

6 Verhaltensbezogenes Training

Glück ist die Folge einer Tätigkeit.

Aristoteles

6.1 Einführung

Die Psychotherapie narzisstischer Patienten kann und sollte sich nicht in der Klärung der doppelten Selbstwertregulation, der Einsicht in das grandiose und das vulnerable Selbst und der Bearbeitung der damit verbundenen kognitiven und emotionalen Themen erschöpfen. Sonst besteht die Gefahr, dass die Patienten zwar eine kritische Einsicht in die Bedingungsfaktoren ihrer Konflikte erreichen, aber dennoch in ihrem Problemverhalten verharren.

Der 32-jährige Patient beschreibt sein Problem zu Beginn der Psychotherapie folgendermaßen: »Ich habe bereits eine zweijährige Psychotherapie gemacht, und ich denke, dass ich verstanden habe, woher das alles bei mir kommt. Aber, ehrlich gesagt, wenn ich in einen Raum mit mehreren Leuten komme, dann denke ich sofort, dass das alles Idioten sind und die mir erst einmal das Gegenteil beweisen müssen. Und dementsprechend verhalte ich mich dann auch. Ich weiß, dass das falsch ist, aber ich komme da einfach nicht raus.«

Die Leiden narzisstischer Patienten resultieren überwiegend aus den Konflikten, die infolge ihrer narzisstischen Verhaltensweisen in ihrem privaten und beruflichen Leben entstehen (Miller et al. 2007; Kealy u. Ogrodniczuk 2011). Somit ist in der Psychotherapie das Ziel einer Verhaltensänderung von großer Bedeutung, auch wenn lange Klärungsphasen und die Arbeit mit und an der therapeutischen Beziehung vorangehen müssen; nicht zuletzt, um die Patienten zu einer aktiven Mitarbeit zu motivieren. Letztlich geht es in der verhaltenstherapeutischen Psychotherapie um die Vermittlung von Kompetenzen des Selbstmanagements, also um die Vermittlung von Strategien und Techniken im Umgang mit Problemsituationen. Mittels dieser neuen Verhaltenskompetenzen sollen die Patienten einen neuen Umgang mit ihren interaktionellen Problemsituationen finden, um eine Stabilisierung und positive Gestaltung ihrer Beziehung zu anderen Menschen zu erreichen.

Da der Patient sämtliche Gespräche mit seinen Erzählungen und seinen Kommentaren dominierte, war er mit der Zeit unter seinen Arbeitskollegen am Mittagstisch nicht mehr gerne gesehen, was diese ihn auch durchaus spüren ließen. Nach der Klärung des Problems erarbeiteten wir Verhaltensänderungen i. S. des aktiven und interessier-

ten Zuhörens. Dies probten wir zunächst im Rollenspiel, und später setzte der Patient dieses Verhalten auch im Zusammensein mit seinen Kollegen um. Hier brauchte er allerdings Selbstberuhigungs- und Selbstinstruktionsstrategien, um nicht in sein altes Verhalten zurückzufallen.

Aus der Klärung der doppelten Selbstwertregulation und der Analyse von bislang vermiedenen adaptiven Bedürfnissen sollten sich konkrete und positive Ziele ergeben haben (► Kap. 3). Diese Ziele sollten ihre wesentliche Begründung in adaptiven Bedürfnissen des Patienten haben, denn die Aussicht auf deren Befriedigung gibt dem Patienten die notwendige Motivation für die Anstrengungen einer Verhaltensänderung.

Der Patient haderte in der Beziehung zu seiner Freundin mit seinem leicht zu aktivierenden »Kampfmodus« (Wut und Aggression) und seinem notorischen Fremdgehen. Deutlich wurde in der Therapie aber auch sein Bedürfnis nach einer stabilen Beziehung, die seine Sehnsucht nach Heimat und Geborgenheit befriedigen würde. Des Weiteren konnten wir in der Therapie Schuldgefühle in Bezug auf seine Untreue herausarbeiten. Er war bereit, sein Bedürfnis nach sexuellen Abenteuern dem Bedürfnis nach einer stabilen Beziehung unterzuordnen, und erkannte seinen Kampfmodus als Zeichen seiner leichten Beschämbarkeit. Somit definierten wir für den weiteren Verlauf der Therapie verhaltensbezogene Ziele i. S. einer Reduktion seines ärgerlichen und aggressiven Verhaltens und einer Beendigung seines Fremdgehens. Der Patient erlernte Strategien zur Regulation von Wut, und wir erarbeiten einen Plan, wie er sich von seinen diversen Sexualpartnerinnen lossagen und gleichzeitig die Beziehung zu seiner Freundin intensivieren konnte.

Die generellen Ziele des verhaltensbezogenen Teils der Therapie narzisstischer Patienten sind:

- Verhaltensänderung für individuelle Problemsituationen
- Verbesserung sozialer Kompetenzen und Training prosozialer Verhaltensweisen
- Abbau von leistungsbezogenem Verhalten zugunsten lustbetonter Verhaltensweisen (bei erfolgreichen narzisstischen Patienten)
- Aufbau von leistungsbezogenen bzw. selbstwertstabilisierenden Verhalten (bei gescheiterten oder erfolglosen narzisstischen Patienten)
- Aufbau von persönlichen Interessen und Hobbys

6.2 Motivation zur Verhaltensänderung

Die Motivation der Patienten zu einer Verhaltensänderung hängt u. a. von den folgenden Punkten ab:

1. Die bislang verdeckten adaptiven Bedürfnisse müssen geklärt worden sein.
2. Da die Arbeit an einer Verhaltensänderung für die Patienten sehr fordernd ist, benötigt sie die Grundlage einer tragfähigen therapeutischen Beziehung.
3. Nach dem Primat der Ressourcenaktivierung sollte man zuerst versuchen, kompetente Verhaltensweisen aus der Vergangenheit zu suchen, anhand derer dann ein erwünschtes Verhalten exemplarisch definiert werden kann.
4. Ein Ziel vieler narzisstischer Patienten ist es, selbstsicher und stark zu sein, weil sie den Kontakt mit ihrem vulnerablen Selbst vermeiden wollen. Deswegen ist es paradox und kaum Erfolg versprechend, sie durch die Aufforderung zu motivieren, dass sie auch Schwächen zulassen müssen. Vielmehr ist es für diese Patienten motivierend, bezüglich ihrer selbst erlebten sozialen Defizite die Aussicht zu haben, kompetenter im Auftreten und Eigenerleben zu werden. Hierzu muss man wissen, dass die Patienten ihr sozial inkompetentes Verhalten (Wut, Aggressivität, Abwertung) durchaus als Schwäche erleben, auch wenn sie dies nicht unmittelbar zum Ausdruck bringen. Dass zu einer höheren sozialen Kompetenz eventuell auch das Zulassen von Schwäche, Unsicherheit oder Hilfebedürftigkeit gehört, kann später thematisiert werden.
5. Viele Patienten befürchten, dass sie durch solche Verhaltensänderungen »normal« bzw. »durchschnittlich« werden könnten; dass es also darum ginge, ihre Maske gänzlich abzulegen und einem bislang verborgenen Ich folgen zu müssen, mit dem in Kontakt zu kommen sie bisher vermieden haben, das sie folglich nicht gut kennen, dem sie nicht vertrauen und das schambesetzt ist. Aus diesem Grunde sollte ein Störungsmodell vermittelt werden, das von einer in weiten Teilen gesunden und durch ihre narzisstischen Züge auch besonderen und faszinierenden Persönlichkeit ausgeht (90:10-Regel). Es kann in der Therapie nicht darum gehen, diese Persönlichkeit grundlegend ändern zu wollen, sondern alleine darum, leiderzeugende Verhaltensdefizite und -exzesse korrigierend zu bearbeiten. Auch ist die Vorstellung eines »realen« Selbst, das sich hinter der narzisstischen Maske verbirgt, nicht zutreffend; das maskenhafte, die Selbstpräsentation im Kontakt mit anderen Menschen ist Teil der menschlichen Realität, und es ist kein adäquates Ziel, »man selbst« werden zu wollen, indem man nur noch über seine verborgenen Bedürfnisse und Motive kommuniziert (Goffman 2003).
6. Auch die therapeutische Selbstenthüllung des Therapeuten i. S. eines Modells für soziale Kompetenzstrategien wirkt motivierend. Ein adäquates Rollen- und Verhaltensmodell ist für narzisstische Patienten sehr wichtig, da ihnen solche Modelle in der Kindheit und Jugend oft gefehlt haben. Ein gutes Rollenmodell muss als Person generell akzeptabel sein, adaptive Werte und Ziele vertreten, empathiefähig Emotionen und Bedürfnisse anderer respektieren und einen adäquaten Umgang mit den eigenen Bedürfnissen, Misser-