfälliger Weise. Sie steht damit übrigens nicht allein. Es lässt sich (leider) immer wieder beobachten, dass es sich einige Psychotherapeuten in unverantwortlicher Weise zu eigen machen, im Kollegenkreis und in Supervisionen mit Negativbewertungen über Patienten zu sprechen. Dies scheint insbesondere dann der Fall zu sein, wenn sich die Diagnose „narzisstische Persönlichkeitsstörung“ verdichtet.

Wann liegt überhaupt eine (narzisstische) Persönlichkeitsstörung vor?

An dieser Stelle müssen wir als erstes eindringlich auf eine diagnostische Vorschrift verweisen, die im Zusammenhang mit der Diagnose von Persönlichkeitsstörungen besteht (vgl. *Fiedler, 1998*). Nach den Vorstellungen der Diagnosesysteme und mit Blick auf das *Grundrecht zur freien Entfaltung der eigenen Persönlichkeit* darf die Diagnose einer Persönlichkeitsstörung (entweder/oder) nur vergeben werden,

- wenn die betreffende Person selbst unter ihrer Persönlichkeit leidet;
- wenn die Persönlichkeit(störung) des Patienten das Risiko der Entwicklung oder Exazerbation einer psychischen Störung, z.B. affektive Störung, Suizidalität, Dissoziationsneigung, beinhaltet oder eindeutig mit dieser in einem Zusammenhang steht (Aufklärungspflicht);
- wenn die Betroffenen wegen ihrer Persönlichkeitseigenarten ihre existentiellen Verpflichtungen nicht mehr erfüllen, was zumeist heißt, dass sie mit Ethik, Recht oder Gesetz in Konflikt geraten sind.

Punkt 1 kann im Beispielfall als *nicht erfüllt* angesehen werden; die Punkte 2 und 3 waren *noch nicht hinreichend abgeklärt*. Der Therapeutin gegenüber jedenfalls war der Patient noch nicht in ethisch unverantwortlicher Weise aufgetreten, einmal abgesehen davon, dass er nicht dem Bild eines Prototyp-Patienten entsprach, der möglichst an *eigenen* Problemen arbeiten sollte und der in der Regel nicht um Hilfe bei Problemen anderer Leute nachsucht. Unter Maßgabe der Diagnosesysteme konnte die Diagnose einer Persönlichkeitsstörung also (noch) *nicht* vergeben werden.

Auf jeden Fall gilt: Spätestens seit der Reform des DSM-III (APA, 1980) darf die Diagnose „Persönlichkeitsstörung“ *nicht mehr* vergeben werden, wenn z.B. andere Menschen unter einem Patienten leiden, wenn auf den Patient selbst nicht gleichzeitig die genannten Punkte 2 oder 3 zutreffen. Schon gar nicht darf sie vergeben werden, wenn ein Patient der Rollenerwartung eines Psychotherapeuten an einen *Fully Functioning Patient* nicht entspricht. Konkret: Erweist sich ein Patient in seiner Therapie als „nicht compliant“ oder anderweitig widerständig, dann entspricht das *seinem Recht* auf freier Entfaltung der Persönlichkeit – es sei denn, er verletzt Ethik und Recht, was im Kern impliziert, dass man ihn wegen seiner Handlungen ethisch zurechtweisen oder juristisch belangen könnte.

Diese Regel wurde – darauf soll an dieser Stelle ausdrücklich hingewiesen werden – auch deshalb in die Diagnosesysteme eingeführt, weil es sich die Therapeuten einiger, insbesondere der tiefenpsychologischen Therapieschulen bis dahin leichtfertig zu eigen gemacht hatten, bei *jeder beliebigen* psychischen Störung unmittelbar an Persönlichkeit und Persönlichkeitsentwicklung als ätiologischen Faktor zu denken (vgl. Task Force on DSM-IV, 1991). Dass psychische Störungen immer in der frühen Kindheit relevante Wurzeln haben, trifft nämlich nur bedingt zu – auch wenn sich immer Spuren zurück in die Kindheit finden lassen, wenn man nur ausreichend lange sucht (vgl. Fiedler 1999).

Andererseits könnte es natürlich so sein, dass der Patient, über den wir gerade nachdenken, tatsächlich eine narzisstische Persönlichkeitsstörung besitzt. Das soll hier jetzt keinesfalls angezweifelt werden. Dafür spricht unter anderem, dass er von einer depressiven Reaktion bis hin zu Suizidgedanken berichtete.

Dies genau ist jedoch ein – juristisch und ethisch – beachtenswerter Punkt. Gesetz den Fall, es läge ein Suizidrisiko vor, kann ein Therapeut nicht so ohne Weiteres von sich aus eine Behandlung verweigern. Er hätte vielmehr genau abzuklären, wie beträchtlich dieses Risiko ist. Übernimmt er selbst nicht die Behandlung, hätte er zumindest für eine angemessene Überweisung an einen anderen Therapeuten Sorge zu tragen. Vielleicht müsste er sogar so weit gehen, den Patienten zu motivieren, eine Behandlung in einer entsprechend Sicherheit bietenden Institution aufzunehmen.

Im vorliegenden Fall ist eine solche weitergehende Abklärung durch die Therapeutin noch nicht erfolgt – paradoxerweise angesichts des Problems, es mit einem vielleicht tatsächlich „schwierigen“ Patienten zu tun zu haben. Aus dem gerade Gesagten ergibt sich jedoch: Je „schwieriger“ die Patienten erscheinen, um so *sorgsamer* muss eine diagnostische Abklärung erfolgen. Psychotherapie bedeutet nun in den meisten Fällen, dass es Therapeuten mit „schwierigen“ Patienten zu tun bekommen! Dies gilt insbesondere für jene Fälle mit Persönlichkeitsstörungen, bei denen – wie in unserem Fall – eine Suizidalität nicht ausgeschlossen werden kann. Deshalb ist die gelegentlich von Therapeuten geäußerte Ansicht, Patienten therapeutische Hilfe verweigern zu können, nur weil sie „schwierige Persönlichkeiten“ sind, ethisch wie rechtlich hochgradig problematisch.

Um nun unserer Therapeutin nicht Unrecht zu tun, letzteres hatte sie auch nicht vor. Dies gilt jedoch bereits teilweise für jene Therapeuten, die den Patienten bereits zuvor „in Behandlung“ hatten. Da wir inzwischen über ethische und rechtliche

Rahmensetzungen der Psychotherapie nachdenken, sollten wir uns noch einen Moment in diesem Kontext weiter bewegen.

Patienten erteilen den Dienstauftrag

Auch dies scheint im vorliegenden Fall bisher nicht angemessen berücksichtigt worden zu sein: Der Patient erteilt einen Dienstauftrag und ist Abnehmer eines Dienstleistungsangebotes. Dieses Dienstleistungsangebot kann der Patient auf seine Qualität hin beurteilen und, wenn es ihm gefällt, für sich annehmen, oder es bei Missfallen zurückweisen. In diesem Zusammenhang lohnt es, sich mit dem *juristischen* wie dem daraus folgenden *therapeutischen* Unterschied zwischen Dienstvertrag und Werkvertrag vertraut machen.

Dienstverträge (wie sie außer Psychotherapeuten auch noch andere Dienstleistungsbereufe wie Steuerberater, Juristen, Berater usw. mit ihren Klienten/Patienten abschließen) setzen im Unterschied zum Werkvertrag *immer* die Kooperationsbereitschaft und das Kooperationsvermögen beider Vertragspartner voraus. Und genau das impliziert, dass Patienten *nicht profitieren müssen, wenn sie nicht wollen!* Wenn Patienten ihren kooperativen Beitrag zum Dienstvertrag *nicht* erbringen, haben sie – juristisch betrachtet – die sich daraus ergebenden Konsequenzen mit zu verantworten. Dies gilt jedenfalls so lange, wie davon ausgegangen werden kann, dass die „Zurechnungsfähigkeit“ des Patienten gegeben ist. Und dies gilt weiter, wenn zumindest der Therapeut seinen Beitrag zum Dienstvertrag erfüllt.

Andererseits: Bei gegebener Nicht-Zurechnungsfähigkeit steigt die Verpflichtung der Therapeuten zur professionellen Hilfeleistung an. Der Therapeut kann sich seiner Dienstleistung nicht mehr so leicht entziehen, auch wenn die Patienten „schwierig“ sind. Dies ist zumeist der Fall, wenn die oben genannten Punkte 2 oder 3 der Persönlichkeitsstörungsdiagnostik auf die Patienten zutreffen. In solchen Fällen – zum Beispiel bei gegebener Suizidalität oder Gefährlichkeit von Patienten – rückt der Dienstauftrag unmerklich und zeitweilig in die Nähe eines Werkvertrags, weil auf therapeutisches Handeln plötzlich (andere) Gesetze und Rechtsvorschriften einwirken. Da diese Wirkungen nicht unbeträchtlich sind und Psychotherapie sich plötzlich in Richtung Krisenintervention ändert, werden wir im nachfolgenden Kapitel ausführlicher darauf eingehen (Kapitel 8 in *Fiedler, 2000*).

Einladung zu einem weiteren Experiment

Haben Sie, so Sie Psychotherapeut oder psychologischer Berater sind, schon einmal über die Möglichkeit nachgedacht, dass Sie selbst an einer psychischen Störung (Depression, posttraumatische Belastungsstörung oder Phobie) erkranken könnten und dass – weiter unterstellt: – Ihre Zurechnungsfähigkeit gewährleistet ist? Haben in diesem Zusammenhang schon einmal darüber nachgedacht, zu welchem Therapeuten *Sie* gehen würden und welche Qualitäten dieser – *Ihr* – Psychotherapeut besitzen sollte?

Wenn nicht, machen Sie sich doch einmal eine Liste mit Erwartungen, die sie an ihre Therapie und an die Therapeut-Patient-Beziehung haben und welche wünschenswerten Qualitäten Ihr zukünftiger Therapeut erfüllen sollte! Sollte er ein

Mann sein oder sie eine Frau, Psychologin oder Arzt, älter oder jünger, Vorerfahrungen erwünscht oder nicht unbedingt notwendig usw. usw.

Und in einem weiteren Schritt dieser Übung stellen Sie sich anschließend die Frage, ob Sie gern zu sich selbst in Behandlung gehen würden.

Und dann bedenken Sie Folgendes: Gesetzt den Fall, Sie sitzen wegen einer psychischen Störung tatsächlich einem fremden Therapeuten gegenüber, (nicht Ihrem Supervisor oder Lehranalytiker, sondern, sagen wir einmal:) einer jungen Therapeutin, wie in unserem Fall, die gerade ihre Therapieausbildung hinter sich gebracht hat: Was erwarten Sie dann?

Welche Ratschläge geben Sie sich selbst für einen erfolgreichen Umgang mit dieser Therapeutin?

Die nachfolgende Antwort könnte vielleicht passen. Sie stammt aus einem jener Briefe, über die ich in Kapitel 2 (*Fiedler, 2000*) berichtet habe. Und sie stammt von einem unserer Kollegen, der mir aus einer psychosomatischen Klinik schrieb, in der er zu jenem Zeitpunkt als Patient behandelt wurde, wegen einer Depression und, wie er selbst vermutet, mit „Verdacht auf eine narzisstische Persönlichkeitsstörung“. Seine Bezugstherapeutin hatte gerade ihre Psychotherapieausbildung abgeschlossen.

Seine Erfahrungen, denen er eine fundierte Kritik am Konzept der Persönlichkeitsstörungen voran gestellt hatte, fasst er als *Ratschläge für Psychotherapeuten als Patienten im Umgang mit Psychotherapeuten* mit folgenden Worten zusammen:

„Kommen Sie möglichst nicht auf die absurde Idee, dem Therapeuten oder der Therapeutin gegenüber zu verdeutlichen, dass Sie selbst auch etwas von Therapie verstehen und dass Sie deshalb höchst kritisch damit umgehen werden, was diese, die vielleicht junge und wenig erfahrene Therapeutin mit Ihnen als erfahrenen Psychotherapeuten alles anstellt.

Gehen Sie stattdessen möglichst konstruktiv auf alles ein, was Ihnen Ihre Therapeutin vorschlägt, und stellen Sie möglichst keine Bedingungen! Erfüllen Sie ihren Job als Patient!

Bekunden Sie bereits in den ersten Therapiesitzungen, dass Sie möglichst viel in Ihrem Leben ändern werden, idealerweise so, wie es die Therapeutin heimlich von ihnen erwartet! Andernfalls könnte Ihre Therapeutin Schwierigkeiten beim ‚Aufbau und Erhalt einer guten Therapeut-Patient-Beziehung‘ bekommen. Das darf sie nämlich nicht. Wenn Sie nämlich als Patient nicht wunschgemäß funktionieren, käme Ihre Therapeutin nur allzu leicht in Versuchung, mit Ihnen vorrangig über Erfahrungen zu sprechen, die sie mit Ihnen in der Therapeut-Patient-Beziehung macht.

An Letzterem können Sie übrigens gut ablesen, ob Sie ein guter Patient sind: Geht die Anzahl der Interventionen zurück, mit denen Ihre Therapeutin versucht, Sie mit sich selbst zu konfrontieren, sind Sie auf dem Weg der Besserung.

Sollten Sie nicht den Erwartungen Ihrer Therapeutin an einen *Fully Functioning Patient* entsprechen, besteht sogar die Gefahr, dass Sie als ‚nicht-compliant‘ gelten oder die Diagnose einer narzisstischen Persönlichkeitsstörung erhalten. Ich habe fast den Eindruck, dass mir das wegen meiner dauernden Kritikeien bereits passiert ist – auch wenn meine Therapeutin sich dazu nicht äußert, obwohl ich sie bereits gefragt habe.“

Und gegen Ende seiner Ausführungen schloss unser Kollege seinen längeren Brief mit den Worten:

„Ich bin vor einigen Tagen auf die möglicherweise absurde Idee gekommen, den Klinikchef zu bitten, mir die Möglichkeit einzuräumen, meine ‚psychotherapeutischen Anwendungen‘ bei einem anderen Therapeuten zu bekommen. Sie können sich nicht vorstellen, wie der reagiert hat. Seine Antwort war ungefähr: ‚Sie waren doch auch einmal Anfänger in unserem Geschäft, oder?‘

Sollte man etwa als Patient Mitleid mit seinem Therapeuten haben? Inzwischen versuche ich wieder mein Bestes. Es sind nur noch zwei Wochen. Was ich als Therapeut machen werde, wenn ich selbst wieder ‚im Geschäft‘ bin, weiß ich noch nicht. Vieles wird sich ändern, und man könnte fast den Eindruck gewinnen, dass meine Therapie erfolgreich verlaufen sei. Was sie jedoch nicht ist. Ich werde mein Leben als Psychotherapeut möglicherweise deshalb ändern, weil ich selbst nicht erfolgreich psychotherapeutisch behandelt wurde.“

Narzisstische (das heißt: sich selbst bewusste) Haltungen und Handlungen von Patienten bringen Therapeuten auch *nach eigenen Aussagen* sehr häufig in eine Situation, die viele Ambivalenzen und Konflikte beinhaltet. Vielleicht sind bis hier einige dieser Bedingungen, die dafür verantwortlich zeichnen könnten, bereits etwas deutlicher geworden. In der Supervisionsgruppe war nach Diskussion der ethischen und rechtlichen Aspekte immer noch nicht klar, wie man im vorliegenden Fall konkret vorgehen sollte. Die gewisse Ratlosigkeit, die sich nach dem Bericht der Therapeutin eingestellt hatte, lag immer noch im Raum. Die ersten Reaktionen zeigten spontanes Mitfühlen: „Du bist zu bedauern“ oder „Solche Fälle sind mir auch immer ein Graus“ usw.

Das ganze Gespräch bekam jedoch plötzlich eine eigenwillige Wendung, als ein Kollege unvermittelt an die Therapeutin folgende Frage richtete:

„Sag‘ mal, wie würdest Du mit dem gleichen Problem umgehen, wenn nicht der Mann, sondern seine Frau vor Dir sitzen würde und die Bitte äußerte: Können Sie dabei helfen, wie ich wieder Kontakt zu meinem Mann bekomme, der seit Monaten aus unerklärlichen Gründen dicht macht?“

Vielleicht alles nur ein Geschlechtsbias?

Handelte es sich bei der Ratlosigkeit, welche die Supervisionsgruppe immer noch lähmte, möglicherweise nur um einen Geschlechtsbias? Auf die etwas bissig vorgetragene Zwischenbemerkung einer Teilnehmerin („Es ist nun aber ‚mal ein Mann, oder?‘“), reagierte der genannte Kollege sofort, indem er seine Fragerichtung nochmals änderte:

„...oder anders gefragt: Wie würdest Du mit dem gleichen Problem umgehen, wenn eine Mutter vor Dir sitzen würde und die Bitte äußerte: Können Sie mir dabei helfen, wie ich wieder Kontakt zu meinem jugendlichen Sohn bekomme, der sich seit Monaten einer Neonazigruppe angeschlossen hat und sich an Aktionen gegen Ausländer beteiligt – seither gleichzeitig zu Hause dicht macht?“

Das Eis in der Supervisionsgruppe schien langsam zu brechen. Erste Lösungen wurden sichtbar. Einerseits konnte jetzt klarer zur Kenntnis genommen werden, dass der Patient eigentlich ein ethisch beachtenswert *positives Ziel* mit der gewünschten Behandlung an-

strebte: Er wollte seine eheliche Beziehung wieder in Ordnung bringen! Ethisch betrachtet und hier durchaus ernst gemeint, weil juristisch bedeutsam: Das Grundgesetz jedenfalls schützt „Ehe und Familie“ in besonderer Weise...

Im Umkehrschluss des jetzt abnehmenden Geschlechts-Vorurteils konnten in der Gruppe endlich auch neue Fragen gestellt werden. Liegen vielleicht nicht doch die Gründe für die partnerschaftlichen Probleme bei seiner Frau? Darauf konnte der Patient selbst offensichtlich *nur deshalb* keine Antwort geben, weil ihm seine Frau die Antwort verweigerte. Nur gesetzt den Fall, die Probleme des Patienten lägen tatsächlich in ungünstigen Interaktionseigenarten seiner Frau begründet: Sollte sich die Therapeutin nicht erst einmal viel mehr Zeit nehmen, sich mit dem Patienten zusammen die alltäglichen Interaktionsmuster in der Beziehung genauer anzuschauen und zu untersuchen?

Es dauerte nicht mehr lange, und die Gruppe ging in ihrer jetzt kreativer werdenden Analyse noch einem Schritt weiter, als nämlich eine Kollegin plötzlich anmerkte:

An der Motivation jedenfalls kann es nicht liegen

In der Tat: Wir haben es hier mit einem *hochmotivierten* Patienten zu tun. Er hat klare Zielvorstellungen, und zwar dergestalt klar und eindeutig, wie wir sie bei vielen anderen Patienten erst mühselig erarbeiten oder herstellen müssten. Und er signalisiert eine hohe Mitarbeitsbereitschaft für den Fall – ja, mit einer Einschränkung: wenn nur die Therapeutin bereit wäre, sich in die Rolle *einer Beraterin* zu begeben.

„Warum machst Du es nicht mit ihm, wie wir hier in der Supervision: *Sachliche Beratung* zur Auflösung interaktioneller Krisen?!“ lautete plötzlich ein Empfehlung.

„Ist das dann noch Therapie?“ fragte die Therapeutin.

„Warum ist das keine Therapie?“ ging die Frage an sie zurück.

Ja, warum ist sachliche Supervision eines Patienten eigentlich keine Therapie? Es könnten vielleicht nur irgendwelche ungeprüften Therapievorschriften sein, die behaupten, sachliche Beratung und Supervision von Patienten sei keine Therapie. Möglicherweise liegt es nur in mythologischen Überlieferungen einiger Therapieschulen begründet, warum Patienten anders zu „behandeln“ seien als etwa Therapeuten, für die *beratende* Supervision durchaus als Therapieäquivalent gilt.

5 Supervision und Beratung von Patienten ***Psychosoziales Konfliktmanagement***

Psychosoziale Beratung und psychosoziales Konfliktmanagement zählen außerhalb der Psychotherapie zu den effektivsten und gelegentlich bestbezahlten Interventionsformen. Psychotherapeuten selbst nehmen neben der Psychotherapiesupervision regelmäßig professionelle Berater bzw. Supervisoren der unterschiedlichsten Art in Anspruch: Anwälte bei juristischen Probleme, Architekten beim Hausbau, Mediatoren bei Scheidungsfragen, Pädagogen in der Laufbahnberatung, Steuerberater bei Finanzierungsproblemen usw.

Warum eigentlich keine Patienten-Beratung und Supervision durch Psychotherapeuten zur sachlichen Problemlösung und Hilfe bei interaktionellen Problemen, die Patienten mit anderen Menschen haben? Warum müssen sich eigentlich alle Psychotherapie-Patienten immer wieder und ausschließlich einer eigenen Seelenmassage unterziehen? Nur weil dies dem herkömmlichen Therapiemodell am besten entspricht? Vielleicht kommt sogar diese Psychotherapie-Modell langsam in die Jahre. Sicher ist nur so viel: Angesichts der nach wie vor begrenzten Therapieerfolge sind Alternativen zwingend notwendig.

Dialogische Psychotherapie jedenfalls, die nur und ausschließlich als beziehungsdeutende Tätigkeit stattfindet, ist in vielen Fällen ungeeignet. Dass der Psychotherapeut auf eine empathische Zuhörerrolle im Lehnstuhl festgelegt ist, ergibt sich nur aus dem tradierten Couch-Modell und einem möglicherweise völlig unsinnigen 45-Minuten-Rhythmus einer Privatpraxis.

Psychotherapeuten könnten aus langjährig erprobten und ebenfalls gut evaluierten Konzepten unterschiedlicher Professionen im Beratungssektor für die Arbeit mit Patienten viel Gewinn ziehen (Fiedler, 1996). Beratungsstunden für Patienten zwecks Konfliktmanagement und Konfliktbewältigung könnten z.B. gelegentlich nur jeweils zwanzig oder dreißig Minuten dauern. Und manchmal, wenn es besonders dringlich ist, müssten zwei oder gar drei Beratungsstunden in Folge eingeplant werden. Das heißt: Krisen- und Konfliktberatung erfordert mehr Flexibilität. Dass 45 Minuten als idealer Zeittakt für eine Psychotherapiesitzung zu gelten habe, ist seit Freud selten kritisch hinterfragt worden. Warum eigentlich nicht?

Genau an dieser Stelle kamen jetzt einige in der Supervisionsgruppe fast erwartungsgemäß mit der Frage: „Ja, und wird das dann von der Krankenkasse bezahlt?“

Auch darauf gibt es nur eine einzige Antwort. Wenn Psychotherapie in herkömmlicher Form Grenzen hat und alternative Strategien wirkungsvoller, ökonomischer und damit effektiver sind als diejenigen, die in den Psychotherapierichtlinien der Kassen festgeschrieben wurden, dann gilt es *zwingend*, diese besseren Formen so schnell wie möglich zu etablieren. Mit der verhaltenstherapeutischen Expositionstherapie bei Ängsten und Phobien, die gelegentlich mehrere Zeitstunden erfordern, sind entsprechende Änderungen schon erfolgreich vorbereitet worden.

Übrigens wäre unser Beispielpatient *nur zu gern bereit*, für eine gute professionelle Beratung selbst zu zahlen. Ist es nicht bereits makaber zu nennen, wie sehr wir uns inzwischen an therapieschulenspezifische und methodenbedingte Therapie- und Professions-Stereotype gewöhnt haben – und diese dann auch noch zu allem Hohn gegenüber alternativen Vorstellungen anderer Therapieschulen verbissen verteidigen, dies selbst dann noch, wenn Empirie und Nachfrage endlich auf eine Etablierung alternativer Psychotherapieformen drängen. Nochmals:

Beratung und Supervision von Klienten gilt außerhalb der Psychotherapie als hochgradig effektives Verfahren (vgl. Hörmann & Nestmann, 1988; Nestmann, 1997; Amann & Wipplinger, 1998). Veränderungen in diese Richtung könnten übrigens zwanglos an Konzepte der Selbstmanagement-Therapie anschließen, wie sie seit Jahren in der

Verhaltenstherapie fortentwickelt werden (*Kanfer, Reinecker & Schmelzer, 1991*; vgl. auch das Konzept der verhaltenstherapeutischen Beratung bei *Fiedler, 1996*).

Psychotherapeuten sollten fachkundige Beratung von Patienten nicht anderen Professionen überlassen! Psychosoziales Konfliktmanagement in der Form einer Patientenberatung, Patientenschulung oder Patientensupervision ist für viele Probleme, die persönlichkeitsgestörte Menschen haben, ein hochgradig interessanter „Therapieansatz“. Viele interaktionelle Probleme, über die Therapeuten angesichts bestehender Persönlichkeitsstörungen berichten, begründen sich schlicht damit, dass die Patienten zunächst nicht bereit sind, über eigene Unzulänglichkeiten zu berichten. Sehr wohl möchten viele von ihnen, dass sich etwas in ihrem Lebensumfeld ändert.

Therapeuten sind gut beraten, ihre Patienten darin zu unterstützen, aktiv Veränderungen in ihrem Alltagsbeziehungen vorzunehmen. Dass Patienten in einer solchen Patientenschulung von ihren Therapeuten ausschließlich Strategien vermittelt bekommen, die ethisch verantwortbar sind, ist selbstverständlich. Dass Patienten sich bei Anwendung dieser Strategien möglicherweise *selbst* in ihrem Alltagsverhalten ändern (müssen), ist eine wünschenswerte Nebenwirkung von Beratung und Supervision. Für die laufende Beratungs-Behandlung selbst ist dieser Effekt jedoch zunächst von nur sekundärer Bedeutung.

Eine solche Beratungs-Perspektive bedeutet *kein* eklektisches Handeln, sondern es erfordert wie die Psychotherapie ein inhaltlich gut, nämlich phänomenologisch wie ätiologisch begründetes Vorgehen (*Fiedler, 1996*). Psychotherapeuten sind *per definitionem* Experten für ein *psychosoziales Problem- und Konfliktmanagement*. Sie werden ihren Beruf um so besser ausfüllen können, je mehr Wissen sie über die Möglichkeiten und Grenzen eines solchen psychosozialen Problemmanagements erworben haben.

Fachkundige Patientenberatung und Patientensupervision sollten als weitere neben vielen Psychotherapiemethoden auf der Grundlage einer guten Therapieausbildung zukünftig zwingend dazu gehören!

6 Epilog

Fallbeispiel, Teil 3

„Es ist schön, dass Sie da sind. Wir fangen sofort an!“

Mit diesen Worten eröffnete die Therapeutin die nächste Sitzung mit ihrem Patienten. Und nachdem dieser gefragt hatte, was sie sich denn in der Zwischenzeit überlegt habe, antwortete sie:

„Ich habe mir überlegt, dass wir diese und die nächsten Sitzungen ganz ähnlich gestalten wie die Supervision, der ich mich regelmäßig unterziehe, um mit Kollegen und einem Supervisor zusammen über schwierige Fälle zu sprechen. Auch wir Therapeuten haben es gelegentlich mit Menschen zu tun, die sich uns aus den verschiedensten Gründen verschließen.“

Ein Ziel könnte sein, dass ich Sie mit unterschiedlichen Möglichkeiten vertraut mache, die wir Psychotherapeuten kennen, um mit Krisen ihrer Art umzugehen, also wenn Patienten plötzlich und aus unerfindlichen Gründen ihre Mitarbeit

verweigern. Es gibt eine ganze Reihe von Möglichkeiten und Strategien, die wir inzwischen kennen und nutzen. Über diese Möglichkeiten könnte ich Sie in Kenntnis setzen, wenn Sie wollen?“

Und als der Patient diesem zustimmte, fuhr sie fort...

„Dazu benötige ich jetzt noch eine Reihe von Informationen, um Ihnen gezielter mit Ratschlägen zur Seite stehen zu können. Vielleicht beginnen Sie einfach nochmals damit, mir einige prototypische Situationen zu schildern, die in letzter Zeit zwischen Ihnen und Ihrer Frau aufgetreten sind...“

Und dann machte die Therapeutin den Patienten zum Co-Therapeuten. Und die Psychotherapie selbst verwandelte sich in eine Supervision, in der sachliche Beratung und die Einübung sozialer Kompetenzen eine wesentliche Rolle spielten.

Genau dies ist eine weitere Möglichkeit, wie sie in diesem Buch als Strategie des *psychosozialen Konfliktmanagements* verstanden wird. Die konkreten Handlungsstrategien, die die Therapeutin mit ihrem „Supervisanden“ in den Folgewochen entwickelte, werden teilweise auch noch im nachfolgenden Kapitel 8 (*Fiedler, 2000*) ausführlicher dargestellt, weshalb wir an dieser Stelle nicht weiter darauf eingehen.

Nur eines soll noch angefügt werden:

Es handelt sich dabei um den Teil eines Berichtes, den die Therapeutin in einer weiteren Gruppensupervision zwei Monate später abgab.

In den ersten Sitzungen hatte die Therapeutin versucht, den Patienten „Verstehen“ und „Empathie“ als grundlegende Interaktionsstrategie zu vermitteln – motiviert u.a. mit dem Hinweis, dass sich andere Menschen leichter öffnen, wenn sie sich zuvor gut verstanden fühlten. Das könnte auch bei seiner Ehefrau möglich sein. Die Vermittlung von Empathie-Kompetenzen wird übrigens von verschiedenen Autoren bei narzisstischen Persönlichkeiten empfohlen, da ein Hauptmerkmal dieser Störung in einem Mangel an Empathie besteht (vgl. *Turkat, 1990*).

Als viel bedeutsamer für das weitere Vorgehen erwies sich jedoch eine Geschichte, die der Patient in der vorausgehenden Woche erzählte. Nachdem er versucht habe, einführender auf seine Frau einzugehen, habe diese ihm gestanden, dass sie vor Monaten eine einmalige sexuelle Beziehung zu einem anderen Mann gehabt habe.

Nun hatten sich beide Partner zu Beginn ihrer Partnerschaft geschworen, niemals eine Außenbeziehung einzugehen. Dieser Schwur sei bei der Eheschließung erneuert und dahingehend verschärft worden, dass eine Nebenbeziehung gleichsam das Ende der Ehe bedeute.

Nachdem sie sich durch einen gemeinsamen Bekannten habe sexuell verführen lassen, habe die Ehefrau nicht mehr gewusst, was sie machen solle. Sie wollte ihren Mann nicht verlieren, weil sie ihn immer noch liebe. So habe sie einfach dicht gemacht.

Der Patient war nach diesem Bericht seiner Frau „völlig aufgelöst“ und „total depressiv“ in die Behandlungssitzung gekommen. Und die Therapeutin hegte die Befürchtung, dass auch seine Neigung zur Suizidalität reaktiviert werden könne.

Genau an dieser Stelle änderte sich der Dienstauftrag in der Therapie, und es begann so etwas wie die persönliche Therapie eines Mannes, der für sich selbst in-

zwischen sogar die Diagnose einer narzisstischen Persönlichkeitsstörung akzeptieren konnte, nachdem die Therapeutin ihn damit vertraut gemacht hatte, welches Störungsverständnis sich mit diesem Konzept verbindet und welche Behandlungsperspektiven sich damit verknüpfen. Nach der bisherigen „Supervision“ des Patienten jedenfalls folgte jetzt – in der persönlichen Krise – ein Zurückschalten in die übliche Psychotherapiestrategie: eine empathische Gesprächsstrategie, die es dem Patienten ermöglichen sollte, sich über die Bedingungen seiner jetzigen Verfassung in Ruhe Klarheit zu verschaffen.

Zusammenfassung

In Psychotherapie und Beratung kommt es immer wieder einmal zu Begegnungen mit Patienten bzw. Klienten, die in ihren zwischenmenschlichen Kontakten Störungen provozieren, ohne selbst einen inneren Zugang zur Mitbeteiligung an den sich daraus ergebenden Interaktionsproblemen zu finden. Am Beispiel der narzisstischen Persönlichkeitsstörung, bei der solche Störungen häufig auch in der Therapeut-Patient-Beziehung beobachtbar sind, wird Beratung – verstanden als Patientenschulung, Anleitung, Supervision oder Coaching – als ein Erfolg versprechender Weg der Behandlung vorgeschlagen.

Stichworte

Beratung, Psychotherapie, Patientenschulung, narzisstische Persönlichkeitsstörung

Summary

Sometimes patients or clients seeking psychotherapy or counseling provoke conflicts in interpersonal relationships. Often, these patients have no insight regarding their contribution to the resulting interactional problems. In narcissistic personality disorder such interpersonal problems are frequently encountered in therapeutic relationship. Counseling techniques such as patient education, guidance, supervision or coaching are suggested as promising kind of intervention for these patients.

Keywords

Counseling, Psychotherapy, Patient Education, Narcissistic Personality Disorder

Literatur

- Amann, G. & Wipplinger, R. (Hrsg.) (1998) *Gesundheitsförderung. Ein multidimensionales Tätigkeitsfeld*. Tübingen: dgvt-Verlag.
- APA – American Psychiatric Association (1987) *Diagnostic and statistical manual of mental disorders – DSM III-R* (3rd ed.; revised). Washington, DC: American Psychiatric Association. [deutsch (1989) *Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen DSM-III-R*. Weinheim: Beltz].
- APA – American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders – DSM IV* (4th ed.). Washington, DC: American Psychiatric Association. [deutsch (1996). *Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen DSM-IV*. Göttingen: Hogrefe].
- Fiedler, P. (1996) Verhaltenstherapeutische Beratung. In: J. Margraf (Hrsg.) *Lehrbuch der Verhaltenstherapie* (Band 1; S. 423-433). Heidelberg: Springer.
- Fiedler, P. (1998) *Persönlichkeitsstörungen* (4. Aufl.). Weinheim: Psychologie Verlags Union.

- Fiedler, P. (1999) *Dissoziative Störungen und Konversion*. Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Fiedler, P. (2000) *Integrative Psychotherapie bei Persönlichkeitsstörungen*. Göttingen: Hogrefe.
- Hörmann, G. & Nestmann, F. (Hrsg.) (1986) *Handbuch der psychosozialen Intervention*. Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Kanfer, F.H., Reinecker, H. & Schmelzer, D. (1991) *Selbstmanagement-Therapie*. Berlin: Springer.
- Millon, T. (1996) *Disorders of personality. DSM-IV and beyond* (2nd ed.). New York: Wiley.
- Nestmann, F. (Hrsg.) (1997) *Beratung. Bausteine für eine interdisziplinäre Wissenschaft und Praxis*. Tübingen: dgvt-Verlag.
- Task Force on DSM-IV (1991) *DSM-IV option book: Work in progress 9/1/91*. Washington DC: American Psychiatric Association.
- Turkat, I.D. (1990) *The personality disorders. A psychological approach to clinical management*. New York: Pergamon Press. [dt. (1996). *Die Persönlichkeitsstörungen. Ein Leitfaden für die klinische Praxis*. Bern: Huber.]

Prof. Dr. Peter Fiedler, geb. 1945. Studium der Psychologie an der Universität Münster. Seit 1980 Hochschullehrer für Klinische Psychologie und Psychotherapie am Psychologischen Institut der Universität Heidelberg, Arbeitsschwerpunkte: Klinische Emotions- und Persönlichkeitsforschung, Psychotherapie-Prozessforschung. Forschungsarbeiten und Buchpublikationen zur Ätiologie und psychotherapeutischen Behandlung bei Stottern, Schizophrenie, Depression, Dissoziativen und Persönlichkeitsstörungen sowie zur Verhaltenstherapie in und mit Gruppen.

Psychologisches Institut, Klinische Psychologie, Universität Heidelberg, Hauptstr. 47-51, 69117 Heidelberg