

Claas-Hinrich Lammers



# Psychotherapie narzisstisch gestörter Patienten

Ein verhaltenstherapeutisch orientierter Ansatz

Unter Mitarbeit von Gitta Jacob und Gunnar Eismann

 Schattauer

Claas-Hinrich Lammers

# **Psychotherapie narzisstisch gestörter Patienten**

---

Für Annabelle und Francine, die wichtiger als jedes Buch sind und mich folglich jahrelang vom Schreiben dieses Buches ferngehalten haben, ohne dass ich es gemerkt hätte.

---

Claas-Hinrich Lammers

# Psychotherapie narzisstisch gestörter Patienten

---

Ein verhaltenstherapeutisch orientierter Ansatz

Unter Mitarbeit von  
Gitta Jacob und Gunnar Eismann

Mit 9 Abbildungen, 3 Tabellen  
und 8 Arbeitsblättern



**Prof. Dr. Claas-Hinrich Lammers**

Ärztlicher Direktor

Chefarzt der I. und III. Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie

Asklepios Klinik Nord - Ochsenzoll

Langenhorner Chaussee 560

22419 Hamburg

c.lammers@asklepios.com

www.asklepios.com

**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.

**Besonderer Hinweis:**

Die Medizin unterliegt einem fortwährenden Entwicklungsprozess, sodass alle Angaben, insbesondere zu diagnostischen und therapeutischen Verfahren, immer nur dem Wissensstand zum Zeitpunkt der Drucklegung des Buches entsprechen können. Hinsichtlich der angegebenen Empfehlungen zur Therapie und der Auswahl sowie Dosierung von Medikamenten wurde die größtmögliche Sorgfalt beachtet. Gleichwohl werden die Benutzer aufgefordert, die Beipackzettel und Fachinformationen der Hersteller zur Kontrolle heranzuziehen und im Zweifelsfall einen Spezialisten zu konsultieren. Fragliche Unstimmigkeiten sollten bitte im allgemeinen Interesse dem Verlag mitgeteilt werden. Der Benutzer selbst bleibt verantwortlich für jede diagnostische oder therapeutische Applikation, Medikation und Dosierung.

In diesem Buch sind eingetragene Warenzeichen (geschützte Warennamen) nicht besonders kenntlich gemacht. Es kann also aus dem Fehlen eines entsprechenden Hinweises nicht geschlossen werden, dass es sich um einen freien Warennamen handelt.

Das Werk mit allen seinen Teilen ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der Bestimmungen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne schriftliche Zustimmung des Verlages unzulässig und strafbar. Kein Teil des Werkes darf in irgendeiner Form ohne schriftliche Genehmigung des Verlages reproduziert werden.

© 2015 by Schattauer GmbH, Hölderlinstraße 3, 70174 Stuttgart, Germany

E-Mail: [info@schattauer.de](mailto:info@schattauer.de)

Internet: [www.schattauer.de](http://www.schattauer.de)

Printed in Germany

Projektleitung: Nadja Urbani

Lektorat: Volker Drüke

Umschlagabbildung: Magritte, René: La reproduction interdite. © VG Bild-Kunst, Bonn 2014

Grafikvorlagen: Michael Sauer

Satz: Stahlinger Satz GmbH, 35305 Grünberg

Druck und Einband: Himmer AG, 86167 Augsburg

Auch als eBook erhältlich:

ISBN 978-3-7945-6903-8

ISBN 978-3-7945-2600-0

## Prolog – Dank

Ich lernte atmen, ich ordnete mich ein und erfüllte das eigne Maß.

*Albert Camus „Hochzeit in Tipasa“*

Da ich selber meiner Erinnerung nach noch nie ein Vorwort bzw. einen Prolog gelesen habe, möchte ich auf Selbiges auch an dieser Stelle verzichten.

Erwähnt seien an dessen Stelle die Therapieforscher, ohne deren Werke dieses Buch nie hätte entstehen können (in alphabetischer Reihenfolge):

Aaron Beck  
John Fiscalini  
Klaus Grawe  
Leslie Greenberg  
Otto F. Kernberg  
Heinz Kohut  
Rainer Sachse  
Jeffrey Young

Außerdem geht mein ewiger Dank an meine Eltern Wulf und Inka Lammers für ihre Liebe und Akzeptanz.

This page intentionally left blank

# Inhalt

<b>1</b>	<b>Narzissmus: Psychopathologie und Psychologie</b>	<b>3</b>
<b>1.1</b>	<b>Der Begriff »Narzissmus«: Geschichte und heutige Verwendung</b>	<b>3</b>
<b>1.2</b>	<b>Klassifikation und Diagnostik</b>	<b>4</b>
1.2.1	Kategoriales vs. dimensionales Konzept der Narzisstischen Persönlichkeitsstörung	5
<b>1.3</b>	<b>Differenzialdiagnosen und Komorbidität</b>	<b>8</b>
<b>1.4</b>	<b>Epidemiologie</b>	<b>9</b>
<b>1.5</b>	<b>Subtypen der narzisstischen Störung – grandios versus vulnerabel</b>	<b>10</b>
<b>1.6</b>	<b>Erfolgreiche, gescheiterte und erfolglose narzisstische Patienten</b>	<b>12</b>
<b>1.7</b>	<b>Entwicklungs- und Störungsmodelle des Narzissmus</b>	<b>15</b>
<b>1.8</b>	<b>Narzissmus als Persönlichkeitsdimension</b>	<b>19</b>
<b>1.9</b>	<b>Psychodynamik des Narzissmus</b>	<b>21</b>
<b>1.10</b>	<b>Aspekte der narzisstischen Störung und der therapeutischen Arbeit</b>	<b>26</b>
1.10.1	Bedürfnisse	26
1.10.2	Selbstwertregulation	27
1.10.3	Innerer Leere, Langeweile und Sinnlosigkeit	28
1.10.4	Arbeit an der narzisstischen Beziehungsgestaltung	29
1.10.5	Dysfunktionale narzisstische Bewältigungsstrategien	32
1.10.6	Perfektionismus	33
1.10.7	Distanzierung	33
1.10.8	Kontrolle und Dominanz	35
1.10.9	Abwertung, Ärger und Wut	36
1.10.10	Selbstabwertung	37



<b>2</b>	<b>Ziele und Strategien der Therapie narzisstischer Patienten</b>	<b>39</b>
2.1	Bisherige Therapieansätze	39
2.2	Neue Aspekte der Therapie narzisstischer Patienten	41
2.3	Die Grundlagen einer allgemeinen Psychotherapie	42
2.4	Das Leiden narzisstischer Patienten	44
2.5	Therapeutische Ziele	45
2.6	Phasen der Therapie	47
2.7	Bestandteile der Therapie	48
2.7.1	Therapeutische Beziehung	48
2.7.2	Klärung und Bearbeitung der doppelten Selbstwertregulation	49
2.7.3	Arbeit an interaktionellen und prosozialen Verhaltensweisen	50
2.8	Prognose für die Psychotherapie mit narzisstischen Patienten	51
<b>3</b>	<b>Motivation, therapeutisches Bündnis und Therapiebeginn</b>	<b>53</b>
3.1	Motivation	53
3.1.1	Hindernisse für eine Änderungsmotivation	55
3.1.2	Strategien zur Klärung und Förderung der Motivation	57
3.2	Die Passung zwischen Patient und Therapeut	58
3.3	Therapeutisches Bündnis	60
3.3.1	Übereinstimmung in Zielen (Arbeitsbündnis)	61
3.3.2	Umgang mit Schwierigkeiten in der Zieldefinition	64
3.3.3	Übereinstimmung in Aufgaben (Arbeitsbündnis)	65
3.3.4	Affektive Beziehung (Bindung)	67
3.4	Umgang mit Brüchen im therapeutischen Bündnis	68
3.5	Therapiebeginn	69
3.6	Diagnose und Motivation	72
3.7	Therapienachfrage aufgrund komorbider Erkrankungen	73
3.8	Die narzisstische Krise	76
3.9	Suizidalität	80

3.10	<b>Fremdmotivierte Therapienachfrage</b>	82
3.11	<b>Therapieabbruch</b>	83
<b>4</b>	<b>Die therapeutische Beziehung</b>	<b>87</b>
4.1	<b>Einleitung</b>	87
4.2	<b>Narzisstische Patienten und die therapeutische Beziehung</b>	89
4.3	<b>Der Psychotherapeut und narzisstische Patienten</b>	91
4.4	<b>Die angemessene therapeutische Beziehungsgestaltung</b>	93
4.5	<b>Charakteristika der therapeutischen Beziehungsgestaltung</b>	94
4.5.1	Eine individuelle und engagierte Beziehung	95
4.5.2	Kongruenz und Echtheit des Therapeuten	97
4.5.3	Ressourcenaktivierung	102
4.5.4	Empathie und Validierung	105
4.5.5	Empathische Konfrontation	106
4.5.6	Die komplementäre Beziehungsgestaltung	110
4.5.7	Problemaktualisierung, -bearbeitung und -lösung in der therapeutischen Beziehung	112
4.6	<b>Übertragung – die Problemaktualisierung in der therapeutischen Beziehung</b>	114
4.7	<b>Gegenübertragung</b>	120
4.7.1	Junge Therapeuten	122
4.7.2	Sexualisierung der therapeutischen Beziehung	123
<b>5</b>	<b>Die Arbeit an der doppelten Selbstwertregulation</b>	<b>127</b>
5.1	<b>Selbst und Selbstwert</b>	127
5.2	<b>Ziele der Arbeit an der doppelten Selbstwertregulation</b>	128
5.3	<b>Klärung der doppelten Selbstwertregulation (Schemaklärung)</b>	129
5.3.1	Der problemfokussierte Zugang	133
5.4	<b>Analyse von dysfunktionalen Kognitionen</b>	136
5.4.1	Klärung über die Fokussierung auf Emotionen	137
5.4.2	Klärung über die biographische Arbeit	140

5.4.3	Klärung über die Psychoedukation _____	142
5.4.4	Klärung über die therapeutische Beziehung _____	143
<b>5.5</b>	<b>Veränderungsorientierte Arbeit an der doppelten Selbstwertregulation</b> _____	<b>143</b>
<b>5.6</b>	<b>Die Distanzierung vom Größenselbst</b> _____	<b>144</b>
<b>5.7</b>	<b>Kognitive Arbeit an Grundannahmen, konditionalen Annahmen und automatischen Gedanken</b> _____	<b>148</b>
<b>5.8</b>	<b>Bearbeitung der Scham</b> _____	<b>152</b>
5.8.1	Kognitive Bearbeitung der Scham: Grundannahmen, konditionale Annahmen und Biographie _____	154
5.8.2	Die kognitive Arbeit mit Selbstanteilen _____	157
5.8.3	Bearbeitung von Scham durch Stuhl-Dialoge _____	159
5.8.4	Emotionsregulation der Scham _____	163
<b>5.9</b>	<b>Arbeit an Bedürfnissen</b> _____	<b>167</b>
5.9.1	Das Bedürfnis nach Bindung _____	168
5.9.2	Das Bedürfnis nach kreativem Selbstausdruck, Entspannung und Spiel ____	173
<b>6</b>	<b>Verhaltensbezogenes Training</b> _____	<b>175</b>
<b>6.1</b>	<b>Einführung</b> _____	<b>175</b>
<b>6.2</b>	<b>Motivation zur Verhaltensänderung</b> _____	<b>177</b>
<b>6.3</b>	<b>Interaktionelle Situationsanalyse</b> _____	<b>178</b>
6.3.1	Objektive Beschreibung der Interaktion _____	179
6.3.2	Gedankliche Bewertungen in der interaktionellen Situation _____	180
6.3.3	Bedürfnisse in der interaktionellen Situation _____	181
6.3.4	Gedankliche Bewertungen und Bedürfnisse des anderen in der interaktionellen Situation _____	182
6.3.5	Auswirkung des Verhaltens der Patienten in der Interaktion _____	184
6.3.6	Erwünschtes Ergebnis der Interaktion _____	185
6.3.7	Welche neuen Bewertungen und neuen Verhaltensweisen wären für den gewünschten Ausgang zielführend? _____	186
<b>6.4</b>	<b>Verhaltenstraining von sozialen Kompetenzen und prosozialen Verhaltensweisen</b> _____	<b>187</b>
6.4.1	Erlernen von prosozialen Verhaltensweisen _____	192

<b>6.5</b>	<b>Arbeit an Kränkung, Ärger, Wut und Aggression</b>	_____	195
6.5.1	Die Problematik und Funktionalität von Kränkung, Ärger und Wut	_____	195
6.5.2	Motivation zur korrigierenden Arbeit an Ärger, Wut und Aggression	__	198
<b>6.6</b>	<b>Abbau und Aufbau von leistungsbezogenem Verhalten</b>	_____	206
6.6.1	Senkung des leistungsbezogenen Verhaltens bei erfolgreichen narzisstischen Patienten	_____	207
6.6.2	Arbeit am leistungsbezogenen bzw. selbstwertstabilisierenden Verhalten bei erfolglosen bzw. scheiternden narzisstischen Patienten	__	208
<b>7</b>	<b>Die innere Leere, Langeweile und das Gefühl der Sinnlosigkeit</b>	_____	215
<b>7.1</b>	<b>Die Problematik</b>	_____	215
7.1.1	Intrinsische und extrinsische Motivation	_____	218
7.1.2	Dysfunktionale Bewältigungsstrategien	_____	221
<b>7.2</b>	<b>Therapeutische Strategien</b>	_____	223
7.2.1	Klärung der Identitätsdiffusion	_____	224
7.2.2	Klärung der Frage nach dem Sinn	_____	225
7.2.3	Reduktion des rastlosen Ablenkungs- und Vermeidungsverhaltens	_____	227
7.2.4	Interessen und Hobbys	_____	231
7.2.5	Kontakt mit anderen Menschen	_____	232
<b>7.3</b>	<b>Die Arbeit an der inneren Leere, der Langeweile und dem Gefühl der Sinnlosigkeit</b>	_____	236
<b>8</b>	<b>Gegen die Psychopathologisierung des Alltags – Der Missbrauch des Wortes »Narzissmus«</b>	_____	239
<b>8.1</b>	<b>Die Verwendung des Wortes »Narzissmus«</b>	_____	240
<b>8.2</b>	<b>Die Wissenschaft von der angeblich narzisstischen Gesellschaft</b>	_____	245
<b>Literatur</b>	_____		255

<b>Arbeitsblätter</b>	267
Arbeitsblatt 1 <b>Konflikte</b>	267
Arbeitsblatt 2 <b>Biographische Einflüsse</b>	268
Arbeitsblatt 3 <b>Bearbeitung dysfunktionaler Kognitionen</b>	269
Arbeitsblatt 4 <b>Emotionsanalyse der Scham</b>	270
Arbeitsblatt 5 <b>Interaktionelle Situationsanalyse</b>	271
Arbeitsblatt 6 <b>Emotionsanalyse für Ärger</b>	272
Arbeitsblatt 7 <b>Innere Leere und Langeweile</b>	273
Arbeitsblatt 8 <b>Gewichtung von Werten</b>	274
<b>Sachverzeichnis</b>	275

»Wenn du einmal klingelst«, sagte Karlsson, »dann heißt das: Komm sofort her, und wenn du zweimal klingelst, dann heißt das: Komm unter keinen Umständen her, und dreimal soll heißen: Denk nur, dass es einen auf der Welt gibt, der so schön und grundgescheit und gerade richtig dick und mutig und in jeder Weise in Ordnung ist wie du, Karlsson.«

»Weshalb soll ich deswegen klingeln?« fragte Lillebror.

»Na, man muss seinen Freunden so etwa alle fünf Minuten freundliche und aufmunternde Sachen sagen, und so oft kann ich hier nicht angerannt kommen, das musst du schließlich begreifen.«

Lillebror betrachtete Karlsson nachdenklich. »Ich bin doch dein Freund, nicht? Aber so viel ich weiß, sagst du so etwas nie zu mir!«

Da lachte Karlsson. »Da ist ja wohl ein Unterschied. Du, du bist doch nur ein kleiner dummer Junge.«

Lillebror nickte. Er wusste, Karlsson hatte Recht. »Aber du magst mich jedenfalls trotzdem?«

»Ja, tatsächlich, das tue ich«, versicherte Karlsson ihm. »Ich weiß selbst nicht, wieso, aber ich grübele immer darüber nach, wenn ich nachmittags schlaflos liege.«

*Astrid Lindgren, »Karlsson vom Dach« (© Verlag Friedrich Oetinger, Hamburg)*

This page intentionally left blank

# 1 Narzissmus: Psychopathologie und Psychologie

Mir scheint, dass die Nährmutter der allerirrigsten Meinungen, der öffentlichen wie der privaten, die allzu gute Meinung des Menschen über sich selbst ist.

*Michel de Montaigne*

## 1.1 Der Begriff »Narzissmus«: Geschichte und heutige Verwendung

Der Begriff »Narzissmus« als Bezeichnung einer selbstbezogenen und selbstüberschätzenden Persönlichkeitseigenschaft wurde erstmals 1898 von Havelock Ellis für einen Mann mit ausgeprägten autoerotischen Verhaltensweisen benutzt. Es ist festzuhalten, dass mit dem Begriff »Narzissmus« keine Krankheit, sondern eher eine Variante der normalen Persönlichkeit beschrieben wurde. Im Anschluss an Ellis beschäftigte sich Otto Rank (1911) mit diesem Begriff und verknüpfte ihn erstmals mit Eigenschaften wie Eitelkeit und Selbstbezogenheit sowie mit deren Funktion als Abwehrstrategie gegen problematische Selbsteile. Auch Rank sah diese Form des »Narzissmus« als Teil der normalen menschlichen Entwicklung an. Sigmund Freud (1914) übernahm von Otto Rank den Begriff des »Narzissmus« für eine Phase der normalen kindlichen Entwicklung vom Autoerotismus zur Objektliebe, obgleich er narzisstische Eigenschaften bereits als dimensionales Konzept mit normalen und krankhaften Ausprägungen verstand. Für ihn war der Narzissmus aber kein Persönlichkeitstypus oder gar eine Persönlichkeitsstörung, sondern eher ein Begriff für einen dynamischen Prozess. Wälder (1925) sprach als Erster von einer narzisstischen Persönlichkeit. Er wies ihr eine Reihe von Eigenschaften und Verhaltensweisen zu, die auch noch in der Konzeption der Narzisstischen Persönlichkeitsstörung (NPS) im DSM-V (APA 2014) zu finden sind: Er beschrieb diese Patienten als überheblich, von sich selbst eingenommen, abwertend und wenig empathiefähig. In der Folge beschrieb auch Freud (1931) einen narzisstischen Charaktertypus mit einem dynamischen Zusammenhang zwischen Narzissmus und Aggressivität in Reaktion auf Kritik, Kränkung oder fehlende Beachtung. Diese Konzeption findet sich auch bei Wilhelm Reich (1933) wieder.

Otto Kernberg (1978) und Heinz Kohut (1976) entwickelten weiterführende Definitionen sowie ätiopathogenetische und psychotherapeutische Konzepte für Patienten mit narzisstischen Persönlichkeitszügen (siehe Abschnitt 1.7 Entwicklungs- und Störungsmodelle). Unter dem Begriff »Narzissmus« subsumierten sie Patienten, die u. a. ein Muster von eigener Großartigkeit und Selbstidealisation haben, ein übermäßiges Bedürfnis nach Bewunderung durch andere Menschen aufweisen, im Kontakt häufig arrogant und überheblich sind und



einen Mangel an Einfühlungsvermögen (Empathie) in andere Personen aufweisen. Kohut war der Erste, der im Verlauf von einer Narzisstischen Persönlichkeitsstörung (NPS) sprach. Er und Kernberg legten die Grundlagen u. a. für die spätere Konzeption der NPS im amerikanischen Diagnostic and Statistical Manual (DSM-III; APA 1980).

Lange Zeit wurde der Begriff des »Narzissmus« synonym mit der NPS als pathologische Abweichung von einer psychischen Normalität benutzt. Seit den 70er-Jahren des 20. Jahrhunderts benutzt jedoch die Sozial- bzw. Persönlichkeitspsychologie den Begriff des »Narzissmus« als Bezeichnung für entsprechende Persönlichkeitseigenschaften bei gesunden Menschen (Ritter u. Lammers 2007). Mittlerweile wird sogar die angeblich pathologisch selbstzentrierte und individualistische Kultur westlicher Gesellschaften als narzisstisch charakterisiert (Lasch 1988; ► Kap. 8).

Heute müssen somit die Begriffe der »NPS« und des »Narzissmus« unterschieden werden. »Narzissmus« lässt sich definieren als Kontinuum von

- gesunden Menschen mit narzisstischen Persönlichkeitsmerkmalen über
- Menschen mit sehr deutlich ausgeprägten und bereits als problematisch anzusehenden narzisstischen Merkmalen (entsprechend einer subsyndromalen Ausprägung einer NPS) bis hin zu
- Patienten mit einer NPS.

## 1.2 Klassifikation und Diagnostik

Die Diagnose der NPS wurde erstmals 1980 im DSM-III (APA 1980) eingeführt, da Psychoanalytiker mit diesem bis dahin inoffiziellen Krankheitskonstrukt sehr intensiv arbeiteten. In den Revisionen des DSM erfuhr der Begriff der NPS immer wieder Veränderungen. Während im DSM-III der sog. vulnerable Pol der NPS (Scham, Einsamkeit, innere Leere; s. S. 10) z. B. mit dem Kriterium der Abhängigkeit von der Meinung anderer zur Regulation des Selbstwertes noch enthalten war, konzentrierten sich das DSM-V (APA 2014) und das DSM-IV in ihren Diagnosekriterien ausschließlich auf den grandiosen Pol der NPS.

Nach dem DSM-V müssen mindestens fünf der folgenden Kriterien für die Diagnose einer NPS erfüllt sein:

Der Patient

1. hat ein grandioses Gefühl der eigenen Wichtigkeit,
2. ist stark eingenommen von Phantasien grenzenlosen Erfolges, Macht, Glanz, Schönheit oder idealer Liebe,
3. glaubt von sich, besonders und einzigartig zu sein und nur von anderen besonderen oder angesehenen Personen (oder Institutionen) verstanden zu werden oder nur mit diesen verkehren zu können,
4. verlangt nach übermäßiger Bewunderung,
5. legt ein Anspruchsdenken an den Tag,

6. ist in zwischenmenschlichen Beziehungen ausbeuterisch,
7. zeigt einen Mangel an Empathie,
8. ist häufig neidisch auf andere oder glaubt, andere seien neidisch auf ihn/sie,
9. zeigt arrogant, überhebliche Verhaltensweisen oder Haltungen.

In der ICD-10 (Dilling et al. 2000) ist die NPS nicht als eigenständige Diagnose aufgeführt, sondern nur in der Kategorie F60.8 (»andere spezifische Persönlichkeitsstörungen«) zu finden. Das Expertengremium der ICD-10 lehnte eine distinkte Diagnose NPS ab, weil diese als unreliabel und kulturabhängig eingeschätzt wurde.

Zur Diagnostik der NPS dienen die Kriterien des DSM-V und das sog. SKID-II Interview (Standardisiertes Klinisches Interview für das DSM; Fydrich et al. 1997) zur Erfassung der Persönlichkeitsstörungen nach DSM-V. Allerdings wird damit, wie erwähnt, der sog. vulnerable Pol des Narzissmus nicht erfasst. Somit erfüllt eine Reihe von Patienten mit eindeutiger Erkrankung im Sinne des Narzissmuskonzeptes nicht die Kriterien einer NPS. Erfahrungsgemäß werden solche Patienten häufig als depressiv, dysthym oder an einer paranoiden oder selbstunsicheren Persönlichkeitsstörung leidend diagnostiziert.

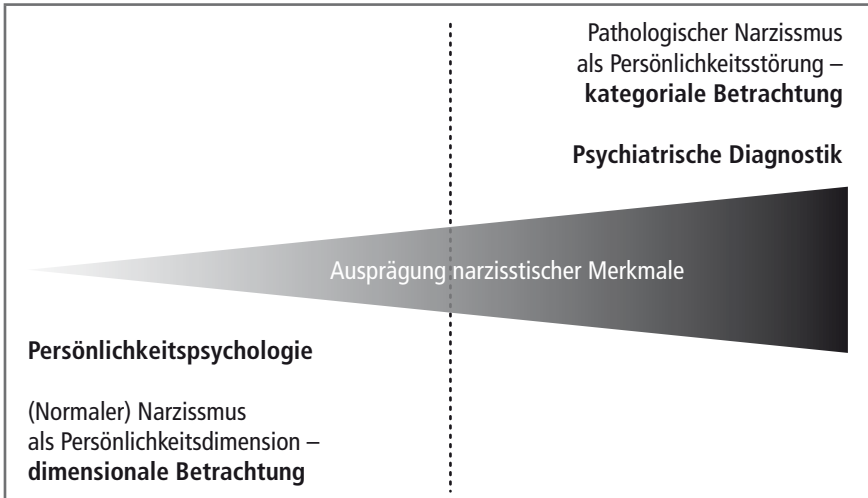
Als weiteres diagnostisches Instrument steht das Narzissmus-Inventar von Denecke und Hilgenstock (1989) zur Verfügung, das sich jedoch nicht an den Kriterien des DSM orientiert. Das Pathological Narcissism Inventory (PNI; Pincus et al. 2009) erfasst auch vulnerable narzisstische Eigenschaften; dieses Instrument wurde jedoch bislang nicht auf Deutsch publiziert.

Anders als die bisher genannten Instrumente erfasst das Narcissistic Personality Inventory (NPI; Raskin u. Hall 1979; s. auch Miller u. Campbell 2011; dt. Schütz et al. 2004) den Narzissmus als normale Persönlichkeitseigenschaft bei gesunden Menschen. Für die Diagnostik einer NPS scheint das NPI nicht geeignet zu sein.

### 1.2.1 Kategoriales vs. dimensionales Konzept der Narzisstischen Persönlichkeitsstörung

Narzissmus als Persönlichkeitsvariable stellt ein dimensionales Konzept dar; jeder Mensch lässt sich anhand seiner individuellen Ausprägung dieser Eigenschaft charakterisieren. Das Konzept der NPS hingegen ist kategorial – ein Mensch hat entweder eine Narzisstische Persönlichkeitsstörung oder er hat keine (Trull u. Durrett 2005). Von vielen Forschern werden derzeit dimensionale Modelle zur Beschreibung der Persönlichkeitspathologie bevorzugt, da diese keine artifizielle (kategoriale) Trennung zwischen gesunden Menschen einerseits und persönlichkeitsgestörten Patienten andererseits vornehmen (Abb. 1-1).

Mit diesem Ansatz, der auch in den Expertengremien für die diagnostischen Systeme DSM und ICD aktuell stark diskutiert wird, kann auf eine kategoriale Diagnose von Persönlichkeitsstörungen verzichtet werden. Er hat den Vorteil, dass es möglich ist, Patienten mit eindeutigen narzisstischen Konflikten zu be-



**Abb. 1-1** Narzissmus als Persönlichkeitsdimension und Persönlichkeitsstörung

schreiben, auch wenn nach den Kriterien des DSM-V keine NPS diagnostiziert werden kann. Die Frage, ab welchem Grad der Ausprägung narzisstischer Eigenschaften die Kriterien einer Pathologie erfüllt sind, wird nach diesem Konzept in der Regel mit Cut-Off-Werten beantwortet, deren Unschärfe jedoch bekannt ist und (mit den statistischen Kriterien der Spezifität und Sensibilität) auch genau beschrieben werden kann. Diese Unschärfe sowie die Möglichkeit von Veränderungen über die Zeit trägt einer Reihe von Problemen Rechnung, die mit der kategorialen Diagnostik der NPS einhergehen. So ist das Leiden für den Betroffenen und/oder seine Umgebung – zentrales Kriterium jeder Persönlichkeitsstörung – abhängig von den jeweiligen Lebensumständen. Ein Mann mit einer hohen Ausprägung narzisstischer Eigenschaften kann sein Leben lang erfolgreich und stabil sein, wenn er z. B. eine Frau hat, die nicht gegen die Persönlichkeit ihres Mannes opponiert bzw. sich zu dieser komplementär verhält. Auch dauerhafte berufliche Erfolge können eine ausreichende psychische Stabilität begünstigen. Doch wenn dieser Mann von seiner Frau verlassen wird oder einen beruflichen Einbruch hinnehmen muss, dann kann eine narzisstische Pathologie auftreten, die bis auf das Lebenszeitkriterium alle Kriterien einer NPS erfüllt. Das vom DSM-V geforderte Zeitkriterium für die Narzisstische Persönlichkeitsstörung, nämlich ein Beginn in der Adoleszenz oder dem frühen Erwachsenenalter und insbesondere eine zeitliche Stabilität der Symptome, sind häufig nicht gegeben (Vater et al. 2014).

In der psychotherapeutischen Praxis sieht man somit regelmäßig Patienten, die zwar aufgrund eines narzisstischen Konfliktes zur Therapie kommen, die allerdings nicht die vom DSM-V geforderte Anzahl von Symptomen zeigen, nicht seit ihrer Jugendzeit offenkundig erkrankt sind und/oder den vulnerablen Typus des Narzissmus aufweisen. Deswegen wird in diesem Buch überwiegend

## 1.2 Klassifikation und Diagnostik

auch von narzisstisch gestörten Patienten und nicht von Patienten mit einer NPS die Rede sein.

Der 52-jährige Schauspieler war lange Zeit in seinem Beruf erfolgreich gewesen und litt an keiner psychischen Erkrankung. Er spielte in einer Soap-Opera mit, wodurch er viel Geld verdiente und zu seiner Freude sogar auf der Straße erkannt wurde. Doch aus einem nicht näher bekannten Grund wurde er aus der Serie »herausgeschrieben«, d. h., sein Engagement wurde seitens des Regisseurs beendet. Im Anschluss hieran fand er nie mehr eine neue große Rolle, und kleinere Rollen lehnte er ab, da diese angeblich seine Karriere gefährden würden. Aktuell war er seit neun Jahren arbeitslos und lebte vom Einkommen seiner Frau. Im Kontakt zu anderen Menschen redete er immer noch von seinen großen Rollen, wertete die gegenwärtige Filmbranche massiv ab und träumte von zukünftigen großen Engagements. Sein Alkoholkonsum hatte stark zu- und die Anzahl an Freunden stark abgenommen. Er wirkte in der Interaktion deutlich narzisstisch, erfüllte zum Zeitpunkt der Untersuchung aber nicht die nötige Kriterienzahl, welche die Diagnose einer NPS nach DSM-V rechtfertigte.

Bisher haben wir Narzissmus als eine Persönlichkeitsvariable oder -dimension betrachtet. Allerdings verweisen tiefenpsychologische Konzepte darauf, dass Narzissmus alleine in Bezug auf narzisstisch gestörte Patienten in drei Formen abgebildet werden kann (Kernberg 2006):

**Narzissmus auf neurotischem Niveau** Diese Patienten haben eine ausreichend stabile Persönlichkeitsstruktur und können durchaus gut angepasst und erfolgreich sein. Das heißt, sie können Beziehungen und berufliche Tätigkeiten aufbauen und halten. Aufgrund ihrer doppelten Selbstwertregulation haben sie jedoch Schwierigkeiten in ihren Beziehungen, weil sie keine dauerhafte Befriedigung daraus ziehen können. Die Pathologie dieser Patienten zeigt sich häufig durch depressive Einbrüche bei partnerschaftlichen Krisen und beruflichen Misserfolgen, die sie mit ihrem vulnerablen Selbst (insbesondere Gefühle von Scham, Einsamkeit und innerer Leere) konfrontieren. Diese Patienten werden am häufigsten beim Psychotherapeuten vorstellig und sind sicherlich auch mit der größten Aussicht auf Erfolg zu therapieren.

**Narzissmus auf Borderline-Niveau (Kernberg 1978)** Diese Patienten sind deutlich schwerer gestört als Patienten auf neurotischem Niveau. Sie haben eine sehr geringe Toleranz für Angstgefühle und eine schlechte Impulskontrolle, neigen zu starken Wutausbrüchen und zeigen eine gravierende Fragmentierung ihrer Persönlichkeitsstruktur. In ihren Beziehungen und ihrem Arbeitsleben treten schwerwiegende Defizite und Probleme auf. Sie gehören zumeist zu den erfolglosen oder gescheiterten narzisstischen Patienten, wie sie von Sachse et al. (2011) beschrieben wurden. Diese Patienten sind deutlich schwerer zu therapieren als die vorgenannten Patienten.

**Maligner Narzissmus** Dies ist die schwerste Form des Narzissmus, geprägt von Dissozialität, Paranoia und Ich-syntoner Aggressivität. Der Übergang zur sog. Psychopathie ist fließend und die Prognose einer Psychotherapie sehr zurückhaltend zu stellen.

### 1.3 Differenzialdiagnosen und Komorbidität

Die wichtigsten differenzialdiagnostischen Überlegungen betreffen zunächst die Abgrenzung zu den verschiedenen anderen Persönlichkeitsstörungen. Diese werden anhand der entsprechenden Kriterien des DSM-V bzw. ICD-10 getroffen. Die folgenden Unterscheidungen sind dabei zentral:

**Dissoziale Persönlichkeitsstörung** Der Patient zeigt, dass er etwas Besonderes ist, und geht davon aus, dass allgemeine Normen und gesellschaftliche Konventionen nicht für ihn gelten. Sein Verhalten geht auf Kosten anderer Menschen, und/oder der Empathiemangel und/oder Feindseligkeit gegenüber anderen steht im Vordergrund. Anders als bei »reinen« narzisstischen Störungen sind hier kriminelle Verhaltensweisen fast schon die Regel.

**Histrionische Persönlichkeitsstörung** Die betroffene Person fühlt sich nur bedeutsam, wenn sie im Mittelpunkt steht. Auffällig ist insbesondere das emotional oberflächliche und dramatische Verhalten. Die Fähigkeit zu vertrauensvollen Beziehungen ist aber durchaus vorhanden. Außerdem sind histrionische Patienten im näheren Kontakt eher anhänglich und hilfebedürftig.

**Borderline-Persönlichkeitsstörung** Es liegt ein starkes Bedürfnis nach unbedingter Zuneigung und interpersoneller Sicherheit bei gleichzeitig autodestruktiven und interpersonell instabilen Verhaltensweisen vor. Es kann zwar starker Ärger gezeigt werden, wenn die Person (vermeintlich) ungerecht behandelt wird – dieser ist jedoch nicht Ausdruck von Grandiosität und einem Anspruch auf besondere Behandlung, sondern entspringt eher dem tiefen Gefühl von Defekthaftigkeit und Abgelehntsein.

**Paranoide Persönlichkeitsstörung** Es überwiegen das Misstrauen und das Gefühl, benachteiligt zu sein oder hintergangen zu werden. Insbesondere narzisstische Patienten vom vulnerablen Typ können Patienten mit einer Paranoiden Persönlichkeitsstörung ähneln, bei welcher jedoch nicht Grandiosität, sondern Misstrauen und eine aggressive Haltung gegenüber anderen im Vordergrund steht.

**Ängstlich-vermeidende Persönlichkeitsstörung** Das Krankheitsbild dieser Persönlichkeitsstörung kann phänomenologisch auf den ersten Blick jenem von

## 1.4 Epidemiologie

vulnerablen narzisstischen Patienten ähneln. Allerdings lassen sich bei den ängstlich-vermeidenden Patienten keine Größenideen, mangelnde Empathie, Abwertung anderer und Anspruchshaltung finden. Sie fühlen sich genuin anderen Menschen unterlegen und weisen somit kein kompensatorisch hohes Selbstwertgefühl auf.

**Zwanghafte (Anankastische) Persönlichkeitsstörung** Die Patienten streben nach Perfektion, zeigen eine übersteigerte Selbstkontrolle und neigen dazu, sich zu verschließen. Im Gegensatz zu narzisstischen Störungen bestehen z. B. eine extreme Sparsamkeit und eine Vernachlässigung von Vergnügungen. Die Patienten sind nicht auf eine unmittelbare Bedürfnisbefriedigung fixiert. Allerdings zeigen Patienten mit Zwanghafter PS insofern narzisstische Züge, als sie überzeugt davon sind, Dinge besser zu erledigen als andere Menschen.

Differenzialdiagnostisch sollte auch die Ähnlichkeit der Symptome von Achse-I-Störungen mit Symptomen der NPS berücksichtigt werden. So kommen z. B. Größenideen auch im Rahmen wahnhafter und affektiver Störungen vor, wie der Schizophrenie, der Manie und einem hypomanischen Syndrom. Die Abgrenzung dieser Erkrankungen zur NPS fällt aber in der Regel nicht schwer. Sehr viel schwieriger ist die Abgrenzung vom vulnerablen Typus der NPS bzw. erfolglosen und gescheitertem Narzissmus von einer chronischen Depression. Häufig wird bei narzisstisch gestörten Patienten, die zunächst fälschlicherweise mit einer chronischen Depression diagnostiziert werden, erst im Verlauf das narzisstische Muster deutlich.

Zudem weisen Patienten mit einer NPS eine Reihe von typischen komorbiden psychischen Störungen auf. Hierzu gehören im Wesentlichen Depressionen, Bipolare Störungen, Somatisierungsstörungen, ADHS und vor allem Abhängigkeitserkrankungen (Ritter et al. 2010; Simonsen u. Simonsen 2011; ► Kap. 3 in diesem Buch).

## 1.4 Epidemiologie

Die Punktprävalenz der NPS in der Allgemeinbevölkerung liegt bei 0,8–1,0 % (Zimmermann u. Coryell 1990; Torgersen et al. 2001), während sich in klinischen Populationen Prävalenzraten von 0,8–5,8 % finden lassen (Ronningstam 2009). Die Lebenszeitprävalenz war nach den Studien von Stinson et al. (2008) 6,2 %, wobei 7,7 % auf Männer und 4,8 % auf Frauen entfielen. Obige Ausführungen lassen jedoch den Schluss zu, dass Patienten mit der subsyndromalen Ausprägung einer NPS (hier narzisstisch gestörte Menschen genannt) und solche mit hochgradig Ich-syntoner NPS in solchen Studien nur unzureichend erfasst und deswegen unterrepräsentiert sind. Zudem zeigen narzisstisch gestörte Patienten oftmals gerade zum Beginn der Psychotherapie eher ihre vulnerable

Seite mit Schamgefühlen, Einsamkeit, innerer Leere, sozialen Ängsten und angepasstem Verhalten; die grandiose Seite kommt oft erst später zum Vorschein. Auch diese Patienten erfüllen daher zu Behandlungsbeginn nicht die Diagnose der NPS. Deswegen kann davon ausgegangen werden, dass die Prävalenz von Patienten mit einer narzisstischen Störung durch Studien auf der Grundlage von DSM-Kriterien unterschätzt wird.

Nach dem DSM-IV sind bis zu 75 % aller narzisstischen Patienten männlichen Geschlechts, was in den meisten Studien bestätigt wird (Lynam u. Widiger 2007; Stinson et al. 2008). Offenbar weisen aber Frauen häufiger den vulnerablen Typ der narzisstischen Störung auf, sodass sie in Studien unterrepräsentiert sind, da hier nur der grandiose Typ der NPS abgebildet wird. Darüber hinaus zeigten Studien einen geschlechtsspezifischen diagnostischen Bias: Fallvignetten von Patientinnen und Patienten mit gleichen NPS-Symptomen führten zu einer häufigeren Diagnose einer NPS bei männlichen Patienten als bei weiblichen Patientinnen, die eher mit einer Histrionischen Persönlichkeitsstörung diagnostiziert wurden (Adler et al. 1990; Jane et al. 2007).

## 1.5 Subtypen der narzisstischen Störung – grandios versus vulnerabel

Bei der Konzeptualisierung der NPS im DSM-V findet durch den rein deskriptiven diagnostischen Ansatz nur die grandiose Form der narzisstischen Störung Beachtung (auch wenn die sog. vulnerable Form des Narzissmus zumindest ergänzend erwähnt wird). Diese Konzeptualisierung der narzisstischen Störung ist aber einseitig und irreführend (Ronningstam 2011). Wie klinisch tätige Psychiater und Psychotherapeuten wissen, ist der **grandiose Typus** nur die bekanntere Facette der narzisstischen Problematik, die offen zum Vorschein kommt, während es einen anderen, gegensätzlichen Pol gibt, der als **vulnerabler Typus** bezeichnet werden kann (Dickinson u. Pincus 2003).

Der vulnerable Typus ist geprägt von hoher Anspannung, Dünnhäutigkeit bzw. Empfindsamkeit, Ängsten in sozialen Beziehungen, sozialer Vermeidung, Schamgefühlen, pathologischer Selbstabwertung, Hilflosigkeit und einem Gefühl der inneren Leere bis hin zur Suizidalität. Dabei weisen diese Patienten gleichzeitig einen extremen Selbstbezug auf, haben Größenphantasien und erwarten eine entsprechende Anerkennung durch andere Menschen; würden sie diese Seite nicht aufweisen, würde man auch kaum von einer narzisstischen Störung sprechen (s. Tab. 1-1). Ihre emotionale Vulnerabilität versuchen die Patienten durch Vermeidung von sozialen Kontakten oder ein betont bescheidenes Verhalten zu regulieren, da sie außerordentlich empfänglich für Kränkungen und Misserfolge sind und bewusst unter Schamgefühlen leiden. Patienten vom vulnerablen Typus erscheinen im Kontakt eher schüchtern, empfindsam und auf den Gesprächspartner bezogen, sind dabei innerlich aber fortlaufend



## 1.5 Subtypen der narzisstischen Störung – grandios versus vulnerabel

mit ihren narzisstischen Phantasien und der Überprüfung der Umwelt auf mögliche Kritik bzw. Kränkungen beschäftigt. Sie fürchten dabei aber nicht die fehlende Akzeptanz durch andere Menschen, sondern vielmehr deren Kritik, Ablehnung und Beschämung. Ihre oberflächliche Schüchternheit, Hilfsbereitschaft und Fokussierung auf das jeweilige Gegenüber sollte aber nicht über die häufig anzutreffende emotionale Kälte bzw. Unbeteiligtheit hinwegtäuschen.

Die 34-jährige attraktive und erfolgreiche Juristin stellte sich wegen Burn-out-Symptomen und psychosomatischen Beschwerden zur Psychotherapie vor. Obwohl sie auf der Arbeit sehr gute Leistungen brachte und immer wieder positive Rückmeldungen und entsprechende Gratifikationen erhielt, fühlte sie sich »nie gut genug«. Wenn eine Kollegin einen Fall gut löste, fühlte sie sich sehr unterlegen und grübelte darüber nach, ob sie selbst das genauso gut gemacht hätte. Der Gedanke, etwas nicht zufriedenstellend zu erledigen, war ihr unerträglich. Deshalb fand sie auch keine Grenze und arbeitete oft bis spät in die Nacht.

In den ersten Sitzungen wirkte die Patientin zunächst verzweifelt, weinte häufig, und ihre Unsicherheit war deutlich wahrnehmbar. Die Therapeutin hatte den Eindruck, dass ihre Versuche, die Qualitäten der Patientin zu betonen und sie zu entängstigen, von ihr kaum wahrgenommen wurden. Dennoch erlebte die Patientin innerhalb der ersten Behandlungswochen durch eine Reduktion der übermäßigen Arbeitszeit sowie die Aufnahme von sportlichen Aktivitäten eine Entlastung von ihrer depressiven Symptomatik. Im Verlauf dieser Entwicklung veränderte sich ihre Interaktion – die Patientin zeigt zunehmend Ärger und lästerte über ihre »übermotivierten« Kolleginnen, die vermutlich nur neidisch darauf seien, dass sie selbst vom Chef bevorzugt würde. Mehr und mehr wurde ihre narzisstische Selbstidealisierung deutlich und es zeigte sich ein deutlicher Zusammenhang mit den beruflichen Schwierigkeiten, welche weniger mit ihrem Perfektionismus als mit ständigen Auseinandersetzungen mit ihren Kollegen zu tun hatte.

Patienten vom vulnerablen Typus werden häufiger als Patienten vom grandiosen Typus beim Psychiater oder Psychotherapeuten vorstellig, und ihre Prognose bezüglich des Erfolges einer Psychotherapie ist vermutlich aussichtsreicher als die von grandios-narzisstischen Patienten (Russ et al. 2008) (► Tab. 1-1).

Ein genauerer Blick legt jedoch nahe, dass es sich bei diesen beiden Typen der narzisstischen Störung nicht um zwei verschiedene Krankheits- und Patientenkategorien handelt, sondern beide Facetten in der Regel bei ein und demselben Patienten auftreten (Ronningstam 2009; Kernberg 2009). Es scheint einen vulnerablen und einen grandiosen Pol des Narzissmus zu geben, zwischen denen die Betroffenen oszillieren. Dies wird u. a. von Sachse (2003) als die **doppelte Selbstwertregulation** narzisstischer Patienten beschrieben. Demnach weisen alle narzisstisch gestörten Patienten ein grandioses und ein vulnerables Selbst auf, und man kann eher von Prävalenztypen als von eigentlichen Subtypen der Erkrankung sprechen. Offenbar können die Patienten im grandiosen Zustand



Tab. 1-1 Grandioser versus vulnerabler Typ

Grandioser Typ	Vulnerabler Typ
Offene Anspruchshaltung	Verdeckte Anspruchshaltung
Grandiose Selbstdarstellung	Eher schüchtern und bescheiden
Will im Mittelpunkt stehen	Vermeidet es, im Mittelpunkt zu stehen
Sucht Bewunderung von anderen	Versucht, Kritik und Kränkungen zu vermeiden
Empathiemangel	Oberflächliche Empathie
Wenig Interesse an Mitmenschen	Hypervigilant für die Reaktion der Mitmenschen
Weniger kränkbar	Leicht kränkbar
Geringes bewusstes Erleben von Scham	Häufiges bewusstes Erleben von Scham

durch ihren überheblichen Stolz, ihre Anspruchshaltung, ihr Streben nach Dominanz und andere kompensatorische Eigenschaften in emotionsphobischer Weise das bewusste Erleben der Schamgefühle ihres vulnerablen Selbst unterbinden. Im vulnerablen Zustand hingegen erleben narzisstische Patienten ihre Scham- und Einsamkeitsgefühle bewusst. Sie versuchen ihnen dadurch zu entgehen, dass sie nach außen hin nicht das typische grandiose Verhalten zeigen, das Kritik und Ablehnung durch andere Menschen noch intensivieren könnte (Gramzow u. Tangney 1992; Pincus et al. 2009).

Eine empirische Studie fand sogar drei Subtypen der NPS: (1) einen grandios-malignen Typus, (2) einen vulnerabel-fragilen Typus und (3) einen exhibitiv-narzisstischen Typus mit hohem Funktionsniveau (Russ et al. 2008).

## 1.6 Erfolgreiche, gescheiterte und erfolglose narzisstische Patienten

Rainer Sachse (2011) hat die Unterscheidung zwischen erfolgreichen, gescheiterten und erfolglosen narzisstischen Patienten vorgenommen, die wichtige therapeutische Konsequenzen hat.

**Erfolgreiche narzisstische Patienten** Sie sind sehr leistungsmotiviert, erbringen einen hohen Einsatz, um ihre Ziele zu erreichen, und sind mit ihrem Handeln erfolgreich. Zur Therapie kommen diese Patienten einerseits wegen der hohen Folgekosten ihres narzisstischen Verhaltens z.B. in Form von Depression,

## 1.6 Erfolgreiche, gescheiterte und erfolglose narzisstische Patienten

Burn-out-Symptomen, Suchterkrankungen, partnerschaftlichen Krisen oder auch bei beruflichen Misserfolgen. Andererseits bemerken sie ihre zunehmende innere Aushöhlung, ihre innere Leere und oft qualvolle Gefühle von Sinnlosigkeit. Die Prognose für diese Patienten ist optimistisch zu stellen, da sie über viele Ressourcen verfügen und ihre bisherigen Erfolge für sie ausreichend selbstwertstabilisierend sind. Daher können sie sich in der Therapie ihrem vulnerablen Selbst und ihren frustrierten Grundbedürfnissen zuwenden.

### Fallbeispiel eines erfolgreichen Narzissten

Der Patient war ein erfolgreicher und attraktiver 46-jähriger Rechtsanwalt. Er verdiente gut, fuhr einen Ferrari und hatte häufig wechselnde Affären, vorwiegend mit seinen jungen Mitarbeiterinnen und jüngeren Klientinnen. Daneben hatte er in den vergangenen fünf Jahren eine »On-Off-Beziehung« zu einer 15 Jahre jüngeren Frau geführt, die sich immer wieder von ihm getrennt hatte, wenn er es mit den Affären übertrieben hatte. Diese Frau bedeutete ihm mehr als andere Frauen, »vielleicht hat es etwas mit Liebe zu tun«.

Der Anlass, sich in Therapie zu begeben, war die endgültige Trennung dieser Frau. Sie hatte schon länger einen Kinderwunsch, den sie auch dem Patienten mitgeteilt hatte – er habe sich davon jedoch »klar distanziert«. Daraufhin hat sie sich »jemanden gesucht, der brav den Familienvater spielt«. Der Patient fühlte sich leer und einsam. Er fragte sich, was er eigentlich vom Leben möchte, die Affären erschienen ihm eher strapazios als stimulierend. Zudem berichtete er, dass er schon seit längerem verschiedene suchtartige Verhaltensweisen zeigte, von denen er »nicht wisse, was sie eigentlich sollen«. Dazu gehörten insbesondere der Konsum von Alkohol und Pornographie.

**Gescheiterte bzw. vom Scheitern bedrohte narzisstische Patienten** Diese Patienten befinden sich in einer Lebenskrise, da sie ihren hohen Ansprüchen entsprechende Leistungen und Erfolge nicht mehr erreichen können und von einem grundsätzlichen Scheitern bedroht sind bzw. gescheitert sind. Sie kommen in einer Situation, in der die wichtigste Stütze ihres bisherigen Erfolges (insbesondere Beruf, Partnerschaft, sozialer Status) eingebrochen ist, was einen Zusammenbruch in allen Lebensbereichen zur Folge hat. Bei diesen Patienten geht es zumeist um Stabilisierung in ihrer gegenwärtigen Lebenssituation und, wenn möglich, auch um eine Wiedererreichung der bisherigen Beschäftigung und Erfolge. Auf dieser Grundlage kann dann ggf. eine weitergehende Therapie erfolgen, welche erfahrungsgemäß nicht möglich ist, wenn die Patienten akut mit dem massiven Scheitern ihrer bisherigen narzisstischen Selbstwertstrategien konfrontiert sind. Dann ist die Gefahr sehr groß, dass sie sich von leistungs- oder beziehungsbezogenen Anstrengungen zurückziehen und sich zu einem dauerhaft erfolglosen narzisstischen Patienten entwickeln.

### **Eine gescheiterte narzisstische Patientin**

Die 45-jährige Patientin kam in Therapie, weil sie »nicht weiterwusste, es musste etwas passieren«. Sie war sehr verzweifelt, aufgelöst, voller Sorgen und konnte nicht mehr schlafen. Hintergrund war die Insolvenz des elterlichen Betriebes. Sie war in einem reichen Haushalt aufgewachsen, »es war immer Geld für alles da«. Nach einem abgebrochenen Studium hatte sie sich mit einem Schmuckladen selbstständig gemacht. Dieser hatte sich finanziell zwar nie rentiert (»Meistens kam ich auf Null raus«), aber sie hatte damit einen gewissen Status in der kleinen Stadt erreicht, in der sie lebte. Ihren Lebensunterhalt bestritten die Eltern und zeitweise der Ehemann, der allerdings vor einigen Jahren seinen Job gekündigt hat, »um sich ganz dem Schmuckladen zu widmen«. Das Ehepaar M. trat auf wie ein erfolgreiches Unternehmerpaar, teuer und elegant gekleidet, dominant und betont selbstbewusst.

Der Niedergang des elterlichen Betriebes hatte sich über die letzten Jahre abgezeichnet, allerdings hatte sich offensichtlich niemand in der Familie darauf vorbereitet. Die Patientin und ihr Mann hatten ungeachtet der prekären Situation kürzlich ein Haus zu einem übersteuerten Preis gekauft und zwei teure Autos geleast – diese Raten konnten sie jedoch seit mehreren Monaten nicht bedienen. Die damit zusammenhängende zunehmende Verzweiflung motivierte die Patientin zur Psychotherapie.

**Erfolglose narzisstische Patienten** Hierbei handelt es sich um die Patienten, die überhöhte Ansprüche an sich und das Leben haben und diese Ansprüche und ihre Selbstidealisation in ihrer Phantasie auch ausleben. In der Realität zeigen sie jedoch schon früh einen geringen Leistungseinsatz und sind in den wesentlichen Lebensbereichen erfolglos. Zumeist haben sie ihre Ausbildung oder ihr Studium abgebrochen bzw. gar nicht begonnen. In der Regel leben sie mittlerweile vom Arbeitslosengeld (sofern kein eigenes Vermögen vorhanden ist) und haben keine realistischen Aussichten mehr, auch nur ansatzweise den Erfolg im Leben zu haben, der ihren Ansprüchen Genüge tun würde.

Ein Patient schrieb mir einmal eine Mail, in welcher sich u. a. sinngemäß die folgenden Aussagen fanden: »Ich bin zwar derzeit in einer Reha-Maßnahme wegen einer Depression und habe auch keine fertige Ausbildung, aber ich weiß, dass in mir sehr viel mehr steckt, als man nach außen hin sieht. Auch möchte ich nicht als Angestellter arbeiten, sondern ich habe das Ziel, Millionär bzw. Milliardär zu werden (ich glaube aber, dass dieses Ziel krankhaft ist?!). Ich habe bislang zwei Geschäftsideen entwickelt, welche parallel von anderen Unternehmen umgesetzt wurden, welche an der Börse hoch gehandelt werden.«

Ein anderer, 46-jähriger Patient lebte mittlerweile wieder bei seinen Eltern in deren Mietwohnung und bezog Arbeitslosengeld. Die Vorstellung, dass er eine Arbeit aufnehmen könnte, welche ihm mehr Selbstständigkeit geben könnte, lehnte er vehe-

ment ab. Für ihn kam eine praktische Tätigkeit in einer niederrangigen Position dem öffentlichen Eingeständnis seines Scheiterns gleich, was er nicht ertragen konnte. Lieber hing er in seinem alten Kinderzimmer bei seinen Eltern seinen Phantasien von Erfolgen und seiner Verbitterung ob der widrigen Lebensumständen nach, welche diese verhindert hatten. Seine Mutter ließ sich seine aggressiven Interaktionen gefallen und vergötterte ihn nach wie vor als ihren Kronprinzen. Allerdings waren die Eltern mittlerweile 86 und 83 Jahre alt, und die Mutter war mit der zunehmenden Pflegebedürftigkeit des Vaters allmählich überfordert. Der Leidensdruck des Patienten rührte daher, dass mittel- bis langfristig der aktuelle Zustand nicht mehr haltbar sein würde, da er selbst die Eltern nicht pflegen mochte. Zudem würde er es sich finanziell nicht leisten können, die elterliche Wohnung nach dem Ableben des Vaters, dessen Rente den Hauptverdienst des Haushaltes darstellte, zu halten. Dies gestand er sich allerdings nur selten für kurze Momente ein.

## 1.7 Entwicklungs- und Störungsmodelle des Narzissmus

In mehreren Studien wurde eine sehr hohe genetische Komponente für die NPS gefunden (Livesley et al. 1993; Torgersen et al. 2000; Coolidge et al. 2001). Dabei weist die Zwillingstudie von Torgersen für Patienten mit einer NPS die höchste Heritabilität von allen Persönlichkeitsstörungen auf. 79 % der Varianz der narzisstischen Persönlichkeitseigenschaften lassen sich nach dieser Studie mit genetischen Einflüssen erklären. Da natürlich nicht von der Vererbung einer kompletten Persönlichkeitsstörung auszugehen ist, wird man in zukünftigen Studien am ehesten bei Persönlichkeitsfaktoren wie Impulsivität, Verträglichkeit, Extraversion oder Aggressivität den genetischen Einfluss auf die Entwicklung der NPS zu suchen haben. Auch wurde die interessante Frage aufgeworfen, ob Narzissten genetisch bedingt ein sehr offenes, auf positive Stimuli ausgerichtetes Temperament (»high approach«) haben, welches sie besonders sensibel für positive Stimuli macht (Thomaes et al. 2009). In weiteren Studien wurden Prädiktoren und Einflussfaktoren für die potenzielle Entwicklung des pathologischen Narzissmus untersucht. Personen mit NPS zeigten demnach bereits im Alter von drei Jahren ein verstärktes antagonistisches (aggressives und oppositionelles) Verhalten, eine reduzierte Impulskontrolle sowie eine Tendenz zur Selbstidealisation (Carlson u. Gjerde 2009).

In einer anderen Studie (Cramer 2011) wurden Kinder vom dritten Lebensalter an bis in das junge Erwachsenenleben verfolgt und sowohl die Entwicklung von narzisstischen Persönlichkeitszügen als auch der jeweilige Erziehungsstil der Eltern erfasst. Die Untersuchung zeigte zusammengefasst, dass zur Entwicklung einer narzisstischen Störung offenbar eine genetische Prädisposition notwendig ist. Wenn diese vorbelasteten Kinder dann mit einem (insbesondere mütterlichen) Erziehungsstil aufwuchsen, welcher im jungen

Kindesalter zu autoritär (wenig positiver Bezug auf die Bedürfnisse des Kindes) und mit unangemessenen Forderungen verbunden war, hingegen im Jugendalter zu nachsichtig und zu wenig fordernd war, stieg die Wahrscheinlichkeit der Entwicklung einer narzisstischen Störung. Außerdem stellte sich der Abwehrmechanismus der Verleugnung als Prädiktor für eine spätere narzisstische Störung heraus, wie dies bereits in einer vorhergehenden Studie gefunden worden war (Carlson u. Gjerde 2009).

Bislang sind neurobiologische und psychologische Forschungsergebnisse zur NPS im Gegensatz zu Studien bei Normalpersonen hinsichtlich narzisstischer Persönlichkeitsdimensionen eher rar (Röpke u. Vater 2014).

Vor dem Hintergrund ihrer therapeutischen Erfahrung haben Heinz Kohut (1976) und Otto Kernberg (1978) eigene Konzepte bezüglich der Entwicklung einer narzisstischen Störung vorgelegt. An dieser Stelle soll keine detaillierte Darstellung dieser durchaus widersprüchlichen tiefenpsychologischen Krankheitskonzepte erfolgen, sondern nur eine knappe Übersicht der zentralen und therapeutisch bedeutsamsten Hypothesen gegeben werden.

Von Kernberg (1978) werden die narzisstischen Erlebnis- und Verhaltensweisen als ein Bewältigungsversuch für Einbrüche im Selbstwertgefühl der Betroffenen verstanden. Sie sind demnach ein Schutz für das sog. wahre Selbst, das aus Gefühlen von Angst, Minderwertigkeit und Scham besteht (gleichzusetzen mit dem vulnerablen Selbst). Kernberg sieht die zentrale biografische Ursache für die negativen Emotionen und Selbstabwertungen in der Erfahrung von emotionaler Deprivation, die durch kühle, abwertende und latent aggressive Eltern verursacht wurde. Auf dieses bedrohliche zwischenmenschliche Erleben reagierte das Kind mit Ärger und Wut. Die einzige wirkungsvolle Abwehr dieser Bedrohung besteht für das Kind in der Fokussierung auf Aspekte seiner Person, die von seinen Eltern akzeptiert und wertgeschätzt werden, wie Erfolge oder besondere Eigenschaften. Dadurch entwickelt das Kind das grandiose Selbst mit einem übersteigerten Selbstwertgefühl, das sich vom sog. wahren Selbst abspaltet.

Nach Kohut (1976) ist der pathologische Narzissmus eine Folge der fehlenden Auflösung eines entwicklungsbedingten normalen Narzissmus und somit im Gegensatz zu Kernbergs Konzeption eine Art Entwicklungsstopp des Kindes. Als normal gilt, dass Kinder entwicklungsgerecht ein vorübergehendes narzisstisches idealisiertes Selbst (mit Bedürfnissen nach Bewunderung und Größenphantasien) und eine vorübergehende Idealisierung der Eltern entwickeln. Die idealisierten Bilder passen sich jedoch im Laufe der Entwicklung durch entsprechende Erfahrungen der Realität an. Der pathologische Narzissmus wird nach Kohut durch eine traumatische Enttäuschung seitens der Mutter verursacht, die ihr Kind nicht emotional unterstützt oder ihre eigenen Grenzen i. S. einer wohlwollenden, haltenden Realitätskonfrontation nicht ausreichend aufzeigt. So bleibt eine erfolgreiche Realitätsprüfung und Integration realer Ereignisse aus. Beim Heranwachsenden bleiben die unrealistischen Idealbilder des Selbst und der Eltern unbewusst präsent und äußern sich im späteren Leben in Form pathologischer narzisstischer Erlebnis- und Verhaltensweisen.

Diese beiden unterschiedlichen Krankheitskonzepte führen zu differenzierten Behandlungsstrategien, da höchst verschiedene Konfliktsituationen zugrunde gelegt werden. Stark vereinfacht ausgedrückt würde man nach Kernbergs Konzept narzisstische Patienten, die wütend auf den Therapeuten sind, mit dieser Wut konfrontieren und diese auf ihre biographische und psychodynamische Funktionalität hin untersuchen. Kohut hingegen würde die narzisstische Wut eher als Resultat eines Defizits an empathischer Haltung seitens des Therapeuten verstehen und dessen Aufgabe darin sehen, durch seine empathische und wertschätzende Haltung dem Patienten eine korrigierende Beziehungserfahrung zu ermöglichen.

Eine Erklärung für diese beiden sehr unterschiedlichen Positionen wurde in dem Umstand gesucht, dass Kohut in einer ambulanten Praxis arbeitete und weniger schwer gestörte Patienten behandelte, während Kernberg im Rahmen eines stationären Settings mit schwerer erkrankten Patienten arbeitete (Broucek 1982). Somit zeigten Kohuts Patienten vielleicht eher den vulnerablen Typus der NPS und hatten dementsprechend eine höhere Therapiemotivation, u. a. in Form einer Idealisierung des Therapeuten, und konnten aufgrund eines besseren Zuganges zu ihrem vulnerablen Pol mehr von dessen empathischen Grundhaltung profitieren. Kernbergs Patienten hingegen zeigten wahrscheinlich die Schwere ihrer NPS darin, dass sie überwiegend den grandiosen Typus des Narzissmus aufwiesen, d. h., dass die Grandiosität und der Egoismus den Sieg über die Schamgefühle davongetragen hatten. Folglich hatten diese Patienten eine geringere Motivation bzw. Fähigkeit zur Einsicht und zur Veränderung und eine deutlich größere Schwierigkeit, eine therapeutische Beziehung einzugehen, sodass Kernberg ihnen eher grenzsetzend und konfrontativ begegnen musste.

Gänzlich im Gegensatz zu diesen beiden Entwicklungskonzepten sehen Therapieforscher wie Theodor Millon (1981) und auch Lorna Smith Benjamin (2003) den pathologischen Narzissmus als Folge einer unrealistischen, selbstlosen und nichtkontingenten Liebe und Bewunderung seitens der Eltern. Gleichzeitig war diesem Entwicklungskonzept zufolge das von den Eltern so idealisierte Kind immer bedroht von einem Liebesentzug, wenn es den Erwartungen der Eltern nicht entsprach. Unter diesen Bedingungen fehlten wichtige Entwicklungserlebnisse, wie z. B. das Ertragen von Bedürfnisfrustration, die Beschäftigung mit den Bedürfnissen anderer Menschen oder die Einordnung in eine soziale Gruppe. Der spätere Patient wurde demnach als Kind von einer konfrontativen und korrigierenden sozialen und persönlichen Realität abgeschirmt, sodass sich narzisstische Eigenschaften wie Selbstidealisierung, Anspruchshaltung und Empathiemangel ungehindert entwickeln konnten. Emblematisch kann man von einem Prinzen- bzw. Prinzessinnensyndrom sprechen. Die narzisstischen Konflikte i. S. des Selbstwerteinbruches entzündeten sich dann beim Verlassen des schützenden Elternhauses an der damit einhergehenden Auseinandersetzung mit einer ungewohnten konfrontativen Realität. Das erfolgreiche Bestehen in dieser außerhäusigen Realität verlangt den Patien-