

PSYCHIATRIE HEUTE

Seelische Störungen erkennen, verstehen, verhindern, behandeln

Prof. Dr. med. Volker Faust

Arbeitsgemeinschaft Psychosoziale Gesundheit

NARZISSMUS

Von der zeit-typischen egoistischen Selbstverliebtheit bis zur narzisstischen Persönlichkeitsstörung

Ein alter Fachbegriff schmuggelt sich mehr und mehr in den modernen Wortschatz ein: „narzisstisch“. Was damit gemeint ist, weiß jeder – oder auch nicht? Woher kommt er also? Und was besagt er, insbesondere in neurosenpsychologischer und psychiatrischer Hinsicht? Denn:

Narzissmus in seiner negativen Form, insbesondere als narzisstische Persönlichkeitsstörung gehört zu den wissenschaftlich interessantesten, zwischenmenschlich aber problematischsten Erkrankungsformen, und zwar sowohl für den Betroffenen, als auch für sein Umfeld.

Am belastendsten sind die z. T. völlig gegensätzlich wirkenden Leidens-Muster: brüchiges Selbstwert-, aber grandioses Größengefühl in Bezug auf die eigene Bedeutung: Leistung, Talent, Ansehen, Schönheit, Reichtum, Beziehungen u. a. – aber meist ohne entsprechende Grundlage. Dabei die Neigung, sich anderen überlegen zu fühlen und diese die Verachtung auch spüren zu lassen. Eigenartig auch die Phantasien von grenzenlosem Erfolg, Macht, Glanz, Geist, Aussehen, idealer Liebe u. a. Und die Überzeugung, einmalig, zumindest aber etwas Besonders zu sein und nur von anderen großartigen Menschen als solcher erkannt, anerkannt, gefördert und bewundert zu werden. Und nur mit diesen Kontakt zu pflegen, alles andere zählt nicht.

Daher auch die allseits verwundert registrierte Anspruchshaltung oder unbegründete Erwartung, was die bevorzugte Behandlung, die überzogenen Wünsche, Hoffnungen usw. anbelangt. Deshalb auch nicht selten die egoistische Einstellung, ja die gnadenlose Ausnützung gegenüber anderen bis hin zu ausbeuterischen Maßnahmen, um die eigenen Ziele durchzusetzen.

Dazu ein eigenartiger Mangel an Empathie, also Zuwendung und Hilfsbereitschaft, verbunden mit der Ablehnung, die Gefühle und Bedürfnisse anderer zu erkennen, anzuerkennen oder sich mit ihnen zu identifizieren. Dabei aber selber leicht kränkbar und ggf. nachtragend. Häufig auch neidisch auf andere, vor allem was die irrige Überzeugung anbelangt, die Mitmenschen seien neidisch auf einen selber, wo man doch so großartig sei. Schließlich eine überhebliche, arrogante, hochmütige Wesensart, die nebenbei nur recht schwer zu durchschauen ist, zumal dahinter oft die berechnete Furcht vor Kritik, ja geradezu hilflose Schüchternheit verborgen ist.

So überrascht es auch nicht, dass narzisstische Charaktere Partnerschaftsprobleme haben: Wer immer nur an sich denkt, an seine eigenen Bedürfnisse, seinen Profit, mehr bekommen, als geben will (oder kann?), darf sich nicht wundern. So funktioniert keine Freundschaft, keine Partnerschaft, keine Ehe – zumindest auf Dauer.

In besonders schweren Fällen, in denen der Betroffene wenig dazu lernen will oder kann und damit letztlich in die Isolation gerät, kann es dann auch zu Resignation, Niedergeschlagenheit, ja zu Angststörungen, Depressionen und sogar Selbsttötungsabsichten kommen. In fremd-aggressiver Hinsicht sind mitunter auch (verzweifelte) Gewalttaten nicht ausgeschlossen.

Erschwerend ist zudem das gemeinsame Auftreten verschiedener Krankheitsbilder auf einmal, d. h. eine narzisstische Persönlichkeitsstruktur zusammen mit anderen Persönlichkeitsstörungen (z. B. hysterisch, antisozial, wahnhaft), mit der Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitäts-Störung (ADHS), mit Suchtkrankheiten (oft auch überkompensatorisch missbraucht, z. B. Alkohol, Nikotin und/oder Rauschdrogen) u. a.

Die Diagnose ist schwierig, zumal auch viele Betroffene, vor allem bei grenzwertigen Beeinträchtigungen, weder Arzt noch Psychologen aufsuchen. Deshalb findet nur relativ selten eine Behandlung statt, die nebenbei zum belastendsten gehört (und zwar für beide Seiten), falls sie je zustande kommt.

Nachfolgend deshalb ein ausführlicherer Beitrag zu narzisstischen Zügen im Allgemeinen und der narzisstischen Persönlichkeitsstörung im Speziellen, unterteilt in zwei Kapiteln.

Erwähnte Fachbegriffe:

Narzissmus – Narzisstische Persönlichkeitsstörung – Selbstverliebtheit – Selbstbezogenheit – Selbstbewunderung – Egoismus – Großartigkeit – Gran-

diosität – Überlegenheitsgefühl – Anspruchshaltung – Größengefühl – überhöhte Bedeutung – Einmaligkeit – Ruhm-Sucht – Mangel an Einfühlungsvermögen, Gefühlswärme, Zuwendung, Empathie – unstillbares Bedürfnis nach Bewunderung – Furcht vor negativer Beurteilung – Gefühl der inneren Leere – Phantasien von Macht, Erfolg, Glanz, Schönheit, idealer Liebe – überzogenes Anspruchsdenken – bevorzugte Behandlungswunsch – Ausnutzung – Ausbeutung – Vorteilsnahme – Neid – Arroganz – Hochmut – überhebliche Verhaltensweise – Auto-Erotismus – primärer und sekundärer Narzissmus – natürlicher Narzissmus – Entwicklungs-Narzissmus – normaler Narzissmus – gesunder Narzissmus – notwendiger Narzissmus – Mangel an Sensibilität – überzogenes Selbstwertgefühl – Privilegien-Sucht – Bosheit – Bössartigkeit – Geschmacklosigkeit – Angst – Furcht – Kritikfurcht – Scham – Gefühlskälte – Kränkbarkeit – Beleidigung – Abwertung – Snobismus – Unverfrorenheit – Unverschämtheit – „Abkapselung“ – Verletzungs-Angst – Resignation – Niedergeschlagenheit – Deprimiertheit – Depression – Angststörung – Wutreaktion – Zorn – Verachtung – Trotzreaktion – Selbstzerstörung – verbale Attacken – Missachtung – Risikobereitschaft – Sprachverliebtheit – Omnipotenz – falsche Bescheidenheit – Verachtung – Perversion – Idealisierung – Verfolgungskampf – Verzweiflung – innerseelische Isolation – Selbstsüchtigkeit – Verletzbarkeit – Verbitterung – Sexualität – Fremdgehen – Promiskuität – Unabhängigkeits-Bedürfnis – Unsicherheit – Distanzprobleme – Beziehungsunfähigkeit – Rastlosigkeit – Skrupellosigkeit – Sadismus – Charakter-Defizit – Bewunderungs-Sucht – Demütigungs-Angst – Beschämungs-Furcht – Distanzlosigkeit – Exhibitionismus – Perfektionismus – Affektiertheit – exzessive Selbstdarstellung – fehlende Konsensfähigkeit – Kompromisslosigkeit – Schwärmerei – Verunglimpfung – Eroberungslust – „Don-Juan-Gebaren“ – Rachsucht – Langeweile – Stimmungslabilität – Euphorie – inhaltsloses Glücksgefühl – selbstzerstörerisches Verhalten – betrügerische Handlungen – halb-kriminelle Tendenzen – Frustration – Demütigung – Enttäuschung – Suizidgefahr – Selbsttötungsneigung – Sensations-Suizid – Zwangsstörung – zwanghafte Persönlichkeitsstörung – depressive Reaktion – depressive Verstimmung – Dysthymia – Hypomanie – maniform – Manie – Ess-Störung – Anorexia nervosa – ADHS – Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitäts-Störung – Rauschdrogen – Kokain – Hysterie – histrionische Persönlichkeitsstruktur – Borderline-Persönlichkeitsstörung – antisoziale Persönlichkeitsstörung – paranoide Persönlichkeitsstörung – schizotypische Persönlichkeitsstörung – maligner Narzissmus – Selbst – Abwehrmechanismen – Projektion – Spaltung – Neurose – neurosen-psychologische Hypothesen – Idealisierung – Entwertung – Ambivalenz – Pharmakotherapie – Psychopharmaka – Antidepressiva – Tranquilizer – Beruhigungsmittel – Neuroleptika – Psychostimulantien – Psychotherapie – Psychoanalyse – Ich-Stärke – Ich-Schwäche – Ich-Über-Ich-Es – Sublimierung – Spiegelung – Kurzzeit-Psychotherapie – Verhaltenstherapie – Paartherapie – Familientherapie – Gruppenpsychotherapie – u.a.m.

NARZISSMUS HEUTE:

Von der „zeit-typischen Normalität“ zur psychischen Störung

Auch die „Terminologie des Tadels“ hat ihre Zeit und Geschichte. Niemand würde heute, vor allem wenn er sich zu den „intellektuellen Kreisen“ zählt, zur Charakterisierung negativen, zumindest aber „grenzwertigen“ Verhaltens abwertende Bezeichnungen gebrauchen wie „bekloppt, übergeschnappt, durchgedreht“ oder gar „verblödet, schwachsinnig, idiotisch“ usw. So etwas überlässt man der „Grundsicht“ oder zumindest vorübergehend der Pubertät. Nein, in gehobenen Kreisen greift man zur differenzierten Begrifflichkeit, auch und vor allem in ablehnender, abschätziger oder gar polemischer Hinsicht.

Und hier bieten sich besonders Fachbegriffe aus dem neurosen-psychologischen und psychiatrischen Bereich an. Das hat aber – wie erwähnt – seine eigene Zeit-Geschichte. So laufen abfällige oder geringschätzige Charakterisierungen wie „psychopathisch“, „neurotisch“ oder konkreter „hypochondrisch“ bzw. „hysterisch“ langsam aus. (Unverändert beliebt, vor allem aus dem Munde von Politikern, die sich unverstanden fühlen, leider noch: „Das ist doch schizophren!“)

Dagegen habe andere Fachbegriffe Konjunktur. Dazu gehören „narzisstisch“ und „Narzisst“. Man darf gespannt sein, welche Fachwörter folgen werden.

Wenn man auch unterstellen muss, dass hier der „Volksmund“ sehr locker, modisch ge(ver-)führt und vielleicht sogar medien-induziert den jeweils abwertenden Wortschatz prägt, so muss doch auch immer ein „Fünkchen Wahrheit“ dahinter vermutet werden. Und in der Tat gibt es Zeiten, in denen bestimmte Symptome (Krankheitszeichen) einen offensichtlich höheren Stellenwert haben, aus welchem Grund auch immer. Und wenn das in gleichsam „verdünnter“ Form selbst den Alltag füllt, also das Umfeld in Familie, Freundeskreis, Nachbarschaft, am Arbeitsplatz und vor allem in den Medien, dann mag auch ein Fachbegriff seine durchaus sinnvolle zeitgebundene Bedeutung haben. Mit anderen Worten: „Volkes Stimme“ ist auch in psychopathologischer Hinsicht nicht abwegig.

Zwar sind da die Experten (in diesem Fall die Psychologen und Psychiater) oft anderer Meinung, empfinden sie ihre Terminologie (Fachausdrücke) unnötig zweckentfremdet und zur Diskreditierung missbraucht. Doch bei näherem Hinsehen müssen auch sie zugestehen: Von nichts kommt nichts. Es muss also etwas dran sein, wenn der Narzissmus umgangssprachlich plötzlich so an Beliebtheit gewinnt.

Nachfolgend deshalb eine Einführung zum Thema „moderner Narzissmus heute“, allerdings ergänzt durch ein Groß-Kapitel über die narzisstische Persönlichkeitsstörung. Denn wenn man diesen Begriff im Munde führt, muss man zumindest etwas über seine Krankheits-Grundlagen wissen, zumal – das sei zugegeben – die Grenzen von vereinzelt narzisstischen Wesenszügen bis zur narzisstischen Krankheit (also Persönlichkeitsstörung) durchaus fließend sind.

An der Pforte zur Krankheit: die narzisstische Wesensart

In seinem lesenswerten Artikel über „Die Allergrößten“ beschreibt D. Leising in PSYCHOLOGIE HEUTE (7 (2004) 30) erst einmal den aktuellen Rahmen, der auf die Spuren des Narzissmus führt:

„Wer den Fernseher einschaltet, kommt aus dem Staunen nicht mehr heraus: Innerhalb weniger Wochen kann man da vom Nobody zum „Superstar“ aufsteigen, eine Menge Geld verdienen. Allerdings verschwindet man dann – ebenfalls nach wenigen Wochen – wieder in der Versenkung. In der Hoffnung auf den schnellen Erfolg sind Tausende bereit, sich auf ein hartes und demütigendes Ausleseverfahren einzulassen (Deutschland sucht den Superstar). In einem anderen „Format“ konkurrieren gut aussehende Damen darum, ebenso gut aussehende junge Herren für sich zu gewinnen (oder umgekehrt) – und sind dabei wenig zimperlich im Ausstechen ihrer NebenbuhlerInnen (MTV Dismissed). Im berühmten Container wurden die Bedingungen verschärft: Regelmäßige Wettkämpfe entscheiden darüber, wer die nächste Zeit mit Champagner und Whirlpool im Luxus schwelgen darf und wer vom Strohlager aus neidisch zusehen muss (Big Brother – The Battle). Anspruchsvolle Menschen messen sich derweil in Quizshows beim Abgleich ihres Allgemeinwissens.“

Der ausgeprägte Wunsch nach Ruhm und Erfolg in unserer Zeit und Gesellschaft, das heftige mediengeleitete Konkurrieren auf dem Weg dorthin und auch der unsanfte Umgang mit den anderen, vor allem den Verlierern weisen nach D. Leising erstaunliche Parallelen auf zu einem Phänomen, das man mit dem Begriff Narzissmus belegt.

Als narzisstisch gelten deshalb Menschen, die besonderen Wert darauf legen, von anderen als überlegen, großartig und unerreichbar dazustehen. Sie reden fast ausschließlich von sich, ihren Ideen und Erfolgen. Dagegen bringen sie dem, was andere zu berichten haben, wenig Interesse oder sogar offene Geringschätzung entgegen. Weil sie sich offensichtlich für etwas Besseres halten – und das andere auch gerne spüren lassen –, werden sie meist als „arrogant“, „überheblich“ oder „eingebildet“ angesehen.

In seinen weiteren Ausführungen berichtet D. Leising über die wissenschaftlichen Erkenntnisse der Klinische Psychologie und Psychiatrie, vor allem was

die Ursachen dieser Störung anbelangt. So konkurrieren im Wesentlichen zwei Theorien miteinander (Einzelheiten siehe später):

- Die eine besagt, die Betroffenen seien in der Kindheit verhätschelt und von den Eltern vor den Einschränkungen und Enttäuschungen des täglichen Lebens bewahrt worden. Daher richteten sie auch als Erwachsene noch entsprechende Erwartungen an ihre Umwelt. Sie haben schlicht keine Erfahrung mit solchen Situationen, in denen es einmal nicht nach ihrer Nase geht. Wie selbstverständlich fordern sie daher – aus Gewohnheit – Sonderrechte für sich.
- Die andere Theorie der Narzissmus-Entstehung erklärt dagegen das anspruchliche Verhalten als Abwehrfunktion: Kinder haben ein starkes, natürliches Bedürfnis von den Eltern (und anderen, d. h. Geschwistern, Verwandten, Nachbarn, Lehrern usw.) wahrgenommen und anerkannt zu werden. Ob diesem Bedürfnis auch in hinreichender Weise entsprochen wird, ist von zentraler Bedeutung für eine gesunde Selbstwert-Entwicklung. Wer in dieser Hinsicht jedoch geschädigt wurde, etwa durch andauernde Kränkung, Zurücksetzung und Missachtung, kann sich unter bestimmten Umständen die Strategie aneignen, sich mit Gewalt Achtung zu verschaffen. Anstatt sich minderwertig, schwach und unterlegen zu fühlen, mobilisiert er enorme Kräfte, um zu beweisen, dass er Anerkennung verdient, mithalten kann, vielleicht sogar anderen überlegen ist.

Nach dieser Auffassung handelt es sich also um eine Überlebens-Strategie im Umgang mit einem sehr zerbrechlichen Gefühl für den eigenen Selbstwert.

Beide Erklärungsansätze sind allerdings hypothetisch, denn – wie später mehrfach dargelegt –, eindeutig narzisstisch Gestörte kommen nur selten in Behandlung und damit so gut wie nie in eine wissenschaftlich fundierte Untersuchung. Eines aber ist auch ohne große Studien-Klientel erkennbar: Ohne ein erhebliches Ausmaß an seelischer und psychosozialer Schädigung ist eine *ausgeprägte* narzisstische Persönlichkeitsstörung kaum denkbar (wobei die Erbfaktoren einen zusätzlichen, bisher aber nicht exakt erfassten Anteil haben dürften).

Wie sich eine narzisstische Persönlichkeitsstruktur im Alltag darstellt

Vor allem die zweite Hypothese bietet so manche Erklärungen an, was die narzisstische Persönlichkeitsstruktur, also Wesensart oder Persönlichkeit an Belastungen dem Umfeld, aber auch den Betroffenen selber aufbürdet – von einer ausgeprägten narzisstischen Persönlichkeitsstörung ganz zu schweigen. Was fällt dabei auf, und zwar von dezenteren Ansätzen bis zu lästigen, wenn nicht gar allseits belastenden Charakterzügen (nach D. Leising in Anlehnung an die entsprechende Fachliteratur – siehe das Literaturverzeichnis am Ende des zweiten Teils)?

Zum einen das Konkurrenz-, ja Bedrohungs-Gefühl vieler dieser Betroffenen. Wer sich seiner selbst sicher ist, kann seinen Mitmenschen freundlich, aufgeschlossen, nachsichtig oder hilfreich begegnen. Dagegen erleben narzisstisch Gefährdete und auf jeden Fall Gestörte ihr Umfeld schnell als potenzielle Konkurrenten, ja als gefährliche „Niedermacher“, kurz: als Bedrohung. Ihre größte Furcht ist mit den eigenen (vermeintlichen) Unzulänglichkeiten und Schwächen bloßgestellt zu werden. Diese extreme seelische Labilität, besonders in puncto Selbstwertgefühl führt zu ausgeprägter Empfindlichkeit, ja Kränkbarkeit, ggf. mit heftigen feindseligen bis Rache-Impulsen für eine (scheinbar) erlittene Demütigung. Außerdem sind viele Narzissten unfähig, wirklich zu verzeihen – und damit oft nachtragend.

Nun haben durchaus nicht wenige Menschen mit solchen Wesenszügen zu kämpfen. Wer jedoch nicht narzisstisch veranlagt ist, bei dem drohen bei zu wenig Anerkennung und Zuwendung eher eine resigniert-deprimierte Einstellung, zumindest aber Unsicherheit und Angst (vor den anderen). Der Narzisst hingegen wählt die *aktive Form der Bewältigung*. Er kämpft mit aller Macht gegen die Gefahr sich wertlos zu fühlen. Er resigniert nicht, zumindest nicht am Anfang und über den größten Teil seines narzisstischen Lebens hinweg (das kann sich allerdings ändern – siehe das entsprechende Kapitel).

Narzisstische Stabilisierungs-Strategien

Wie aber geht der narzisstisch Geprägte oder Gestörte vor, um sein Ziel der seelischen Stabilisierung zu erreichen? Dazu einige charakteristische Strategien (zusammengefasst von D. Leising, Einzelheiten siehe später):

- „Wer nie mehr der Kleinste sein will, der versucht, der Allergrößte zu werden“. Deshalb wird schon ein durchschnittliches Leistungsmuster und Selbstwertgefühl als potenzielle Bedrohung erlebt. Der narzisstische Mensch muss sich deshalb ständig hervortun, abheben, aus der Masse herausragen. Ein treffender populärmedizinischer Begriff dazu ist die so genannte „Profil-Neurose“.

- Ein weiteres probates Mittel gegen drohende Kleinheitsgefühle sind Höchstleistungen. Tatsächlich arbeiten viele narzisstische Menschen weit über das hinaus, was der Durchschnitt als ausreichend empfindet. Sie scheuen sich auch nicht vor aufwendigen, schwierigen oder kräfteaubenden Aufgaben, bleiben länger am Arbeitsplatz, arbeiten am Wochenende und am Abend, füllen ein oder mehrere Ehrenämter aus, trainieren bis zum Anschlag, kurz: leisten in nicht wenigen Fällen deutlich mehr als andere. Und haben damit auch vermehrt Erfolg. Narzissten sind „anstrengend“, aber erfolglos sind sie nicht. Das macht die Situation natürlich noch komplizierter.

- Während die Erfolgs-Schiene zwar einen hohen Preis hat, aber durchaus auch Anerkennung nach sich zieht („Nichts ist erfolgreicher als der Erfolg“), neigen Narzissten auch zu einer folgenschweren Wesensart, die ihnen viel Ärger, ja Feinde einbringt: Die Entwertung der anderen, um sich damit selber aufzuwerten. Tatsächlich ist der Narzisst ein „Fachmann für fremde Leistungsgrenzen“. So lassen sich Narzissten mit Vorliebe darüber aus, was die anderen schlecht oder falsch machen, wo ihre Fehler, Defizite und Unzulänglichkeiten liegen, in welchen engen Grenzen sie denken oder sich bewegen und was sie alles nicht verstehen oder können. Ein Narzisst schaut kurz hin – und findet den vielleicht einzigen Fehler, Haken, Schwachpunkt, Schmutzleck, modischen Fauxpas u. a. – und zwar sofort. Narzissten haben ein scharfes Auge für die Schwächen der anderen und einen „blinden Fleck“ für ihre eigenen.

- Das ist natürlich keine gute Strategie. Ergänzt wird es noch durch das aktive Niedermachen der anderen durch Selbstüberhöhung. Und dies nicht nur unkritisch, leichtfertig, provokativ, sondern manchmal fast lächerlich, was dann auch die eigene, durchaus solide Leistung wieder relativiert. Beispiel: Großartigkeiten oder durchgestandene Extrem-Belastungen, die aber letztlich keine sind, die andere ohne viel Aufhebens erledigen oder überstehen. So etwas kippt schließlich im Urteil des nachsichtigsten (oder gleichgültigsten) Umfelds: „Der hat es nötig“.

- Und noch mehr in diesem Sinne: Narzissten sind Meister darin, Niederlagen in Erfolge umzumünzen. Mangelt es also an Anerkennung, aus welchem Grund auch immer, dann ist es nur die unzureichende Fähigkeit der anderen, die wahre Größe zu erkennen. Oder noch lächerlicher: „Die sind ja nur neidisch.“ Das kommt schon gar nicht gut an, im Gegenteil.

Was das im Alltag für Folgen haben kann

Die Konsequenzen liegen auf der Hand. Wenn ich mich stets als den Größten einschätze, größer als die Allermeisten (wohl gemerkt: nicht alle, siehe später), und wenn ich damit nur andere zu frustrieren drohe, zu kränken und zu demütigen, in Resignation und Niedergeschlagenheit zu treiben, dann wird man mich meiden, wenn nicht gar heimlich bekämpfen. Ein Narzisst aber sieht diese Gefahr nicht, er hat keine Antennen für die drohenden Folgen, vor allem wenn sie sich unbemerkt aufzubauen beginnen. Er merkt nicht, was er hier anrichtet. Er hat nicht den warnenden Inhalt der alten Spruchweisheit realisiert: „Was Du nicht willst, dass man Dir tu ...“. Und das noch bei eigener überzogener Empfindlichkeit.

Die Reaktion des Umfelds, es wurde schon angedeutet, ist – wenn man es sich leisten kann – meist die Gleiche: „Das muss ich mir nicht antun“. Ähnlich wie bei hysterischen Persönlichkeitsstrukturen (siehe das entsprechende Kapitel)

betont auch der Narzisst ständig seine Belesenheit, Intelligenz, Redegewandtheit, sein Fachwissen, seine Ansehen, seinen Charme, kurz: seine Erfolge. Das kann sich zwar sehr eindrucksvoll ausmachen, ist aber nicht alles, vor allem völlig unzureichend für eine ausgewogene(!) zwischenmenschliche Beziehung. Deshalb droht dann mehr oder weniger rasch die eigentlich zu erwartende Ernüchterung der anderen und damit der erwähnte Rückzug. Denn nur wenige sind gewillt (oder müssen es halt über sich ergehen lassen), sich als Dauer-Publikum für eine solche Selbst-Inszenierung herzugeben.

Und schließlich droht sogar noch das peinlichste Unheil, nämlich nicht nur Rückzug und damit Distanz, sondern auch „ironische Distanz“ bzw. „sarkastische Ausgrenzung“: „Ja, wir wissen, dass Du der Größte bist“ oder „Oh Gott, die schon wieder“.

Das aber ist nicht nur für jedermann „zwischenmenschlich und gesellschaftlich verheerend“, es trifft den Narzissten selbst am härtesten. Denn genau davor hat er die meiste Angst: Nicht für voll genommen, vielleicht sogar belächelt zu werden. Ein charakterlich „durchschnittlicher, aber gesund strukturierter Mensch“ wird daraus lernen. Der Narzisst kann es nicht. Im Gegenteil. Er wird seine Anstrengungen verdoppeln, und zwar im bereits negativ registrierten Sinne – bis zum bitteren Ende.

So kann er dann allerdings – unerwartet – auch einmal therapeutische Hilfe in Erwägung ziehen. Dies allerdings erst dann, wenn sich quälende negative Entwicklungen abzeichnen, nämlich Angststörungen, Depressionen, vielleicht sogar eine Selbsttötungsgefahr (siehe das entsprechende Kapitel).

Wann läuft es heiß, wann geht es „gut“?

Unter diesen Bedingungen kann man sich fast schon ausmalen, wann eine solche Situation eskaliert und wann sie halbwegs folgenlos abzugehen scheint.

Probleme gibt es, wenn zwei ähnlich Strukturierte aufeinander treffen. Zwei Narzissten halten es nicht lange miteinander aus. Zum einen können sie ihre Wesensart nicht ändern, haben aber sehr wohl ein gutes Gespür für die „unerträgliche Selbst-Beweihräucherung“ des anderen. Dann kann ein sogar notwendiges Gespräch innerhalb kurzer Zeit zum offenen Schlagabtausch (D. Leising) entarten. Jetzt geht es nur noch vordergründig um ein Sachthema, in Wirklichkeit um die Frage: Wer ist der Größere, Mächtigere, Einflussreichere, Schönerer u. a.?

Das hat übrigens ernste Konsequenzen, d. h. es hatte es zu jeder Zeit und hat es noch immer. Man denke nur an die früheren Würdenträger aus Adel, Militär, Politik, Klerus, Bürokratie, bei denen solche Auseinandersetzungen nicht nur

für die Betroffenen, sondern auch für alle Nachgeordneten, ja überregional, national und zwischen den Völkern zu ernststen gesundheitlichen, wirtschaftlichen, politischen, kulturellen, militärischen, religiösen u. a. Folgen führte. Wer sich in der Geschichte auskennt, weiß was der Narzissmus schon alles angerichtet hat.

Und heute? Da ist es nicht viel anders, selbst in einer gut funktionierenden Demokratie nicht (mit Ausnahme des ggf. heilsam korrigierenden Einflusses der Medien, wenn sie nicht offen oder versteckt abhängig sind). Heute sind es vor allem Politiker, Wirtschaftsbosse, „Kulturträger“ und – eine Etage tiefer, aber nicht minder folgenreich – alles was eine leitende Funktion einnimmt, auch wenn sich so manches gewandelt haben mag.

Es kann aber auch „gut“ gehen, wobei „gut“ nicht umsonst in Führungszeichen gesetzt ist. Beispiele: Nicht wenige Menschen können sich vom Beziehungsangebot eines Narzissten nicht nur angesprochen, sondern sogar fasziniert fühlen, sich dem Betreffenden anschließen, unterordnen, ja ihre Freiheit in jeglicher Form verlieren. Manche haben einen ähnlichen Erfahrungshintergrund wie der Narzisst mit all seinen Schwächen, nach außen glanzvoll kompensiert. Sie kämpfen jedoch nicht für die (Wieder-)Herstellung ihres eigenen Selbstwertgefühls, sondern schließen sich einfach einem Vorbild an, einem Guru, Sektenführer, wobei die Gefahren jedem vor Augen stehen.

Es muss aber nicht so extrem ausfallen, es können auch herausragende („charismatische“) Persönlichkeiten im Alltag sein, die dann ihre Sonderstellung missbrauchen: Politik, Wirtschaft, Finanzen, Kultur, Militär, Sport, Religion – jeder kennt Beispiele. Oder – zumindest zahlenmäßig noch eine Stufe darunter – Teams, Arbeitsgruppen, Mannschaften bzw. auch „nur“ eine Zweierbeziehung. Wiederum: Jeder kennt Beispiele.

Der Narzissmus und seine partnerschaftlichen Konsequenzen

Der Narzissmus im „offiziellen Rahmen“ (Nachbarschaft, Arbeitsplatz, Öffentlichkeit) ist ein viel diskutiertes Thema. Der Narzissmus in der Partnerschaft hingegen ein meist „still erlittenes Drama“. Selbst in weniger ausgeprägter Form kann er „eine Wunde nach der anderen aufreißen“ und vor allem „oft nicht wieder verheilen lassen“. Was heißt das in kurzen Schlussfolgerungen (Einzelheiten siehe später):

Narzissten sind – das muss immer wieder betont werden –, ichbezogene Menschen mit einem vordergründig ausgeprägten Selbstbewusstsein bis hin zur Selbstüberschätzung, die aber in Wirklichkeit durch eine tiefe Verunsicherung wieder relativiert wird. Die Reaktionen darauf äußern sich als erstes im inneren zwischenmenschlichen, vor allem partnerschaftlichen Bereich.

Zum einen ist auch hier der Narzisst stets auf seinen Vorteil bedacht, selbst „im Kleinen“ (was für die Betroffenen aber gar nicht so unerheblich ist). Narzissten schaffen es meist mehr zu bekommen, als sie geben, heißt die alte Psychotherapeuten-Erkenntnis. So lassen sie andere (und damit auch den Partner/die Partnerin) ständig um ihre eigenen Probleme kreisen. Das ist auf Dauer nicht nur eine Zumutung, es ist auch lästig bis belastend – und risikoreich. Denn wenn der andere plötzlich keine Lust oder Kraft mehr hat, dann drohen Konsequenzen – von feindsosig bis massiv. Dabei kann der Narzisst gar nicht begreifen, dass man nicht ständig ein offenes Ohr für ihn hat. Sein Mangel an Gefühl, Zuwendung und Herzenswärme verbaut ihm die primitivsten Erkenntnisse im Sinne von „Geben und Nehmen muss ein ausgeglichenes Verhältnis haben“.

Kurz: Narzissten denken meist nur an ihre eigenen Bedürfnisse, an ihren eigenen Vorteil. So aber funktioniert keine Freundschaft, keine Partnerschaft, keine Ehe, kein „Wir-Gefühl“. Das mag ein unseliger Trend in unserer Zeit und Gesellschaft sein, für den kleinen, den intimen Kreis von „Du und Ich“ ist es langfristig verhängnisvoll.

Interessant auch die alte Erkenntnis, dass Narzissten gerade das wollen, was sie selbst am wenigsten zu bieten haben. Beispiele: Ein unattraktiver Narzisst will die schönste Partnerin, den am besten aussehenden Freund, ein Ungebildeter erwartet wie selbstverständlich, dass sich nur intellektuelle Kreise für ihn interessieren u. a.

Zuletzt ergibt sich aus der tiefen inneren Verunsicherung auch ein ganz besonderes Problem, nämlich die rasche und oft unbegründete Eifersucht – und damit entsprechende Szenen. So ist es nicht selten, dass der Narzisst zwar eifersüchtig seinen Partner kontrolliert, zugleich aber nichts dabei findet, fremde Beziehungen einzugehen. Narzissten wollen beides: „Die Sicherheit und Geborgenheit einer festen Beziehung, aber auch den Kick, den Affären bieten“ (E. Neumann, u. H.W. Bierhoff, 2004).

Selbst-Stabilisierung durch privilegierte Gruppen-Zugehörigkeit?

Von den verschiedenen Strategien, die ein Narzisst zur Selbst-Stabilisierung braucht, findet und einsetzt, sei am Schluss nur eine einzige genannt, weil sie mit am häufigsten genutzt wird: der Versuch, sich einer besonders privilegierten Gruppe anzuschließen. Diese Zugehörigkeit, in welcher Form auch immer (von der Zweierbeziehung bis zu Vereinen, Betrieb oder Behörde) gilt dann als Stabilitätsfaktor. Diese „Allergrößten“ werden dann nicht bekämpft, sondern akzeptiert, aber nicht um ihrer selbst willen, sondern als Ausweis eigener Größe, was dann den Unterschied zu den anderen ausmacht.

Was ist normal, was ist gestört: eine Schlussbetrachtung

Die Frage: „Was ist normal, was ist grenzwertig, was ist eindeutig gestört bis krank?“ ist gerade unter psychologischen und psychiatrischen Aspekten nur selten exakt zu beantworten. Letztlich ist es eine Frage der „Dosierung“, was schon vor Jahrhunderten bekannt und akzeptiert war (z. B. Paracelsus: *dosis facit venenum* = Die Dosis macht das Gift, ursprünglich auf Arzneimittel bezogen, aber natürlich auch psychosozial übertragbar).

Unter sozio-psychologischen Aspekten kommt gerade in diesem Fall wieder eine alte psychiatrische Erkenntnis zum Tragen, die besagt: „Krank ist, wen die Gesellschaft für krank hält“. Da ist was dran, auch in unserer (aufgeklärten) Zeit und Gesellschaft. Die Grenzen waren und bleiben fließend. Dies betrifft nicht nur die Mode, sondern inzwischen praktisch jeden Bereich, einschließlich körperliche und sogar seelische Gesundheit.

So können beispielsweise die meisten der erwähnten narzisstischen Charakteristika auch positiv formuliert werden und entsprechende Erfolge nach sich ziehen: sich durchsetzen, an sich selber denken, im Mittelpunkt stehen, sich darstellen können, motiviert sein, Leistung zeigen, zielgerichtet u. a.

Eine Kurzfassung findet sich beispielsweise im nachfolgenden Kasten nach P. Fiedler (2001).

Von der Normalität zur Störung

Im Normalbereich des Narzissmus findet sich ein Persönlichkeitsstil, der durch folgende Wesensmerkmale charakterisiert ist:

Sinn für das Besondere, z. B. durch erhöhte Leistungsorientierung, Bevorzugung ausgefallener Kleidung, elitäres Kunst-Empfinden, gepflegte Umgangsformen und status-bewusstes Auftreten.

Außerdem ehrgeizige Anstrengungen im Bereich der eigenen (möglicherweise auch einseitigen) Fähigkeiten und Kompetenzen mit erhöhter Leistung in der Schule, im Beruf, im Sport, im Freizeitbereich u. a.

Entsprechend häufig ist bei einer solch hohen (überhöhten?) Anspruchshaltung mit verstärkter Kränkbarkeit, wenn nicht gar mit Neidgefühlen zu rechnen. Dazu kommt eine starke Sensibilität für negative Affekte, insbesondere was Depressivität und Angstbereitschaft anbelangt, fast als Grundstimmung zu bezeichnen. Das wiederum führt – besonders bei entsprechenden Belastungssituationen und Selbstunsicherheit – zu einer Aktivierung aller Kräfte und damit zu einer fast spiralförmigen Entwicklung: Auf der einen Seite die Meinung, zwischenmenschlich zu wenig Akzeptanz zu finden, auf der anderen Seite der Versuch, die eigene Selbstsicherheit durch erneute Übersteigerung und Selbstdarstellung zu festigen – und damit fast in einem Teufelskreis zu enden.

Hier kann dann der Bereich des Normalen verlassen werden, der Betroffene droht sich der narzisstischen Störung zu nähern: Großartigkeit in der Phantasie, schließlich im Verhalten, dazu ein Mangel an Einfühlungsvermögen, insbesondere was die Einschätzung durch andere anbelangt; vor allem auch die Überempfindlichkeit gegenüber Kritik.

Zuletzt sind narzisstische Persönlichkeiten im abgehobenen Maße von ihrer Bedeutung überzeugt und übertreiben eigene Fähigkeiten, auch wenn die Leistung dem nicht entspricht, um das immer brüchiger werdende Selbstwertgefühl zu stabilisieren.

Bei ausgeprägter Kränkbarkeit drohen dann auch ängstlich-depressive Krisen, wenn nicht gar ein erhöhtes Risiko durch eine wachsende „Lebensmüdigkeit“.

Modifiziert nach P. Fiedler, 2001

Auch ist es keine Frage: Viele Berufe, oder konkret: Leistungsanforderungen, Darstellungsvermögen, kurz Auftritt und Vermittlung von Ideen, Sachverhalten u. a. könnten ohne eine „narzisstische Komponente“ wohl gar nicht bestehen. Wieder fallen einem zahlreiche Beispiele ein aus Politik, Show-Business, Wirtschaft, Kultur, Sport, ja Gesundheit, Religion u. a. Manchmal konnte (und kann noch immer) extremer Narzissmus von Vorteil sein (wenngleich im Verlauf eines solchen Lebens nicht unkritisch dauerhaft), manchmal wurde (und wird) er bereits zum Stolperstein zu Beginn einer Karriere.

Kurz: Wenn es einen „gesunden Narzissmus“ geben soll (und so etwas wird ja sogar entwicklungs-psychologisch nahe gelegt), dann hat er seine Berechtigung. Ist aber die Grenze überschritten, dann drohen Konsequenzen, erst einmal für die anderen (je nach gehobener Position des Betreffenden), zuletzt für ihn selber. Es ist und bleibt also eine Frage der erwähnten Dosierung. Aber

selbst wenn man diese berücksichtigt, entwickeln sich trotzdem Gefahren, beispielsweise gesellschaftlich.

Denn unser Verhältnis zum Narzissmus scheint sich in den letzten Jahren verändert zu haben, mahnen die Psychologen, Psychiater, Soziologen, Theologen, Philosophen u. a., die sich dieses Themas annehmen. Heute will jeder „ganz groß herauskommen“. Bescheidenheit ist keine Tugend mehr, wenn „deshalb nichts läuft, dann ist man selber schuld“. Allein die wachsende Zahl neuer Begriffe, die gleichsam durch die Hintertür den Narzissmus predigen, gewinnt gewaltig an Schub. Die Fähigkeit, sich selbst zu vermarkten und ins rechte Licht zu rücken, ist zur Schlüsselkompetenz geworden, ohne die es offenbar nicht mehr geht (D. Leising). Das wird schon im Kindergarten und in der Schule propagiert, in der Ausbildung verstärkt, im täglichen Wettbewerb auf den Gipfel getrieben, im Rückbildungsalter gnadenlos ausgespielt und prägt verhängnisvoll Partnerschaft, Familie, Nachbarschaft, Freundeskreis und die persönlichen Beziehungen am Arbeitsplatz.

Gleichzeitig aber nimmt offenbar die Zahl jener Menschen zu, die sich hier in eine „narzisstische Sackgasse“ manövriert haben. Das kann sehr lange dauern, denn ein Mensch mit gut funktionierender narzisstischer Abwehr fühlt sich recht wohl, sieht man einmal von den ständigen Spannungen ab, die sein selbstgemachter Leistungsdruck im Alltag provoziert. Beim Narzissten leiden ja (lange!) erst einmal die anderen, bevor der Betreffende – falls überhaupt – durch seinen eigenen seelischen, psychosozialen und schließlich körperlichen Strudel in die Tiefe gezogen zu werden droht (Angststörung, Depression, Sucht- und Suizidgefahr).

Wie sieht es nun die Klinische Psychologie und Psychiatrie, nämlich die Entwicklung, die Hintergründe, die Formen, Symptome und Folgen eines ausgeprägten Krankheitsbildes namens *narzisstische Persönlichkeitsstörung*?

Dabei muss man sich aber ständig in Erinnerung rufen:

Ein Mensch mit narzisstischen Charakteranlagen, Störungen oder gar einer narzisstischen Persönlichkeitsstörung vereinigt selbstredend nicht alle oder auch nur die meisten der hier aufgeführten Symptome auf sich. Jeder hat seinen Leidens-Schwerpunkt, was nicht nur auffällig oder belastend sein muss, sondern auch dezent, wenn nicht gar versteckt auftreten kann.

Nachfolgend nun das angekündigte ausführliche Kapitel.



NARZISSTISCHE PERSÖNLICHKEITSSTÖRUNG

ALLGEMEINE ASPEKTE

Kaum ein seelisches Krankheitsbild hat nicht nur die Psychiater, Psychologen und vor allem psychotherapeutisch Tätigen so fasziniert und zu kontroversen Diskussionen verleitet und die Betroffenen in psychosoziale Schwierigkeiten gebracht, ihr Umfeld verwundert, verärgert, empört, auf jeden Fall ratlos gelassen, wie die beiden Persönlichkeitsstörungen, die in den letzten Jahren das größte Interesse auf sich vereinigten, nämlich die narzisstische sowie Borderline-Persönlichkeitsstörung.

Beiden soll deshalb ein umfangreicheres Kapitel gewidmet sein. Hier geht es nun um die narzisstische Persönlichkeitsstörung. Um was handelt es sich?

Zur Mythologie

Narcissus war in der alt-griechischen Mythologie ein Jüngling, der sich in sein Spiegelbild verliebt hatte. Er war der wunderschöne Sohn des Flusses Cephissus in Böotien und der Nymphe Liriope. Geliebt wurde er von vielen Sterblichen und Unsterblichen, am meisten aber von der Nymphe Echo. Als er sie verschmähte, verschwand sie langsam und hinterließ nur das Echo ihrer Stimme. Narcissus aber wurde von Nemesis, der Göttin der Vergeltung dazu verurteilt, den Rest seines Lebens sein Spiegelbild im Wasser zu bewundern. Als er starb, wurde er in die gleichnamige Blume verwandelt.

So nennt man heute einen in sich selbst verliebten Menschen noch immer im Volksmund einen Narzissten. Narzissmus ist also nach allgemeiner Vorstellung eine Mischung aus Selbstverliebtheit, Selbstbezogenheit, Selbstbewunderung – und auch Egoismus. Das muss zwar noch nicht krankhafter Natur sein, hat aber in der Regel Konsequenzen. Einzelheiten zu den (noch nicht krankhaften) narzisstischen Charakterzügen bis hin zur narzisstischen Wesensart (ohne bereits eine narzisstische Persönlichkeitsstörung zu sein) siehe die speziellen Kapitel.

Persönlichkeitsstörung – was heißt das?

Was aber liegt vor, wenn es sich um eine *narzisstische Persönlichkeitsstörung* handeln soll? Nachfolgend deshalb erst einmal einige Anmerkungen zu den Persönlichkeitsstörungen, wie sie heute wissenschaftlich und klinisch gesehen, diagnostiziert und klassifiziert werden (siehe Kasten).

Persönlichkeitsstörungen – heute

—

Unter *Persönlichkeitsstörungen* versteht man ein tief eingewurzelttes Fehlverhalten mit entsprechenden zwischenmenschlichen und gesellschaftlichen Konflikten. Tritt in der Regel erstmals in der Jugend auf und verblasst im mittleren und höheren Lebensalter oft wieder (s. u.)

Eine praktisch verwertbare *Definition* lautet:

Von Persönlichkeitsstörungen spricht man dann, wenn eine Persönlichkeitsstruktur durch starke Ausprägung bestimmter Merkmale so akzentuiert ist, dass sich hieraus ernsthafte Leidenszustände und/oder Konflikte ergeben (nach R. Tölle).

Oder ein aus zahlreichen Definitionen hervorgegangener Kompromiss:

Eine Persönlichkeitsstörung liegt dann vor, wenn durch Ausprägungsgrad und/oder die besondere Konstellation von psychopathologisch (seelisch krankhaften) relevanten (bedeutsamen) Merkmalen dieser Bereiche erhebliche subjektive Beschwerden und/oder nachhaltige Beeinträchtigungen der sozialen Anpassung entstehen (nach H. Saß).

Begriff: Neben dem heute am häufigsten gebrauchten Begriff Persönlichkeitsstörung wurden früher bedeutungsgleich oder zumindest bedeutungsähnlich gebraucht: abnorme Persönlichkeit, Charakterneurose, dissoziale Persönlichkeit, Soziopathie sowie psychopathische Persönlichkeit bzw. Psychopathie.

Typologie: Früher zahllose Unterteilungsmöglichkeiten (mehr als 200?), heute vor allem paranoide, schizoide, schizotypische, dissoziale und antisoziale, Borderline-, histrionische, narzisstische, selbstunsichere und ängstlich-vermeidende, dependente, zwanghafte, passiv-aggressiv und negativistische, affektiv-depressive u. a. Persönlichkeitsstörungen.

Nach *Ursachen* und *Verlauf* gibt es Hinweise auf erbliche, psychologisch verstehbare und sogar hirnormale Faktoren (meist mehrschichtige Entstehungsweise). Der Verlauf hängt im wesentlichen von den einzelnen Formen der Persönlichkeitsstörungen ab. Manche sind im Alter rückläufig (oft verbunden mit entsprechender Vitalitätseinbuße und psychosozialer Einengung), andere unverändert ausgeprägt oder gar noch akzentuierter, wieder andere von psychosozialen Gegebenheiten abhängig.

Die *therapeutischen Möglichkeiten* beziehen sich am häufigsten auf Psychotherapie, insbesondere stützende Verfahren, Verhaltenstherapie, Entspannungsmethoden u. a. sowie Soziotherapie und Rehabilitationsmaßnahmen. Ggf. Pharmakotherapie (meist niederpotente und hochpotente Neuroleptika sowie Antidepressiva).

Narzisstische Persönlichkeitsstörung – ein erster Überblick

Bevor auf die einzelnen Aspekte wie Begriff, Definition, Klassifikation, historische Entwicklungen, Häufigkeit, Geschlecht, Alter, Persönlichkeitsstruktur, Beschwerdebild, Verlauf, Therapie u. a. eingegangen werden soll, eine zusammenfassende Einleitung:

Die *diagnostischen Hauptmerkmale der narzisstischen Persönlichkeitsstörung* sind ein typisches Charakter-Muster von Großartigkeit auf der einen Seite, Mangel an Einfühlungsvermögen auf der anderen und einem unstillbaren Bedürfnis nach Bewunderung. Solch eine schwierige Konstellation kann im Alltag aber nicht ohne Folgen bleiben. Typische Konsequenzen davon sind beispielsweise ein generelles Unbehagen, in dem sich solche Menschen befinden, was das Urteil der anderen anbelangt. Vor allem aber auch die Furcht vor negativer Beurteilung, vor Kritik, vor Herabwürdigung, Demütigung, Kränkung, zumindest aber davor, nicht entsprechend anerkannt, gewürdigt, vielleicht sogar bewundert zu werden.

Allzu häufig fallen solche Menschen trotz konflikt-trächtiger Eigenschaften allerdings nicht auf, selbst im nicht mehr vertretbaren Rahmen (siehe später). Und sie kommen natürlich auch nicht wegen ihrer narzisstischen Persönlichkeitsstörung in psychologische, ärztliche oder gar psychiatrische Behandlung. Denn eine solche Diagnose würden sie weit von sich weisen, einmal abgesehen davon, dass der Fachbegriff „narzisstische Persönlichkeitsstörung“ den meisten Laien gar nicht geläufig sein dürfte.

Wo die Betroffenen dann allerdings doch an ihre Grenzen stoßen können und ggf. Hilfe suchen, das sind die psychosozialen Folgen bzw. Symptome, die mit der Bedrohung oder gar dem Zusammenbruch solcher narzisstisch-grandioser Persönlichkeitszüge in Zusammenhang stehen („wenn der morsche Palast zusammenstürzt“).

So machen diesen Patienten vor allem folgende drei Charakter-Defizite zu schaffen:

1. ihr Mangel an Gefühlswärme und Zuwendung (Fachbegriff: Empathie)

2. ihr unzureichendes Einfühlungsvermögen in andere
3. ihre ggf. egoistische bis ausbeuterische Grundhaltung.

So etwas verschlechtert zumindest im mittel- bis langfristigen Verlauf die zwischenmenschlichen Beziehungen, seien es Partner, Angehörige, Freunde, Arbeitskollegen, Nachbarn u. a., wenn sie sie am Ende nicht gar völlig ruinieren – und den Urheber dazu.

Problematisch sind auch ihre unkalkulierbaren Reaktionen, nicht zuletzt das geradezu „wütende Gefühl der inneren Leere“, wenn solche Beziehungen schließlich zusammenbrechen, von psychosomatisch interpretierbaren Beschwerden (körperlichen Leiden ohne nachweisbaren organischen Ursachen), von Angstreaktionen, depressiven Verstimmungen, entgleisten Selbstbehandlungsversuchen (Alkohol, Medikamente, Nikotin, Rauschdrogen) oder gar einer Selbsttötungsgefahr ganz zu schweigen.

So jedenfalls die Definition der Amerikanischen Psychiatrischen Vereinigung (APA) im weltweit tonangebenden Standardwerk Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen – DSM-IV-TR (2003).

Nachfolgend nun eine etwas ausführlichere Darstellung, weil narzisstische *Persönlichkeitsstörungen* offenbar immer mehr in das Blickfeld einer verwunderten, ja ratlosen, irritierten, frustrierten oder gar wütenden Umgebung rücken und damit das professionelle Interesse der Psychologen, Psychiater und sonstig therapeutisch Tätigen wecken. Auf jeden Fall gilt der Erfahrungssatz:

Zwar scheint es keine statistisch nachweisbare Zunahme narzisstischer *Persönlichkeitsstörungen* zu geben, wohl aber ein vermehrtes Durchbrechen von „lediglich“ narzisstischen Wesenszügen in einer Zeit und Gesellschaft, der ohnehin eine Vernachlässigung bis Geringschätzung der Gemütskräfte nachgesagt wird. Oder kurz: Der Narzissmus als generelle Wesensart breitet sich aus, mit einer Zunahme narzisstischer *Persönlichkeitsstörungen* muss gerechnet werden.

BEGRIFF – DEFINITION – KLASSIFIKATION

- Über den **Begriff** aus historischer Sicht wurde bereits gesprochen. Das Gleiche gilt für den übergeordneten Fachbegriff *Persönlichkeitsstörung* (siehe Kasten). Daraus resultiert dann die *narzisstische Persönlichkeitsstörung* (englisch: narcissistic personality disorder).

- Als **Definition** gilt neben den diagnostischen Kriterien (siehe die beiden nachfolgenden Kästen) das bereits erwähnte tiefgreifende Muster von Großartigkeit, dem Bedürfnis nach Bewunderung und der Mangel an Einfühlungsvermögen. Der Beginn liegt im frühen Erwachsenenalter, die Störung zeigt sich in verschiedenen Lebens-Situationen (siehe später).

Wie es die amerikanischen Experten, meist psychoanalytisch tätige Ärzte und Psychologen und damit das DSM-IV-TR sehen, siehe der nachfolgende Kasten:

Diagnostische Kriterien für eine Narzisstische Persönlichkeitsstörung

Ein tiefgreifendes Muster von Großartigkeit (in Fantasie oder Verhalten), Bedürfnis nach Bewunderung und Mangel an Empathie. Der Beginn liegt im frühen Erwachsenenalter und zeigt sich in verschiedenen Situationen. Mindestens fünf der folgenden Kriterien müssen erfüllt sein:

- (1) hat ein grandioses Gefühl der eigenen Wichtigkeit (übertreibt z. B. die eigenen Leistungen und Talente; erwartet, ohne entsprechende Leistungen als überlegen anerkannt zu werden),
- (2) ist stark eingenommen von Fantasien grenzenlosen Erfolgs, Macht, Glanz, Schönheit oder idealer Liebe,
- (3) glaubt von sich, „besonders“ und einzigartig zu sein und nur von anderen besonderen 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, d. h. übertriebene Erwartungen an eine besonders bevorzugte Behandlung oder automatisches Eingehen auf die eigenen Erwartungen,
- (6) ist in zwischenmenschlichen Beziehungen ausbeuterisch, d. h. zieht Nutzen aus anderen, um die eigenen Ziele zu erreichen,
- (7) zeigt einen Mangel an Empathie: ist nicht willens, die Gefühle und Bedürfnisse der anderen zu erkennen oder sich mit ihnen zu identifizieren,
- (8) ist häufig neidisch auf andere oder glaubt, andere seien neidisch auf ihn/sie,

(9) zeigt arrogante, überhebliche Verhaltensweisen oder Haltungen.

Nach DSM-IV-TR, 2003

Da bisher aber nur die amerikanische DSM-Klassifikation zur Verfügung steht und die Weltgesundheitsorganisation (WHO) noch keine eigenen grundlegenden Vorschläge gemacht hat (siehe später die historischen Aspekte), hat der Arbeitskreis OPD 1996 einen Vorschlag für die Klassifikation dieser Persönlichkeitsstörungen unterbreitet, der sich zwar eng an die amerikanische Version anschließt, aber auch eigene Überlegungen, Korrekturen und Ergänzungen einbringt. Nachfolgend diese Version im Kasten.

Klassifikation der Narzisstischen Persönlichkeitsstörung nach Arbeitskreis OPD 1996

A. Die allgemeinen Kriterien für eine Persönlichkeitsstörung müssen erfüllt sein.

B. Mindestens fünf der folgenden Merkmale müssen vorliegen:

- (1) Größengefühl in Bezug auf die eigene Bedeutung (z. B. die Betroffenen übertreiben Leistungen und Talente, erwarten als bedeutend angesehen zu werden – ohne entsprechende Leistungen)
- (2) Beschäftigung mit Fantasien über unbegrenzten Erfolg, Macht, Scharfsinn, Schönheit oder ideale Liebe
- (3) Überzeugung, „besonders“ und einmalig zu sein, nur von anderen besonderen Menschen oder solchen mit hohem Status (oder von höheren Institutionen) verstanden zu werden oder mit diesen zusammen sein zu können
- (4) Bedürfnis nach übermäßiger Bewunderung
- (5) Anspruchshaltung; unbegründete Erwartung besonders günstiger Behandlung oder automatische Erfüllung der Erwartungen
- (6) Ausnutzung von zwischenmenschlichen Beziehungen; Vorteilsnahme gegenüber anderen, um eigene Ziele zu erreichen
- (7) Mangel an Empathie; Ablehnung, Gefühle und Bedürfnisse anderer anzuerkennen oder sich mit ihnen zu identifizieren
- (8) häufiger Neid auf andere oder Überzeugung, andere seien neidisch auf die Betroffenen
- (9) arrogante, hochmütige Verhaltensweisen und Attitüden (Haltung, innere Einstellung, Pose)

Nach dem Arbeitskreis OPD 1996 aus W. Tress u. a.: Persönlichkeitsstörungen. Leitlinie und Quellentext, 2002, modifiziert (Erläuterungen)

- Die **klassifikatorische Einteilung** leidet – wie schon angedeutet – unter einem medizin-politischen Problem, zumindest was psychiatrische Aspekte anbelangt:

Da ist zum einen die Amerikanische Psychiatrische Vereinigung (APA). Sie gehört zu den einflussreichsten Institutionen, schon allein zahlenmäßig (was grundsätzlich ein wichtiger bis entscheidender Faktor zu sein pflegt). Zum anderen gibt es seit mehreren Jahrzehnten die offiziell ton-angebende Weltgesundheitsorganisation (WHO) mit ihrem für beispielsweise Deutschland bindenden Standardwerk der Internationalen Klassifikation Psychischer Störungen – ICD-10. Beide versuchen sich zwar einander anzunähern, zumal unterschiedliche Lehr-Meinungen stets für Irritationen und vor allem Informationsverlust und damit diagnostische und therapeutische Einbußen verantwortlich sind, doch das lässt sich nicht immer realisieren, jedenfalls bisher. Das Thema dieses Beitrages ist ein gutes Beispiel.

Obgleich die narzisstische Persönlichkeitsstörung von vielen Spezialisten in aller Welt als eine der charakteristischsten und schwersten Formen der Persönlichkeitsstörungen angesehen wird, konnten sich die zuständigen Entscheidungsträger der WHO bisher noch nicht entschließen, dafür ein eigenes diagnostisches Klassifikationssystem mit entsprechender Verschlüsselung (was zum Beispiel in jeder Diagnose enthalten sein muss) aufzustellen. Der Grund liegt in durchaus nachvollziehbaren wissenschaftlich kontroversen Ansichten:

Die einen meinen, die verfügbaren Erkenntnisse seien ausreichend, auch wenn es sich überwiegend um Falldarstellungen aus psychoanalytischer Sicht handelt, um ein solches Krankheitsbild als real zu erachten und damit eine entsprechende Diagnose stellen zu dürfen. Die anderen halten dagegen: Die Befunde sind noch zu uneinheitlich, um eine konkrete Schlussfolgerung zu erlauben (Fachbegriff: niedrige Reliabilität der Diagnose). Man warte auf „harte Daten“, die dann auch statistisch überzeugen könnten.

Trotz allem aber verdichten sich inzwischen die Bemühungen auf allen Seiten, die so genannte „Charakter-Pathologie“ langsam, aber zuverlässig in den Griff zu bekommen. Damit zeichnet sich hoffentlich eines Tages doch noch eine weltweit einheitliche Klassifikation und damit Diagnose ab.

Warum aber gerade dieses Krankheitsbild zu bisher verhärteten Fronten geführt hat wird vor allem dann deutlich, wenn man sich einmal die geschichtliche Entwicklung dieses Leidens vor Augen hält, also vor allem das Beschwerdebild, die psychosozialen Ursachen und Hintergründe sowie psychodynamischen Konzepte (d. h. Interpretations-Ansätze). Zuerst aber zur Geschichte.

HISTORISCHE ASPEKTE

Wenn schon in der Einleitung dieses Beitrags so viel von unterschiedlichen Ansichten der wissenschaftlichen Autoritäten und Meinungsbildner die Rede ist, muss sich ja langsam die Überzeugung aufdrängen: Alles ist relativ, für jedes gibt es Argumente pro und contra, kurz: man sollte vorsichtig sein, wenn man angesichts dieser wissenschaftlichen Unsicherheit Mitmenschen eine Diagnose aufdrückt, die noch nicht einmal unter Experten-Kreisen ein einheitliches Meinungsbild ermöglicht.

Das ist auf den ersten Blick richtig, muss aber letztlich im wissenschafts-historischen Kontext, d. h. im medizinisch-geschichtlichen, in diesem Fall konkret im neurosen-psychologischen Zusammenhang gesehen werden. Deshalb einige Bemerkungen zur Entwicklung dieses Krankheitskonzepts, was gleichzeitig deutlich macht, wie sich ein solches krankhaftes Phänomen über viele Jahrzehnte langsam, ständig wechselnd und abhängig von neuen Erkenntnissen entwickelt.

Der Begriff „Narzissmus“ geht auf das Jahr 1898 zurück, wo ein britischer Sexualforscher von „Auto-Erotism“, also von einer Art Selbstliebe sprach, allerdings sehr weit gefasst und bis in die „normalen Äußerungen von Kunst und Poesie hineinreichend, die dem ganzen Leben erst mehr oder weniger Reiz verleihen“ (H. Ellis, 1898, 1900). Später umschrieb man in Kreisen deutscher Psychiater und Sexualforscher mit Narzissmus eine sexuelle Perversion (bei der jemand mit seinem eigenen Körper so umgeht, als handele es sich um ein Sexualobjekt). Gleichzeitig wurde aber auch die Selbstbewunderung hervorgehoben (P. Näcke, 1899). Der berühmte Nervenarzt (zu Beginn seiner Laufbahn auch neurologisch und pharmakologisch tätig!) und spätere Psychoanalytiker Sigmund Freud entwickelte 1914 in seiner Arbeit „Zur Einführung des Narzissmus“ das Konzept zweier Narzissmus-Stadien, den „primären“ und „sekundären“. Einzelheiten dazu würden hier zu weit führen, doch wurde in diesen Überlegungen erneut deutlich, was schon zuvor von anderer Seite angeklungen war: Der Narzissmus kann auch eine normale Entwicklungsphase sein und damit in eine unauffällige Charakterstruktur münden. Diese Gedanken fanden vor allem Mitte des 20. Jahrhunderts eine Fortentwicklung (Theorie des normalen und pathologischen Narzissmus nach H. Hartmann, 1950).

Das Konzept einer konkreten, nämlich narzisstischen Persönlichkeits*störung*, also einer seelischen Krankheit, wurde ebenfalls schon vor fast 100 Jahren vorgestellt. E. Jones (1913) beschrieb Menschen mit einem regelrechten „Gottes-ähnlich-Komplex“ (eine zwar harte, aber in einzelnen Fällen schier unübertrefflich typische Schilderung). Dieser beinhaltet die ständige Suche nach Ruhm, ein übersteigertes Anerkennungsbedürfnis, omnipotente (allmächtige) Überzeugungen, Exhibitionismus (zwanghafte Neigung zur Entblößung, hier

im erweiterten Sinne als „entblößende Selbstdarstellung“ gemeint), Sprachverliebtheit, subtile (kaum auffallende) Lerndefizite und eine „ungewöhnlich stark ausgeprägte Kette“ gegenteiliger Eigenschaften, die das Umfeld und letztlich auch die Therapeuten oft genug überraschen, verunsichern und in ihrer Diagnose wanken lassen. Dazu gehören beispielsweise falsche Bescheidenheit oder eine karikierende, d. h. überzogene, ja verzerrende oder gar lächerlich machende Verachtung des Geldes (was dann letztlich doch nicht stimmt).

Spätere Psychoanalytiker fügten schließlich weitere Einzelheiten dieser schillernden Wesensart zu. Dazu gehören die Anfälligkeit der narzisstisch Gestörten gegenüber süchtigen Entgleisungen jeglicher Art und sogar sexueller Perversionen (Reich, 1933). Oder ihre unbestrittene Fähigkeit, andere erst einmal zu faszinieren (Olden, 1948). Außerdem unkritische Phantasien darüber, etwas „Besonderes“, wenn nicht gar „auserwählt“ zu sein (Tartakoff, 1966). Oder die Neigung, auf eine Bedrohung des Selbstwertgefühls mit banalen Phantasien eigenen Ruhmes zu reagieren (Volkan, 1976). Dazu der Hang zur Umdeutung unvorteilhafter Geschehnisse, und zwar im eigenen, günstigeren Sinne (Horowitz, 1975). Nicht zu vergessen ein „verstecktes“ schambeladenes, verdrießliches, geistesabwesendes, liebloses und wehmütiges Leben (Akhtar u. Thompson, 1982) und eine heimliche masochistische (selbstquälerische) Tagesgestaltung (Cooper, 1988).

Diese eher äußerlichen, in der Fachsprache phänomenologisch genannten Hinweise mündeten aber schließlich in eine differenziertere Betrachtungsweise, die die offenbar wirkliche „innere Welt“ der Narzissten schildert, in der vor allem Neid und Wut eine große Rolle spielen (Kernberg, 1975 ff). Und sie berücksichtigten die Tendenz, ja das exzessive Bedürfnis andere zu idealisieren, um aus ihnen Kraft zu ziehen (Kohut, 1971 ff). Weitere Einzelheiten dazu, insbesondere was neuere psychodynamische Interpretationen angeht, siehe das spätere Kapitel über die modernen Narzissmus-Interpretationen.

Was aber trotz dieser eher negativen Erkenntnisse bis heute nicht vergessen werden sollte ist Folgendes:

Nach wie vor gilt der Narzissmus an sich als ein gesunder, d. h. normaler und sogar notwendiger Teil der individuellen psychischen Entwicklung und damit des Seelenlebens generell. Die *abwertende* Bezeichnung „Narzisst“ bzw. häufiger „narzisstisch“ ist also – wie hypochondrisch und hysterisch auch – nicht nur diskriminierend, sondern auch falsch. Dies gilt besonders für die normal-psychologische Entwicklung und damit den gesunden Teil einer Persönlichkeitsstruktur.

Außerdem fällt eine solche Wesensart – wenn man die Extrem-Pole in negativer, zumindest aber lebens-belastender Hinsicht betrachtet – nicht nur egoistisch, prahlerisch, arrogant, egoistisch u. a. aus, sondern kann – wenn man genau hinsieht – auch schüchterne und leicht kränkbare Eigenheiten aufweisen, was dazu führt, dass sich auch manche dieser Menschen schon bei der geringsten Anspielung frustriert und niedergeschlagen zurückziehen.

Es ist eben in der Seelenheilkunde wie in der Organ-Medizin auch, repräsentiert durch den schon zitierten Satz des mittelalterlichen Arztes Paracelsus: „dosis facit venenum“, oder auf deutsch: die Dosis macht das Gift. Und zwar nicht nur in medikamentöser Hinsicht, auch in der jeweiligen Wesensart, im Charakter und damit im zwischenmenschlichen Bereich des Alltags (weitere Einzelheiten siehe auch S. Akhtar, N. Hartkamp u. Mitarb., P. Fiedler u. a., nachlesbar im Literaturverzeichnis am Ende, wo auch jeweils ausführliche weiterführende Literaturhinweise zu finden sind).

HÄUFIGKEIT – GESCHLECHT – ALTER

- Die Angaben zur **Prävalenz (Häufigkeit)** einer Narzisstischen Persönlichkeitsstörung sind gemessen an der Aufmerksamkeit, die dieses Krankheitsbild in den letzten Jahrzehnten wissenschaftlich genossen hat, erstaunlich spärlich. Wenn man so genannte klinische Populationen heranzieht, d. h. stationär oder zumindest ambulant erfasste psychisch Kranke unterschiedlicher Diagnosen, dann streut die Häufigkeitsangabe über Narzisstische Persönlichkeitsstörungen zwischen 2 und 16 % (und mehr). „Das besagt aber noch nichts über die Häufigkeit in der Allgemeinbevölkerung, und nur die interessiert letztlich. Entsprechende Schätzung oder Analogieschlüsse gehen dabei von etwa 1 % generell aus, mitunter deutlich darunter.

Allerdings ist damit noch nicht bewiesen, dass narzisstische Wesenszüge, Einstellungen, Reaktionen, ja sogar eindeutige Krankheitszeichen selten oder von geringer Bedeutung seien. Und in verdünnter Form dürften narzisstische Eigenheiten ein deutlich häufigeres Phänomen sein als die erwähnten und scheinbar vernachlässigbaren 1 % in der Allgemeinbevölkerung.

Auch ist nachvollziehbar, dass gerade solche Menschen so gut wie nie wegen der erläuterten Beeinträchtigungen, Symptome und psychosozialen Folgen in ärztliche Behandlung gehen, vor allem nicht in nervenärztliche, psychiatrische oder psychologische und damit psychotherapeutische (siehe später). Wenn überhaupt, dann sind es mehr depressive und Angstzustände, psychosomatisch interpretierbare Beeinträchtigungen, Stress-, Überforderungs- und Konfliktsituationen, die um professionelle Hilfe nachsuchen.

Und ein weiterer Aspekt muss inzwischen diskutiert werden, wenn man die Forschungsergebnisse weltweit vergleicht und gewichtet. Immer dringlicher wird die Erkenntnis und damit Notwendigkeit (der sich vor allem die so genannte Transkulturelle Psychiatrie verschrieben hat), auch spezielle gesellschaftliche, kulturelle, völkerkundliche, ja regional akzentuierte Besonderheiten

zu berücksichtigen, oder in der Fachsprache: Der mögliche Einfluss besonderer kultureller Faktoren auf die phänotypischen Muster dieser Störungen macht epidemiologische Verallgemeinerungen schwierig (Akhtar, 2000). Dies trifft nicht zuletzt die Persönlichkeitsstörungen, hier insbesondere die Borderline-Patienten (die beispielsweise in Indien weniger zu Impulsivität und in Japan seltener zu Gewalttätigkeit neigen sollen als beispielsweise die amerikanischen Betroffenen dieser Diagnosen).

Auch bei der Narzisstischen Persönlichkeitsstörung spricht man davon, dass in manchen Regionen dieser Erde (z. B. im Fernen Osten) ein eher „versteckter“ bis „schüchterner“, ja sogar „moralischer Narzissmus“ eine Rolle spiele, wie er in der westlichen Welt kaum zu finden ist.

So gesehen bleibt deshalb der Verdacht, dass es nun doch mehr als 1 % in der Allgemeinbevölkerung sein dürften, die unter ihrer Narzisstischen Persönlichkeitsstörung zu leiden haben (und andere leiden lassen?).

- Ähnliches gilt für die Frage, ob **Männer** oder **Frauen** häufiger beteiligt sind. Das US-amerikanische Diagnostische und Statistische Manual Psychischer Störungen – DSM IV - TR spricht davon, dass 50 bis 75 % der Menschen mit einer Narzisstischen Persönlichkeitsstörung männlich seien. Eine genauere Literatur-Recherche stützt diese Aussage jedoch nicht, auch wenn man sich nicht zu einer Gleichverteilung entschließen kann.

Was sich allerdings hin und wieder in entsprechenden Studien abzuzeichnen scheint, ist das Verhältnis von narzisstischen Persönlichkeitszügen einerseits und Selbstwerteinbußen bzw. Verstimmungszuständen (nicht nur deprimiert-resigniert, auch reizbar-aggressiv) andererseits. Sie offenbaren durchaus eine gewisse Geschlechtsabhängigkeit, wobei sich tatsächlich immer wieder herauszustellen scheint:

Unter männlichen Untersuchten finden sich öfter Züge von Grandiosität sowie Fantasien von unbegrenztem Erfolg (und leider auch mangelndem Einfühlungsvermögen).

Interessant sind auch zwei weitere Aspekte: Manche Experten sind der Meinung, dass Männer zwar mehr betroffen sein können, aber auch Frauen mit eher männlichem Habitus (was ja ggf. auch in hormoneller Hinsicht objektivierbar ist). Diese scheinen dann ebenfalls gefährdeter als solche mit weiblicheren Zügen (was sich nebenbei nach den Wechseljahren ja in Richtung hormonbedingter „Vermännlichung“ zusätzlich auszuwirken vermag).

Und zweitens: Auch die untersuchenden Experten, z. B. Psychologen, Psychiater und vor allem Psychoanalytiker kommen von einer unbewusst vorgefassten inneren Meinung nicht so ohne weiteres weg (obgleich sie dies sicher heftig in Abrede stellen würden), die besagt: Persönlichkeitsstörungen im Allgemeinen und narzisstische im Speziellen werden doch eher mit dem männlichen Geschlecht assoziiert, besonders wenn eine reizbar-aggressive oder gar gewaltbereite Komponente mit hereinspielt.

Allerdings scheint hier die Realität in unserer Zeit und Gesellschaft korrigierend einzugreifen. Aggressivität oder gar Gewaltbereitschaft ist zwar nach wie vor ein überwiegend männliches Problem, scheint aber auch beim weiblichen Geschlecht immer mehr an Bedeutung zu gewinnen, wenngleich (noch) eher in verfeinerter Form (z. B. Mobbing?).

- Was das **Alter** anbelangt, so können sich narzisstische Züge zwar in allen Altersstufen, nicht zuletzt bei Heranwachsenden entwickeln und damit äußern. Das bedeutet aber noch lange nicht, dass sich bei dieser Person später eine Narzisstische Persönlichkeitsstörung ausbilden muss.

Wem dann aber tatsächlich eine solche Diagnose schließlich zugeschrieben wird, der scheint besondere Schwierigkeiten in jenen Phasen des Lebens zu haben, in denen sich seelisch, körperlich und psychosozial eine Zäsur andeutet, nämlich Wechseljahre und Alterungsprozess mit den entsprechenden Einschränkungen auf einer Ebene, die zwar alle trifft, Menschen mit narzisstischer Persönlichkeitsstörung aber offenbar besonders empfindlich.

WIE ÄUSSERT SICH EINE NARZISSTISCHE PERSÖNLICHKEITSSTÖRUNG?

Über die wichtigsten Merkmale einer solchen Charakterstruktur wurde bereits eingangs berichtet. Auch die zwei tabellarischen Übersichten und die Symptom-Schilderungen aus psychoanalytischer Forschung über einen Zeitraum von fast 100 Jahren vermitteln weitere Hinweise über ein Leidensbild, das zu den vielfältigsten und widersprüchlichsten in der Seelenheilkunde gehört. Die ebenfalls schon erwähnten diagnostischen Kriterien des US-Amerikanischen DSM-IV-TR bringen es schließlich noch einmal auf den Punkt. Nachfolgend nun eine modifizierte Übersicht, gleichsam aus dem Alltag heraus gegriffen (nach S. Akhtar, M. Hartkamp u. Mitarb., P. Fiedler, DSM-IV-TR u. a.):

Grundlage der Narzisstischen Persönlichkeitsstörung ist also ein tief greifendes Muster an Großartigkeit, ein übersteigertes Bedürfnis nach Be-

wunderung und ein verhängnisvoller Mangel an Einfühlungsvermögen. Was heißt das im Einzelnen?

Jeder Mensch nimmt sich wichtig, da gibt es keine Ausnahme (charakterisiert durch den Kalauer: „Alle denken nur an sich, nur ich denke an mich...“). Doch Menschen mit einer Narzisstischen Persönlichkeitsstörung überziehen ihre Selbsteinschätzung in folgenschwerem Maße. Sie überschätzen ihre Fähigkeiten und übertreiben ihre Leistungen. Dadurch erscheinen sie häufig prahlerisch und großspurig, auch wenn sie das geschickt zu verbergen trachten. Letztlich bleibt immer ein unangenehmer, ja alle anderen warnender Geschmack nach übersteigerter, auf jeden Fall ungesunder, fast zwanghafter Grandiositäts-Sucht zurück.

Gleichwohl pflegen sie bisweilen fast schon naiv anzunehmen, ihr Umfeld würde diesen Eigenschaften und Bemühungen den gleichen Wert zuschreiben. Manchmal geht es gut, oft aber auch nicht. Dann sind sie überrascht bis irritiert, wenn nicht gar gekränkt bis gereizt oder wütend, wenn das ihrer Meinung nach verdiente und damit erwartete Lob ausbleibt (das nebenbei – wenn es denn kommt – oft auch wieder gerne entwertet wird, gleichsam als Akt der öffentlich propagierten Bescheidenheit).

Ein Grund für diese verhängnisvolle **Überschätzung der eigenen Möglichkeiten** und Leistungen ist die *Unterschätzung* bis *Abwertung* der anderen. Deren geistige, körperliche, finanzielle, kulturelle, gesellschaftliche und auch äußere Ausstattung, deren Wesensart, Möglichkeiten, Beiträge, Leistungen und Bemühungen werden im eigenen Selbstbild grundsätzlich unter Wert gehandelt.

Oft sind Menschen mit Narzisstischer Persönlichkeitsstörung von ihren Fantasien schier grenzenlosen Erfolgs derartig eingenommen, d. h. von Macht, Glanz, Schönheit oder idealer Liebe, dass sie jeglichen „Bodenkontakt“ zu verlieren drohen – und dies bei ansonsten intellektuell durchaus ausreichender bis überdurchschnittlicher Geistesgabe. Nur so kann man verstehen, wie sie sich immer wieder in einer „schon seit langem fälligen Bewunderung und Ehre“ verfangen, zumindest aber dieser nachgrübeln und irritiert bis gereizt reagieren, wenn sie sich nicht endlich abzeichnet. Ganz besonders rufschädigend wird es dann, wenn sie sich in unkritischer oder gar lächerlicher Weise mit berühmten oder privilegierten Zeitgenossen vergleichen, was mitunter an Peinlichkeit kaum zu überbieten ist.

Personen mit einer Narzisstischen Persönlichkeitsstörung glauben also, dass sie den meisten überlegen, zumindest aber etwas Besonderes oder Einzigartiges sind. Und sie erwarten unreflektiert von anderen, sie ebenfalls so zu sehen. Da dies nicht grundsätzlich der Fall ist, drehen sie einfach den Spieß um und sind der Meinung, in ihrer Einzigartigkeit nur von solchen Menschen erkannt, verstanden und gewürdigt werden zu können, die ein ähnliches Niveau

aufweisen. Deshalb sollten sie nach ihrer Meinung auch nur mit solchen Mitbürgern verkehren, die eine spezielle oder von hohem Ansehen geprägte Position einnehmen.

Bisweilen sind solche Einschätzungen durchaus realistisch. Manchmal aber werden sie von den narzisstisch Geblendeten auch nur „kurzfristigen Größen der Zeitgeschichte“ zugeschrieben, die sie zudem lediglich selber nur überhöht sehen, gleichsam unrealistisch idealisieren, obgleich auch diese in Wirklichkeit gar nicht so einzigartig, perfekt, begabt, hochrangig oder auch nur berühmt sind. Ihr eigenes – im Grunde unsicheres, ja danieder liegendes, wenn nicht gar schambeladenes – Selbstgefühl wird durch diese idealisierenden Überhöhungskontakte wieder stabilisiert. Und wenn die betroffene Person, mit der sie sich zu „schmücken“ gewillt sind, den objektiven Ansprüchen nicht genügen, dann werten sie sie – wie erwähnt – einfach in ihren eigenen Vorstellungen auf – und damit auch sich selber.

So liegt es beispielsweise nahe, dass sie darauf bestehen (müssen), nur von „Spitzen-Experten“ beraten, betreut, behandelt und bedient zu werden, ganz gleich, ob das ein Rechtsanwalt, ein Arzt, ein Ausbilder oder ein Restaurant-Besitzer bzw. Koch, ein Mechaniker, „Top-Friseur“ u. a. ist. Oder kurz: **Nur das Beste ist gut genug** (die anderen sind zweitklassig, wenn nicht gar minderwertig).

In eine solche Zweitklassigkeit kann man übrigens auch als zuvor hochgelobter Spitzen-Vertreter seines Faches oder Standes absinken, ja, sich geradezu im freien Fall verlieren, wenn man den narzisstisch Gestörten in irgend einer Weise enttäuscht, frustriert oder auch nur nicht adäquat behandelt – aus seiner Sicht, wohl gemerkt.

Und das hat sich rasch, denn solche Menschen verlangen durchgehend (und damit für das Umfeld durchaus anstrengend) nach übermäßiger Bewunderung. Und dies in einer Form, wie sie sich ein „normal strukturierter Mitbürger“ gar nicht wünschen würde, es wäre ihm zu peinlich, vielleicht auch zu mühsam, weil letztlich gesellschaftlich oder beruflich zu anspruchsvoll bis riskant.

Der Grund für dieses überzogene Begehren klang schon mehrfach an: **Das Selbstwertgefühl der narzisstisch Gestörten ist meist ausgesprochen brüchig**. Deshalb sind sie auch so überzogen besorgt, gut zu funktionieren bzw. einen bestmöglichen Eindruck zu hinterlassen. Und sehr darauf fixiert, dass andere nur positiv von ihnen denken und reden.

Dies wäre an sich nicht negativ, das betrifft viele Menschen. Es nimmt aber bei den Narzissten häufig eine solche Form des übersteigerten Bedürfnisses nach ständiger Aufmerksamkeit und Bewunderung an, dass man mitunter an eine so genannte „fixe Idee“ denken muss. Dabei wird die gesamte Gedankenwelt des

Betroffenen gleichsam mit krankhafter Besessenheit durch eine einzige Vorstellung förmlich versklavt. Je ausgeprägter sich derlei übrigens abzeichnet, desto stärker sind dann auch zusätzliche Züge einer hysterischen Persönlichkeitsstruktur erkennbar (siehe später).

Kennzeichnende Merkmale des Narzissmus in aphoristischer Kürze

- Narzisstische Individuen leben rastlos und untröstlich in chronischem Verfolgungskampf, in Verzweiflung, Hass und innerpsychischer Isolation. Ihnen fehlt die Einfühlung in andere, und in ihren Beziehungen haben selbstsüchtige Bedürfnisse höchste Priorität. Sie werden leicht verletzt, verbittert und fallen den psychischen Beschwichtigern Drogen, Alkohol und promiskuoösem Sex zum Opfer (S. Akhtar, 2000).
- Die Motivationskraft des Narzissten besteht in der Suche nach Ruhm, Berühmtheit und Kraft (S. Akhtar, 2000).
- Der Narzisst wird dem Ruhm zuliebe auf Liebe verzichten ... (S. Akhtar, 2000).
- Wie eine Statue verleugnet der Narzisst seine Abhängigkeit (S. Akhtar, 2000).
- Der Narzisst ist nach außen hin übermäßig selbstbewusst und grandios, im Verborgenen hingegen schambeladen und unsicher (S. Akhtar, 1989).
- Der Narzisst argumentiert in seiner Wut scharf, wenn auch mit einer verengten Perspektive (H. Kohut, 1972).
- Im Allgemeinen sind die Narzissten beruflich besser eingebunden und auch ortsbeständiger, selbst wenn der gar nicht so selten erworbene große soziale Ruhm und Erfolg letztlich nur im Dienst ihres Exhibitionismus steht (O. F. Kernberg, 1975).
- Der Narzisst idealisiert einige Menschen, andere hingegen entwertet er (Volkan, 1982).
- Getrieben davon, seine „Sonderstellung“ zu untermauern, umgibt er sich in der Öffentlichkeit nur mit den von ihm als Besondere wahrgenommenen und meidet die von ihm Entwerteten. Im privaten Bereich hingegen umgibt er sich eher mit von ihm als wenig fähig und talentiert erlebten Mitmenschen, um sein Gefühl der Einzigartigkeit zu unterstützen (G. Adler, 1985).

- So mag der Narzisst zwar eine stabile Ehe führen, die aber für gewöhnlich nur eine soziale Fassade darstellt, hinter der er seine Unfähigkeit zu lieben und entweder einen sehnsüchtigen Hunger nach Sex oder aber wirkliche Untreue und Promiskuität außerhalb der Ehe verbirgt (S. Akhtar, 2000).
- ... neigt der Narzisst dazu, seine Konversation mit einer oberflächlichen Kenntnis aufregender Banalitäten, nur für Eingeweihte bestimmten Details und überraschenden Wendungen im Satzbau zu schmücken. Er liebt die Sprache, die ihm mehr als zur Informationsübermittlung dazu dient, seine Selbsteinschätzung zu regulieren (E. Jones, 1913, S. Bach, 1977).
- Chronisch egozentrisch widmet er anderen nur wenig Aufmerksamkeit und vergisst ohne weiteres deren Namen. Auf Grund seiner Unfähigkeit, die zu erwartende Scham und Demütigung von Ausbildungssituationen zu tolerieren, fürchtet sich der Narzisst davor, neue Fähigkeiten zu erlernen ... Neues Wissen wird von ihm umgehend als unnötig und sinnlos abgetan (S. Akhtar, 1989).

Aus S. Akhtar: Narzisstische und Borderline-Persönlichkeitsstörungen: zwei verwandte Bilder, 2000

So kann es beispielsweise sein, dass narzisstisch Gestörte ihre Ankunft gerne mit großem Hallo begrüßt sehen wollen – und dann rasch erstaunt bis frustriert, wenn nicht gar wütend oder bössartig reagieren, wenn das einmal nicht zu ihrer Zufriedenheit ausgeht. Auch kann es sein, dass sie der irrtümlichen Meinung aufsitzen, andere würden ihnen ihre seelischen, geistigen, körperlichen, wirtschaftlichen, beruflichen u. a. Fähigkeiten, ja ihren Besitz neiden. Und wenn dies nicht offenkundig der Fall ist, dann sind sie ebenfalls irritiert, denn nach ihrer Wesensart müsste ihre einmalige Position eigentlich schon entsprechende Reaktionen provozieren.

Auch können sie – häufig mit schamhafter Abwehr garniert – **ständig auf Komplimente aus** sein. Wenn es daran mangelt, dann ist es rasch vorbei, der Charme, die Koketterie, die vorgeschobene Bescheidenheit – und es drohen verletzende, vielleicht sogar bissige bis feindselige Reaktionen. Kurz: Ihr Anspruchsdenken wird in ständig übertriebenen Erwartungen deutlich, vor allem was eine bevorzugte Behandlung anbelangt. Und wenn es nur dabei bliebe. Denn unter Umständen kann eine derart überzogene Reaktionsweise drohen, die von der stillen, aber wutbeladenen Frustration bis zum blinden Hass reicht, wie man sie sich in solch extremem Ausmaß ansonsten kaum vorzustellen vermag.

So erwarten narzisstisch Gestörte dauernd, **dass man ihnen grundsätzlich entgegenkommt** und sind erstaunt bis erbost, wenn dies nicht geschieht. Bei-

spiele: Muss sich „ein solch großartiger Mensch“ geduldig in eine Warteschlange eingliedern, wie andere („Sterbliche“) auch? Muss er die Sicherheitsempfehlungen oder -vorschriften (z. B. gesundheitlich oder im Verkehr) beachten wie ein durchschnittlicher Mitbürger auch? Oder handelt es sich hier um eine besondere Person mit speziellen (überdurchschnittlichen) Fähigkeiten, bei denen sich die anderen oder gar das Schicksal einfach zu fügen haben, ganz gleich um welche grenzwertigen Risiken bis Übertretungen es sich handelt.

Eine solche **Anspruchshaltung** mag ja in einer egoistisch geprägten Zeit und („Ellenbogen“-)Gesellschaft nicht so selten sein, ggf. ständig zunehmen und eine harte, aber eben den heutigen Bedingungen angepasste Epoche repräsentieren. Die meisten haben aber dann doch (noch) ein schlechtes Gewissen, wenn man sie darauf anspricht (vor allem in der jeweiligen Situation). Narzisstisch Gestörte hingegen haben nicht nur eine solche Anspruchshaltung, sondern auch einen **Mangel an Sensibilität** gegenüber den Wünschen und Bedürfnissen anderer Menschen. Ihnen ist gar nicht klar, was sie da verlangen, voraussetzen, auszudrücken versuchen – und deshalb reagieren sie auch so ungehalten, wenn man sie darauf anspricht.

Auch sind sie nicht unbedingt von Grund aus rücksichtslos, böse, gemein oder niederträchtig, wie das manchem Betroffenen in ihrem Umfeld (in der Regel erst nach einiger Zeit) erscheinen mag, der in einer solchen Auseinandersetzung sprachlos vor Erstaunen wieder einmal den Kürzeren gezogen hat. Es fehlt ihnen einfach der Zugang zu einem die Möglichkeiten und Grenzen eines ersprießlichen Zusammenlebens garantierenden Empfinden (und zwar wohl biologisch fundiert (Erbanlage?) und später im zwischenmenschlichen Alltag im unglücklichsten Falle nicht korrigiert, sondern auch noch „zementiert“ – siehe das entsprechende Unter-Kapitel).

Deshalb reagieren sie auch so überschießend emotional bis zornig, ja fast mit einer Art verzweifelm Hass, wenn man ihnen eine bewusste oder zumindest unabsichtliche, aber immer wiederkehrende Ausnützung der anderen vorwirft. In den wissenschaftlichen Kurz-Charakteristika der narzisstischen Persönlichkeitsstörung ist sogar von „Ausbeutung“ die Rede, was zumindest in extremen Fällen der Realität entspricht.

Auf jeden Fall erwarten viele der narzisstisch Gestörten alles zu bekommen, was sie sich wünschen oder brauchen, ungeachtet dessen, was dies für den nächsten oder eine ganze Reihe anderer Mitmenschen bedeuten könnte. Auf jeden Fall schaffen es Narzissten meist, mehr zu bekommen, als sie geben. Und dies mit geradezu bewundernswerter Selbstverständlichkeit – jedenfalls aus ihrer Sicht.

Ein weiteres Beispiel ist die große **Zuneigung, die vom gesamten Umfeld gefordert wird**. Und dies ohne Rücksicht auf die Auswirkungen, was deren

eigenes Leben in Partnerschaft, Familie, Freundeskreis, Nachbarschaft oder Beruf anbelangt. Deshalb neigen Narzissten auch dazu, Freundschaften, Partnerschaften oder eine Ehe nur dann einzugehen, wenn die Wahrscheinlichkeit besteht, dass die andere Person ihren Absichten dient, z. B. ihr eigenes Selbstwertgefühl oder ihre Position stärkt. Das lässt sich beispielsweise an einigen Besonderheiten erkennen, die man bei diesen Menschen immer wieder findet:

Zum einen reißen sie nicht selten bestimmte **Privilegien oder Mittel** an sich, die sie auf Grund ihrer Besonderheit zu verdienen glauben, gleichgültig, was das für Konsequenzen für andere hat. Dabei müssen sie nicht einseitig fixiert und damit ungeschickt vorgehen, ja können je nach Wesensart und Begabung durchaus raffinierte Schachzüge einsetzen.

Dies betrifft nebenbei auch ihr **Liebes- und Sexualleben**. So vermag der Narzisst zwar eine stabile Ehe zu führen, die aber nicht selten nur eine soziale Fassade darstellt, hinter der er seine (Beziehungs-)Unfähigkeit und damit die Unfähigkeit wirklich zu lieben verbirgt. Und oft genug eine fast schon sehnsüchtige Gier nach emotionaler und nicht zuletzt sexueller Nähe, was ihn aber nicht von realer Untreue, wenn nicht gar Promiskuität (also häufig wechselnden Partnerschaften) abhalten muss. Dabei der eigenartige Widerspruch zwischen extremer Eifersucht mit entsprechenden Kontroll-Maßnahmen und dem eigenen Fremdgehen. Beides wiederum aus der bekannten Selbstwertproblematik resultierend, die sowohl Sicherheit und Geborgenheit durch feste Bindung als auch den Reiz der Affäre fordert.

Interessant auch die Neigung des Narzissten, den Umgang in der **alltäglichen Konversation** eher oberflächlich zu gestalten und oft mit zwar aufregend aufgemachten, aber letztlich banalen Informationen anzureichern, insbesondere was gesellschaftliche „Sensationen“ anbelangt. Das ist ihm wichtig. Wenn die andere Seite mehr Tiefgang anmahnt, dann ist mit gekränkten oder gar sarkastischen Kommentaren zu rechnen.

Aufschlussreich auch die **Sprache** des Narzissten: Oft geschmückt mit Aufmerksamkeit heischenden Details, die mitunter nur für Eingeweihte verständlich sind. Und überraschenden und bisweilen durchaus pfiifigen Wendungen im Satzbau. Denn der Narzisst liebt die Sprache, auch wenn sie ihm weniger zur Informationsübermittlung dient wie bei anderen Menschen, mehr zur Regulation der Selbsteinschätzung bzw. persönlichen Erhöhung.

Beruflich ist der Narzisst übrigens meist gut eingebunden und auch durchaus ortsbeständig, als Fachmann clever, kenntnisreich und gar nicht so selten erfolgreich bis zu überregionalem Ruhm gelangend. Dabei geht es ihm aber weniger um die Sache an sich, die Aufgabe, mehr um die veredelnde Bedeutung ihrer Funktion, Position oder die daraus erwachsenden Beziehungen, die

der eigenen Selbst-Überhöhung bis Berühmtheit dienen sollen (weitere Einzelheiten siehe das einleitende Kapitel).

Die **psychosoziale Situation** wird für narzisstisch Gestörte oft erst dann eng bzw. unüberwindbar, wenn – in der Regel meist nach erstaunlich langer Zeit (viele Menschen merken ewig nicht, was sich hier abspielt) – schließlich deutlich wird, welch ein bisweilen unfassbareres Defizit an Einfühlungsvermögen und Mitgefühl vorliegt. So erstaunlich lange geht es nicht zuletzt deshalb in dieser Form weiter, weil das Umfeld tapfer auf die Einsicht des Betroffenen hofft – und damit auf entsprechende Korrekturen seines (Fehl-)Verhaltens. Doch dies ist in der Regel nicht zu erwarten, jedenfalls nicht ohne Druck von außen. Denn narzisstisch Gestörte haben oft unüberwindbare Schwierigkeiten, die Wünsche, subjektiven Erfahrungen und vor allem Gefühle anderer auch nur zu erkennen, geschweige denn zu respektieren und ihre eigenen entsprechend anzupassen.

So können sie – chronisch-egozentrisch (ich-bezogen) und emotional letztlich distanziert und allein – anderen nur wenig und schon gar nicht die gebührende Aufmerksamkeit widmen (meist vergessen sie sogar deren Namen). Oder sie nehmen an, dass sich die anderen völlig ihrem eigenen Wohl verschrieben haben. Deshalb neigen sie auch dazu, ihre eigenen Angelegenheiten unangemessen detailliert, langwierig und nur auf Verständnis, Anerkennung und Lob ausgerichtet zu besprechen (und nicht etwa zu diskutieren, das könnte kontroverse Meinungen provozieren, die sie weder wünschen, noch objektiv durchstehen, ja überhaupt ertragen). Und wenn es ihnen einmal gelingen sollte, etwas Zuwendung zu signalisieren und auch andere zu Wort kommen zu lassen, vielleicht sogar deren Gefühle und Bedürfnisse zur Kenntnis zu nehmen, dann nicht nur sehr mühsam und mit höchster Anstrengung, sondern in der Regel nur strategisch („diplomatisch“) geleitet.

Wenn schon dies ein großer Mangel ist, der dauerhaften und echten Beziehungen im Allgemeinen entgegensteht (es sei denn, der oder die anderen seien zu ständigem Opfergang bzw. gar Leid bereit), so wird es noch problematischer, wenn narzisstische Persönlichkeitsstörungen nicht nur ungeduldig, sondern auch verächtlich, vielleicht sogar boshaft bis feindselig reagieren, vor allem wenn die andere Seite endlich einmal ihre eigenen Probleme, Angelegenheiten und Wünsche geklärt und berücksichtigt haben will. Narzisstisch Gestörten ist zumeist gar nicht bewusst, wie sie die anderen behandeln, also frustrieren, kränken, demütigen, beschämen, verletzen. Nachfolgend deshalb einige konkrete **Beispiele**:

Dem Partner ständig signalisieren, wie viele des anderen Geschlechts sich permanent und bewundernd um ihn scharen oder – noch eindeutiger – er sei nur ein Liebhaber auf Abruf, sobald sich etwas Besseres findet, könne er gehen. Und nach dem Bruch dem früheren Partner bei nächster Gelegenheit mit-

teilen, dass man jetzt „die Beziehung seines Lebens gefunden habe“, inzwischen endlich glücklich, zufrieden und geborgen sei, was ja zuvor leider nicht möglich war usw. Oder gegenüber einem Kranken mit der eigenen Gesundheit zu prahlen, bei wirtschaftlichem Niedergang die eigene Absicherung rühmen, bei befürchteter Alterung ständig mit Lobeshymnen zur eigenen Person verunsichern, auf jeden Fall aber ständig die Begeisterung und Faszination der halben Welt zitieren, die sich angesichts der eigenen Schönheit und Großartigkeit fast nicht mehr fassen kann.

Wenn aber die Bedürfnisse, Wünsche oder Gefühle anderer halbwegs erkannt, zumindest aber registriert und in die Diskussion offen eingebunden werden, dann häufig ungnädig, barsch, missbilligend, abwertend, verächtlich, geringschätzig, respektlos, wenn nicht gar vernichtend: z. B. als Zeichen von Schwäche, Niedergang, Krankheitsanfälligkeit, Hilflosigkeit, Verletzlichkeit, als Folge mangelhafter geistiger, körperlicher, wirtschaftlicher oder zwischenmenschlicher Fähigkeiten, als Konsequenz früherer Niederlagen, Einbußen, Schicksalsschläge, Katastrophen – oder schlichtweg: „Unfähigkeit auf allen Ebenen“.

Oder kurz: Von narzisstisch Gestörten geht nicht selten eine emotionale (gefühlsmäßige) Kälte und ein allseits irritierender Mangel an fürsorglichem Interesse oder zumindest Verständnis für die Bedürfnisse anderer aus. Manchmal scheint auch eine geradezu boshafte Verletzungs-Neigung durchzuschimmern.

Dabei wurde schon vor fast hundert Jahren festgestellt, dass diese Menschen selber beispielsweise stressreiche Ausbildungs- und kritische Prüfungssituationen gerne meiden, weil sie unfähig sind, die ggf. zu erwartende Scham oder Demütigung zu ertragen, falls es einmal nicht erfolgreich klappen sollte. Deshalb fürchten sich auch viele von ihnen davor, neue Fähigkeiten zu erlernen, was natürlich auch heißt, sich neuen (Lern-) Bedingungen, also Voraussetzungen, Lehrern und Konkurrenten zu stellen.

Zuletzt – und das kam ebenfalls schon mehrfach zur Sprache – sind narzisstisch Gestörte oft auch noch **neidisch** auf andere. Oder sie glauben, andere seien neidisch auf sie selber, würden ihnen ihre Erfolge, ja ihren Lebensstil nicht gönnen, seien es berufliche Position, Besitz, Reisen, Einladungen, ja Ansehen, Begabungen und sogar hart erarbeitete Fähigkeiten, denen jeder ansehen müsse, dass sie überaus mühsam erworben werden mussten.

Wenn man diesem seltsamen Verhalten auf den Grund zu gehen versucht, findet man oftmals die Meinung, solche Leistungen, Privilegien oder Fähigkeiten gehörten eigentlich ihnen zugesprochen, nicht irgendwelchen anderen (von denen sie ohnehin nichts halten, wenn sie ihnen nicht die eigene Position verbessern helfen). Und sollten die anderen Anerkennung, Lob oder besondere Zuwendungen erhalten, dann wird es für den Narzissten noch enger. Dann

können solche Menschen geradezu hämisch abwertend, ja kränkend und beleidigend werden (was nebenbei auf sie selbst zurückfallen kann, weil es meist offenkundig deplaziert bis geschmacklos ausfällt).

Oder wiederum kurz: Nicht nur überhebliches Auftreten und arrogante Verhaltensweisen gehören zum unangenehmen Charakteristikum narzisstisch Gestörter, manchmal legen sie sogar eine snobistische (fast schon lächerlich „exklusive“), auf jeden Fall verächtliche oder herablassende Haltung an den Tag, die bis zu unverschämten Bemerkungen oder unverfrorener Abkanzelung von an sich verdienstvollen Mitbürgern gehen kann.

Oder in einem Satz: Mit Narzisstischen Persönlichkeitsstörungen lässt sich auf Dauer nicht gut leben.

Der narzisstisch Gestörte und die anderen – eine zusammenfassende Übersicht

Von der Verletzlichkeit des Selbstwertgefühls war schon oft die Rede. Wer aber so verwundbar ist wie narzisstisch Gestörte pflegt dann auch sehr sensibel auf „Verletzungen“, „Kränkungen“, auf „Demütigungen“ und „Beleidigungen“, auf „Missachtung“, wenn nicht gar „Verachtung“, kurz auf alles zu reagieren, was – höchst subjektiv gesehen und deshalb hier in Anführungsstrichen gesetzt – nach Zweifel, Kritik, nach Beeinträchtigungen oder Niederlagen aussehen könnte. So etwas fällt gerade bei diesen Menschen tief („das muss ich mir nicht antun“), paradoxerweise, denn mit den anderen gehen sie ja nicht sonderlich einfühlsam um.

Selbst wenn sie es nicht nach außen hin zeigen sollten, fühlen sie sich doch sehr oft nicht ausreichend beachtet, respektiert, gewürdigt, ja, letztlich beeinträchtigt, benachteiligt, „versetzt“, behindert, wenn nicht gar bewusst gekränkt und gedemütigt, quälen sie Gefühle der Erniedrigung, der Degradierung, der Wertlosigkeit und lassen das nagende Empfinden von innerer Leere, Verlassenheit und Einsamkeit zurück. Manche werden verängstigt, deprimiert, ratlos, ja hilflos. Doch dies in der Regel nicht endlos lange. Dann können nach einiger Zeit, wenn nicht schon zuvor umgehend, gleichsam als Kipp-Reaktion auch Wut, Zorn, ja beißende Verachtung und insbesondere trotzige, boshafte bis bösertige, fast schon selbstzerstörerische, weil von blindem Hass geprägte Gegenangriffe drohen („es muss weh tun“).

Wieder andere (oftmals auch die Gleichen, es ist stets mit Überraschungen zu rechnen) ziehen sich aber zurück, ja erscheinen sogar auf den ersten Blick demütig (und damit aus der jeweiligen Situation heraus durchaus lernfähig). Tragfähige und langfristige Konsequenzen erwachsen daraus in der Regel aber nicht. Weit öfter hat man den Eindruck, dass diese Anpassung eher die ange-

schlagene Großartigkeit vor weiteren ruinösen Attacken des Umfeldes schützen soll.

So kann es nicht verwundern, dass die **zwischenmenschlichen Beziehungen**, seien sie partnerschaftlich, familiär, seien es Freundeskreis, Nachbarschaft oder am Arbeitsplatz aufgrund dieser Einstellung, d. h. dem überzogenen und unkritischen Anspruchsdenken, dem fast naiven Verlangen nach Bewunderung und vor allem der Missachtung von Empfindsamkeiten anderer häufig schon kurzfristig (und dann auch immer wieder), in der Regel aber spätestens mittel- bis langfristig beeinträchtigt werden. Fast möchte man einem entsprechenden Seufzer zustimmen: „Die Einsamkeit ist programmiert“.

Die Leistungsfähigkeit solcher Menschen wird dadurch allerdings nicht zwangsläufig untergraben. Im Gegenteil: Es gibt Fälle von geradezu bewundernswerter Dynamik trotz aller Belastungen, von fast schon rastloser bis an die tragbaren Grenzen gehender Aktivität – und oftmals mit erstaunlichem Erfolg. Dazu zählt auch eine bisweilen beeindruckende Hilfsbereitschaft, ja schier unverständliche Selbstlosigkeit bis Aufopferungsbereitschaft anderen gegenüber. Das ist kein Widerspruch, denn letztlich dient auch dies den bekannten Zielen der narzisstischen Erhöhung, wenngleich diesmal auf karikativem Weg („ein guter Mensch sein“).

Langfristig aber leidet schließlich auch die Leistungsfähigkeit sehr wohl, wird der Erfolg zumindest überdurchschnittlich teuer erkaufte. Die Gründe sind die erwähnte Überempfindlichkeit gegenüber Kritik oder vermeintlichen Niederlagen. Und die Unfähigkeit, daraus konstruktive Konsequenzen zu ziehen. Oder auf deutsch: im Alltag zu lernen, durch die „Züchtigungen des Lebens“ letztlich doch noch nachzureifen.

Allerdings kann die berufliche Leistungsfähigkeit schon von Anfang an auch sehr gering ausgeprägt sein. Sie spiegelt dann eher die mangelnde Risikobereitschaft wider, in Wettbewerbssituationen oder anderen Bereichen sich nur deshalb nicht zu stellen oder durchzubeißen, weil eben auch Frustrationen, Zurechtweisungen, Kränkungen und Niederlagen möglich sind, was das brüchige Selbstwertgefühl des Narzissten nicht zu ertragen glaubt.

Persönliche Krisenbereiche der Narzisstischen Persönlichkeitsstörung

Auf der Grundlage therapeutischer Kontakte aus dem Behandlungsalltag vor allem psychoanalytisch arbeitender Psychotherapeuten (zumeist aus dem

anglo-amerikanischen Kulturbereich) wurden folgende Störungs-Charakteristika herausgearbeitet:

- ***Verhaltensweisen, die eng mit fragilen (zerbrechlichen, brüchigen) Selbstwertrepräsentanzen (siehe die Stichworte „selbst“ und „Selbstwert“) zusammenhängen***
 - Hypochondrische Störungen (unbegründete Krankheitsfurcht) als somatisierter (verkörperlichter) Ausdruck der zentralen Unsicherheit im Bereich des Selbst
 - Scham, Verlegenheit und Gefühle der Demütigung, wenn eigene Bedürfnisse oder Defizite durch andere festgestellt werden

- ***Verhaltensweisen, die eng mit der kompensatorischen Grandiosität (also einem ausgleichenden, wenngleich keinesfalls zutreffenden Größengefühl) zusammenhängen***
 - Fantasien über oder Sehnsucht nach Besonderheit und Vollkommenheit
 - Das Bedürfnis nach unkritischer und fortdauernder Bewunderung
 - Exhibitionistische Neigungen (ein „Sich-zur-Schau-Stellen“)
 - Ein gewisser Perfektionismus („100% ist nicht ausreichend“) in dem Bemühen, alles selbst können zu wollen, auch das, was andere können
 - Affektierte (gezierte, gekünstelte) Darstellung seiner Selbst in den Eigenarten, in der Kleidung oder in der Sprache

- ***Besonderheiten der zwischenmenschlichen Interaktion (der Kontakte untereinander)***
 - Unvermögen zu liebevoller Zuwendung und Empathie (Einfühlungsvermögen) mit der Folge, dass keine stabilen Objektbeziehungen (engere Kontakte zu anderen Menschen von besonderer persönlicher Bedeutung) eingegangen werden können
 - Exzessive Selbstdarstellung und das durchgängige Gefühl, im Recht zu sein sowie eine gewisse Unfähigkeit, anderen zuzustimmen oder die Bedürfnisse anderer zu respektieren
 - Fehlende Konsensfähigkeit (unfähig zu kompromissbereiter Übereinstimmung), häufig verbunden mit einem anfänglichen Enthusiasmus (überzogene, leidenschaftliche Begeisterung bis hin zur schwärmerischen Bewunderung) und einer später gewöhnlich nachfolgenden Enttäuschung
 - Neid auf die erbrachten Leistungen und Möglichkeiten anderer Menschen und deren Abwertung bis zur Verunglimpfung
 - Ein „Don Juan“-Gebaren, z. B. als zwanghafte sexuelle Eroberungslust ohne Beachtung der Bedürfnisse des gewählten Partners

- Rachsüchtige Wut als Reaktion auf erfahrene Kränkung und persönliche Verletzungen
- **Arbeitsverhalten**
 - Einem früheren Leistungserfolg folgt zumeist auffällige Mittelmäßigkeit, nur gelegentlich durchsetzt mit kurz aufleuchtender Brillanz (glänzende Leistung)
 - Chronische oder intermittierend (immer mal wieder) auftretende Gefühle der Langeweile und Leere, wenn die eigenen Leistungen hinter den persönlichen Erwartungen zurückbleiben; nur geringes Interesse gegenüber der Tätigkeit als solcher
 - Befriedigung wird nur aus äußerer Anerkennung und Belobigung gezogen und nicht aus einer inneren Zufriedenheit über die erbrachte Leistung
- **Stimmungsstörungen**
 - Auffällige Stimmungswechsel zwischen Depressivität und Euphorie (inhaltloses Glücksgefühl), die eng mit den Schwankungen in der Selbstwerteinschätzung zusammenhängen
 - Unverhältnismäßige Ärger- und Neidgefühle, wenn die von anderen gezeigte Bewunderung nicht eigenen Erwartungen entspricht
- **Über-Ich-Störungen (also die allgemeinen leitenden Regeln, Gebote und Verbote, eine Art innerseelische Kontrollinstanz)**
 - Keine Anzeichen von schlechtem Gewissen, was seinen besonderen Ausdruck in der rücksichtslosen Neigung findet, sich selbst mit den intellektuellen und materiellen Leistungen anderer zu schmücken
 - Strenge und perfektionistische Ansprüche gegenüber dem eigenen Selbst.
 - Selbstdestruktive (selbstzerstörerische) Verhaltensmuster
 - Starke Ängste beim Erleben und Durchführen eigener „betrügerischer“ Handlungen wie auch beim Versuch, im Mittelpunkt der Aufmerksamkeit zu stehen

Nach A. M. Cooper und E. Ronningstam (1992), zitiert nach P. Fiedler, 2001, modifiziert

SPEZIELLE ASPEKTE

KO-MORBIDITÄT – WENN EINE KRANKHEIT ZUR ANDEREN KOMMT

Von manchen Experten wird die Ko-Morbidität als Krankheit der Zukunft bezeichnet. Das heißt: Konkrete, umschriebene Krankheitsbilder (und damit „exakte“ Einzel-Diagnosen) werden immer seltener möglich. Dafür dominiert das Phänomen, dass mehrere Störungen zusammen auftreten, mit unterschiedlichem Leidens-Schwerpunkt und vielleicht auch zeitlichem Ablauf, aber doch so, dass man nicht mehr mit einem einzigen Diagnose-Begriff auszukommen droht. So auch bei der Narzisstischen Persönlichkeitsstörung. Dabei sind es meist andere Persönlichkeitsstörungen, die offenbar ineinander übergehen oder sich überlappen.

- Am häufigsten seien dies *hysterische Persönlichkeiten*, heute als *Histrionische Persönlichkeitsstörungen* bezeichnet. Hier soll fast die Hälfte aller Fälle eine solche narzisstisch-hysterische Ko-Morbidität aufweisen oder konkreter: Narzisstische Persönlichkeitsstörung mit hysterischen (histrionischen) Anteilen.

- An zweiter Stelle stehen *Borderline-Persönlichkeitsstörungen*, die ebenfalls in der Hälfte aller Fälle bei einer Narzisstischen Persönlichkeitsstörung zusätzlich festgestellt werden können.

- Deutlich seltener finden sich hingegen *Antisoziale Persönlichkeitsstörungen* mit narzisstischen verbunden. Und wenn, dann wohl vor allem dann, wenn Frustrationen, Demütigungen, Enttäuschungen, Kränkungen u. a. in ohnmächtige Wut und rachsüchtigen Zorn umschlagen, was ja bei narzisstisch Gestörten zu den bedrohlichsten Kern-Symptomen zählt. Hier hofft man, dass eine solche unselige Kombination nicht mehr als jeden Zehnten belastet.

- Überschneidungen sind aber auch möglich bei den zu Rückzug und Isolation neigenden *Vermeidenden Persönlichkeitsstörungen* sowie bei *Paranoiden (wahnhaften) Persönlichkeitsstörungen*.

So gesehen scheint es nur selten der Fall zu sein, dass ein narzisstisch Gestörter nicht auch zumindest einige Symptom-Aspekte anderer Persönlichkeitsstörungen aufweist (obgleich fundierte Studien zu dieser Fragestellung bisher noch nicht vorliegen). Umgekehrt gilt dies natürlich auch: Das heißt, dass *Borderline-, Histrionische, ja Antisoziale, Vermeidende und Paranoide Persönlichkeitsstörungen* auch narzisstische Anteile in sich tragen bzw. damit fertig werden müssen (und ihr Umfeld auch).

- In Situationen, in denen vermutlich ohnehin eine gewisse Disposition (meist erblich bedingte und dann schicksalhaft verstärkte Neigung) zu *affektiven (Gemüts-)Störungen* vorhanden ist, können die damit verwandten Wesenszüge einer Narzisstischen Persönlichkeitsstörung auch zu anhaltenden Gefühlen von Scham oder Demütigung und die damit verbundene (Selbst-)Kritik zu gesellschaftlichem Rückzug, ja zu depressiven Reaktionen führen. Im Falle einer dauerhaften depressiven Verstimmung wäre dies die so genannte *Dysthymia* (leichtere langfristige Herabstimmung), wobei aber auch ausgeprägte Depressionen möglich sind.
- Im Gegensatz dazu kann eine anhaltende Periode von unkritischer Großartigkeit mit einer *hypomanen (submanischen, maniformen, also leicht manischen) Stimmung* einhergehen. Das heißt mit einem grenzwertig krankhaften Zustand von Hochstimmung mit allen seelischen, körperlichen und psychosozialen Folgen übersteigerten Selbstbewusstseins (siehe die entsprechenden Kapitel).
- Auch wird die Narzisstische Persönlichkeitsstörung gelegentlich mit *Ess-Störungen*, vor allem der Anorexia nervosa in Zusammenhang gebracht.
- Schließlich droht gar nicht so selten die missbräuchliche Einnahme oder gar *Abhängigkeit von psychotropen Substanzen*, z. B. bestimmten Arzneimitteln (z. B. Benzodiazepin-Tranquilizer) oder gar *Rauschdrogen*. Und hier insbesondere von Kokain, was ja bekanntlich zu einer „chemisch aufgeputschten Großartigkeit“ zu führen vermag und deshalb nicht selten von entsprechenden Persönlichkeitsstrukturen (und in kreativ geforderten Berufen?) bevorzugt wird.
- Manche Experten sind im übrigen der Meinung, dass Menschen mit narzisstischen Wesenszügen im Allgemeinen und Narzisstische Persönlichkeitsstörungen im Speziellen vermehrt krankheits- und sogar unfall-anfällig seien. Dies betreffe vor allem Infekte, aber auch Magen-Darm, Wirbelsäule und Gelenke, Herz und Kreislauf sowie (Spannungs-)Kopfschmerzen. Und bei den Unfällen weniger große, mehr kleinere Alltags-Unfälle mit entsprechenden Folgen. Die Ursachen sind unklar (stressbedingte Immun-Schwäche, dezente psychomotorische (von der seelischen Situation abhängige Bewegungs-)Unsicherheit?).

ZUR SUIZIDALITÄT NARZISSTISCH PERSÖNLICHKEITSGESTÖRTER

Vor allem die depressiven Reaktionen provozieren ggf. eine folgenschwere, weil letzte Konsequenz, nämlich die *Suizidalität*, die Gefahr, Hand an sich zu legen. Sie spielt bei den meisten seelischen Störungen eine nicht zu unterschätzende Rolle und macht auch u. U. deren „Tödlichkeit“ aus.

Die Angaben über die Selbsttötungsgefahr von Patienten mit narzisstischer Persönlichkeitsstörung sind allerdings recht dürftig. Dabei ist schon seit Jahrzehnten bekannt, dass es im Zusammenhang mit narzisstischen Krisen zu Suizidhandlungen kommen kann. Generell führen ja bei der Selbsttötungsgefahr unter den Persönlichkeitsstörungen vor allem Borderline- und Narzisstische Persönlichkeitsstörungen (etwa jeder Zehnte?).

Die Suizid-Methoden erstrecken sich dabei von so genannten „weichen“ Selbsttötungs-Verfahren (zumeist Tabletten-Vergiftung) über härtere Eingriffe (Erhängen, Erschießen, Auto-Suizid, Sprung, Elektrizität, Selbst-Ertränken u. a.) bis zu grauenhaften Prozeduren, mit denen beispielsweise schizophrene Erkrankte mitunter schockieren können. Dort ist es aber eher der psychotische Zwang, während bei den gekränkten und dann in ungebändigter Wut gegen sich selber vorgehenden Narzissten besonders die Phänomene ohnmächtiger, ja rachsüchtiger Zorn eine verhängnisvolle Rolle spielen.

Mitunter kann es auch zu einem so genannten „Sensations-Suizid“ kommen, also einer Selbsttötung, die vor allem das spektakuläre (und damit andere bloßstellende oder „abstrafende“) Moment in den Vordergrund stellt.

Weitere Einzelheiten siehe das entsprechende Therapie-Kapitel.

DER MALIGNE NARZISSMUS

Was Narzisstische Persönlichkeitsstörungen besonders belastet, ist ihr schon mehrfach erwähntes krankhaftes „grandioses Selbst“, das ja das fehlende und vor allem in die seelische Normalität integrierte Selbst ersetzen soll bzw. muss. Parallel dazu kommt es zu einer Verarmung an so genannten Über-Ich-Strukturen (siehe der entsprechende Kasten in dem Kapitel *Neurosen – einst und heute*), die die moralische Instanz unseres Wesens repräsentieren (und zwischenmenschlich verträglich regeln).

Aus diesem Grunde finden sich nach Meinung führender Experten bei narzisstischen Persönlichkeiten mitunter auch antisoziale Verhaltensweisen, die vor allem die danach benannte Antisoziale Persönlichkeitsstörung charakterisiert (siehe Kasten).

Antisoziale Persönlichkeitsstörung

Tiefgreifendes Muster von Missachtung und Verletzung der Rechte anderer, z. B.

- Unfähigkeit, sich gesellschaftlichen Normen oder gesetzmäßigen Vorgaben anzupassen
- Falschheit, die sich in wiederholtem Lügen und Betrügen zum persönlichen Vorteil oder Vergnügen äußert
- Impulsivität oder die Unfähigkeit, vorausschauend zu planen
- Reizbarkeit und Aggressivität, die sich in wiederholten Schlägereien oder Überfällen äußert
- rücksichtslose Missachtung der eigenen Sicherheit bzw. der Sicherheit anderer
- durchgängige Verantwortungslosigkeit, die sich im wiederholten Versagen zeigt, eine dauerhafte Tätigkeit auszuüben oder finanziellen Verpflichtungen nachzukommen
- fehlende Reue, die sich in Gleichgültigkeit oder Rationalisierung äußert, wenn andere gekränkt, misshandelt, bestohlen u. a. wurden.

Nach DSM-IV-TR 2003, modifiziert

Wenn – so die Psychotherapeuten – eine narzisstische Persönlichkeitsstruktur von intensiven krankhaften Aggressionen beherrscht wird, kann dies in unsehliger Verbindung mit der erwähnten krankhaften Grandiosität zu Skrupellosigkeit, Sadismus, ja Hass führen. Eine solche Kombination aus Narzisstischer Persönlichkeitsstruktur, antisozialen Verhaltensweisen mit entsprechenden Aggressionen und vielleicht sogar paranoiden (wahnhaften) Neigungen, nennt man dann in Fachkreisen einen *malignen (böartigen) Narzissmus*.

Wahrscheinlich ist es ein Zwischenglied zwischen der Narzisstischen Persönlichkeitsstörung und der eigentlichen Antisozialen Persönlichkeitsstörung, vor allem wenn es zu einem Verfall oder gar zum vollständigen Fehlen der an sich zügelnden und zur Anpassung zwingenden Über-Ich-Funktionen gekommen ist.

Bei einer rein Antisozialen Persönlichkeitsstörung finden sich nach Ansicht der Psychoanalytiker neben den paranoiden (wahnhaften) Tendenzen vor allem der mangelnde Wille in andere zu investieren, ohne diese dafür nachträglich ausbeuten zu wollen. Weitere Charakteristika sind das totale Fehlen von Schuldgefühlen und jeglicher Sorge um sich selbst oder um andere. Und die Unfähigkeit, sich mit eigenen oder fremden moralischen oder ethischen Werten zu identifizieren, ganz zu schweigen von dem Unvermögen, konkrete Vorstellungen über die eigene Zukunft zu entwickeln.

Damit unterscheidet sich die Antisoziale Persönlichkeitsstörung von dem weniger schweren Krankheitsbild des *malignen Narzissmus*. Denn dort findet sich wenigstens noch ein gewisses Engagement gegenüber dem näheren und weiteren Umfeld und ein Minimum an Schuldgefühlen. Zwar neigt man auch hier zu ausbeuterischen Zügen, doch sind wenigstens noch Gefühle gegenüber anderen möglich, die dann letztendlich doch noch korrigierend eingreifen können.

NARZISSMUS UND AMOK-GEFAHR?

Natürlich ist es nicht statthaft, ja sogar verwerflich, die „schrecklichste aller menschlichen Taten, den Amok-Lauf“, das blindwütige Zerstören oder gar Morden mit einer einzigen Wesensart bzw. Krankheit in Verbindung zu bringen. Es blieb aber schon früheren Untersuchern nicht verborgen, dass der Narzissmus bei solch „blindwütigen Gewaltdurchbrüchen“ bzw. wahllos erscheinenden Mordattacken zumindest als auslösende Teil-Komponente diskutiert werden muss (siehe das entsprechende Kapitel).

Nachfolgend deshalb einige Argumente im Kasten.

Psychologische Vorbedingungen von Amok

- **Eine narzisstische Persönlichkeitsstruktur** scheint eine wichtige Voraussetzung für Amok zu sein. Man sieht alles aus der Perspektive des eigenen Ich. Positive Dinge werden als selbstverständlich hingenommen. Negative Ereignisse werden leicht und schnell als persönliche Kränkung betrachtet. Offenbar sind es weniger eine geringe Selbstachtung, noch ein hohes Ausmaß an günstiger Betrachtung des eigenen Selbst, die zu Aggressionen führen, sondern ein instabiles Selbstwertgefühl, das täglichen Schwankungen unterliegen kann. Die höchsten Aggressionens-Niveaus fanden die Wissenschaftler bei jenen Personen, die emotionale und motivationale Investitionen in extrem günstige, grandiose Selbstbilder gemacht hatten (Narzisstes). Diese reagierten sogar aggressiv gegenüber jemandem, der sie positiv bewertet, gelobt hatte.

Das Muster lautet also: Narzissmus → subjektiv empfundene Bedrohung des Ich → Aggression.

Nach B. J. Bushman und R. F. Baumeister (1998) sowie S. R. Band und J. A. Harpold (1999), zitiert nach U. Füllgrabe, 2002

- **Narzissmus als Kompensation eines negativen Selbsterlebens:** Je ohnmächtiger, bedrohter, beschämter, hilfloser, schuldiger, gedemütigter das tatsächliche Selbst-Erleben eines Menschen ist, desto stärker steht er in der Gefahr, dieses Selbst-Erleben durch eine Größenphantasie von sich aus dem bewussten Erleben abzuspalten. Die abgespaltete negative Seite des eigenen „Selbst wird auf andere projiziert, die dadurch zu bedrohlichen Feinden abgestempelt werden, die es aus der Welt zu schaffen gilt. Er selbst kommt sich dann stark und großartig vor, seine Feinde aber sind für ihn der letzte Dreck, dessen man sich entledigen muss.

Diese narzisstische Kompensation gibt es nicht nur bei einzelnen Menschen, sondern auch bei Gruppen. Auf diese Weise lässt sich verstehen, warum gerade arbeitslose und zukunftslose Jugendliche (...) ein hohes Maß an Ausländerfeindlichkeit zeigen. Oder warum jeder Nationalismus auf ein Feindbild angewiesen ist („Schurkenstaaten“).

Nach R. Funk (2002) unter Bezug auf das neurosen-psychologische Konzept von Erich Fromm

- **Explosiver Narzissmus:** Die Psyche von Selbstmord-Attentätern ist das Unverstehbare schlechthin. Im Westen wie in islamischen Ländern gelten die Akteure vielen als Psychopathen, deren Taten absolut nicht nachvollziehbar sind. Doch so unterschiedlich Selbstmord-Attentäter ihrer sozialen Herkunft und ihren Lebensbedingungen nach auch sein mögen, so sehr ähneln sie sich in ihrer narzisstischen Persönlichkeitsstörung.

Zu menschlichen Bomben werden traumatisierte Persönlichkeiten, die es nicht schaffen, ihr narzisstisches Gleichgewicht mit allgemein üblichen Mitteln zu erhalten. Sie bewältigen die verstörende Realität weder mit Beziehungen zu anderen Menschen, noch mit tröstenden Phantasien. Statt dessen entwickeln sie Ideen von grandioser Überlegenheit und Allmacht. Wo religiös-politischer Fanatismus auf diese seelische Störung trifft, keimt der „explosive Narzissmus“. Die eigene Rechthaberei wird über das Leben anderer und über die Gesetze gestellt – auch über das Selbstmordverbot des Korans.

Diese These erklärt schlüssig, warum zu den Selbstmord-Attentätern nicht nur arme verzweifelte Fanatiker zählen, sondern auch gebildete, gut situierte Menschen mit Lebensperspektiven. Ihr extremes Schwarz-weiß-Denken und ihre Rachephantasien sind Reaktionen auf Kränkungen des Alltags, auf persönliche Verletzungen und psychische Entwicklungsstörungen.

Nach W. Schmidbauer, 2003

DIFFERENTIALDIAGNOSE – WAS KÖNNTE ES SONST NOCH SEIN?

Eng verknüpft mit der erwähnten Ko-Morbidität, bei der also mehrere Erkrankungen (wenngleich mit unterschiedlicher Beteiligung oder zeitlicher Nähe) zusammenkommen, ist das Problem der Differentialdiagnose: Was könnte es sonst noch sein, ist es aber nach näherer Betrachtung doch nicht? Hier wiederholt sich dann das Gleiche wie oben: Die meisten Probleme ergeben sich aus den anderen Persönlichkeitsstörungen.

Komprimierte Hinweise zur Unterscheidung gibt beispielsweise das US-amerikanische DSM-IV-TR (siehe Einleitung), das folgende Unterscheidungsmerkmale betont:

- Bei den **Histrionischen (Hysterischen) und Borderline-Persönlichkeitsstörungen** fallen vor allem die zwischenmenschlichen Kontakt-Stile Koketterie (früher als „Tändeln“, später als Flirten, heute als Anmachen bezeichnet), ferner eine gewisse Unterkühltheit bis Herzlosigkeit auf. Narzisstische Persönlichkeitsstörungen irritieren eher durch ihren schon mehrfach erwähnten „Großartigkeits-Anspruch“.
- Schwierig wird es vor allem zwischen **Borderline- und Narzisstischen Persönlichkeitsstörungen**. Hier zeigen Letztere dann doch eine größere Stabilität ihres Selbstbildes sowie weniger Destruktivität (Zerstörungsimpulse) gegenüber sich selber. Auch ist ihre Impulsivität nicht so ausufernd und die Sorge, verlassen zu werden, nicht so zermürend bis quälend. Eine interessante Gegenüberstellung nach S. Akhtar findet sich im nachfolgenden Kasten.

Wie unterscheiden sich Borderline- und Narzisstische Persönlichkeitsstörung?

Sowohl Borderline- als auch narzisstische Persönlichkeitsstörung leben rastlos und untröstlich in chronischem Verfolgungskampf, in Verzweiflung, Hass und innerpsychischer Isolation. Beiden fehlt die Einfühlung in andere. In ihren Beziehungen haben selbstsüchtige Bedürfnisse höchste Priorität. Beide werden leicht verletzt, verbittert und geraten deshalb leicht in einen Rauschdrogen-, Alkohol- oder sexuellen Missbrauch.

Dennoch gibt es wichtige Unterschiede, und zwar (nach S. Akhtar):

- Die Motivations-Kraft des Narzissten liegt in der Suche nach Ruhm, Berühmtheit und Kraft, die des Borderline-Patienten in dem Verlangen nach Bindung und Abhängigkeit. Der Narzisst wird dem Ruhm zuliebe auf Liebe verzichten, der Borderline-Patient zugunsten der Liebe auf den Ruhm.

- Der Narzisst vermittelt den Eindruck von Selbstgenügsamkeit und scheint auch auf die normalen menschlichen Bedürfnisse nach Liebe und Anerkennung verzichten zu können. Dagegen sucht der Borderline-Betroffene verzweifelt und hilflos den menschlichen Kontakt, um das drohende Alleinsein zu verhindern. Der Narzisst verleugnet hartnäckig und kompromisslos eine solche Abhängigkeit, der Borderline-Patient verharrt weinerlich in dieser Bedürftigkeit.

- Der Narzisst ist nach außen hin übermäßig selbstbewusst und grandios, im Verborgenen hingegen schambeladen und unsicher. Der Borderline-Patient fühlt sich dagegen minderwertig gegenüber allen anderen, obwohl auch die hartnäckige Gewissheit dieser Selbsterniedrigung letztlich auf eine versteckte Einbildung und Grandiosität schließen lässt.

- Dem Narzissten fehlen die chronische offene Wut und die Neigung zu gnadenloser Selbstverletzung bis hin zu schweren suizidalen Verhaltensweisen, wie es den Borderline-Patienten bedroht.

- Der Narzisst reagiert in seiner Wut scharf und ggf. mit kalkulierte[m] und anhaltendem Hass, was besonders dadurch verstärkt wird, dass er aus einer mehr oder weniger verengten Perspektive heraus argumentiert und attackiert. Dagegen reagiert der Borderline-Patient unter den gleichen Bedingungen aufgeregt, unlogisch, ja chaotisch, neigt zu explosiven Wutausbrüchen, die aber in der Regel schnell wieder verfliegen sind.

- Narzissten sind im Allgemeinen beruflich besser eingebunden und auch ortsbeständiger. Borderline-Betroffene sind dagegen beruflich und vor allem sozial weniger erfolgreich. Selbst wenn sie talentiert sind, gelingt es ihnen kaum, eine ausdauernde Initiative zur Entwicklung und Verfeinerung ihrer Fähigkeiten zu etablieren. Gleichzeitig neigen sie auch eher zu häufigem Ortswechsel.

- Der Narzisst idealisiert einige Menschen, andere hingegen entwertet er. Getrieben von seiner „eingebildeten Sonderstellung“ umgibt er sich in der Öffentlichkeit nur mit „besonderen Persönlichkeiten“ (auch wenn sie nur in seiner Phantasie zu solchen überhöht worden sind). Und er meidet die von ihm Entwerteten, Niedergemachten oder von vorne herein gering eingeschätzten. Dabei ist aber auch eine narzisstische Image-Umwertung möglich, d. h. man kann im Laufe der Zeit erhöht, erniedrigt oder im Ansehen wechselseitig ausgetauscht werden.

- Im privaten Bereich umgibt sich der narzisstisch Gestörte eher mit Mitmenschen, die von ihm als weniger fähig und talentiert erlebt, eingestuft und behandelt werden, denn dadurch unterstützt er sein subjektiv überhöhtes Gefühl der Einzigartigkeit und Grandiosität. Im Gegensatz dazu dürstet der Borderline-Patient nach sozialen Kontakten, die er mit allem und jedem eingeht, nur um das Alleinsein zu vermeiden. Zwar neigt er eher zu Idealisierung und Entwertung, und zwar noch intensiver und rascher, manchmal oft innerhalb weniger Stunden und bei ein und derselben Person. Dann aber so fahrig, hektisch, unbegründet und offensichtlich so durcheinander, dass das „innere Chaos“ bei weitem deutlicher wird als bei den zwar langsameren, dafür aber lang anhaltenden Image-Umwertungen der Narzissten. Somit dokumentiert sich die zwischenmenschlichen Beziehungen des Narzissten als eher stabil, wenn auch beschränkt und die des Borderline-Patienten als unermüdlich ausufernd, aber auf dünnem Eis, ja schwankendem Grund.

- Dies äußert sich am deutlichsten im jeweiligen Liebes- und Sexualleben. So mag der Narzisst zwar eine stabile Ehe führen, die aber für gewöhnlich nur eine soziale Fassade darstellt. Dahinter verbirgt sich seine Unfähigkeit wirklich zu lieben und entweder ein sehnsüchtiger Hunger nach Sexualität oder aber die reale Untreue und Promiskuität außerhalb der Ehe. Der Borderline-Patient hingegen zieht von einem Partner zum nächsten, ohne über die notwendigen seelischen Voraussetzungen für eine stabile Ehe zu verfügen. Kommt es wirklich zu einer engeren Partnerschaft, so verläuft diese Verbindung nach außen hin unerfreulich bis chaotisch (obgleich innerlich ein geradezu süchtiges Verlangen nach dem für ihn frustrierenden und durch ihn frustrierten Partner bestehen mag).

- Typisch sind auch die Unterschiede zwischen den jeweiligen Denkmustern: Zwar tendieren beide Persönlichkeitsstörungen zur Vernachlässigung von Details, doch der Narzisst neigt dazu, seine Konversation mit einer oberflächlichen Kenntnis aufregender Banalitäten zu überfrachten, die letztlich nur für Eingeweihte nachvollziehbar oder interessant sind. Der Borderline-Gestörte hingegen saugt die Informationen geradezu in sich auf, wenngleich sie im wesentlichen dazu dienen, mit den anderen in Kontakt zu bleiben.

- Und schließlich die Sprache: Der Narzisst liebt sie, doch regelt er damit eher seine überzogene Selbsteinschätzung, während sie ihm als Informationsübermittlung ziemlich gleichgültig ist. Deshalb auch die häufig überraschenden Wendungen im Satzbau, mit denen er seine Rede zu schmücken pflegt. Beim Borderline-Patienten spielt dies keine Rolle, hier dominiert die Kontakt-Gier, gleichgültig wie und wodurch sie zustande kommt. Seine Denkweise ist ja auch dadurch gekennzeichnet, die Dinge des Lebens in schwarz und weiß aufzuteilen, was dann auch seine Neigung zu spontanen und vor allem leichtsinnigen Entscheidungen erklärt.

- *Schlussfolgerung*: Narzisstische und Borderline-Persönlichkeitsstörungen haben manches gemeinsam, zumindest nach außen. Doch der Umgang mit anderen lässt interessante Unterschiede erkennen, was dann auch dazu führt, dass ihnen das Leben ganz unterschiedliche Erfahrungen zukommen lässt.

Nach S. Akhtar: Narzisstische und Borderline-Persönlichkeitsstörungen: zwei verwandte Bilder, 2000, modifiziert

- Ebenfalls problematisch kann die Unterscheidung zwischen **Histrionischer (Hysterischer) und Narzisstischer Persönlichkeitsstörung** werden. Auf was ist hier zu achten? Bei den narzisstisch Gestörten dominiert ein übermäßiger und oftmals nicht angepasster Stolz auf ihre eigenen Leistungen sowie ein relativer Mangel an Emotionalität (Gemühtiefe). Auffällig ist auch ihre Unsensibilität, ja geradezu Verachtung für die Empfindsamkeiten anderer Menschen. Das ist vor allem ein narzisstisches, weniger ein hysterisches Problem, obgleich auch Letzteren in dieser Hinsicht Wärme und Zuwendung für andere abgeht. Der Grund ist ähnlich, denn beide laufen auf der gleichen Schiene einer krankhaften Aufmerksamkeits-Sucht, auf jeden Fall aber gesteuert von dem überzogenen Wunsch nach Bewunderung (was bei Narzissten noch tiefer wurzeln kann).

- Eigentlich sollte man meinen, dass zwischen **Antisozialen Persönlichkeitsstörungen** und narzisstisch Gestörten nicht allzu viele Ähnlichkeiten befremden. Das DSM-IV-TR allerdings ist da anderer Meinung. Beide irritieren nämlich ihr Umfeld nicht nur durch ihre unsentimentale, ja unempathische Einstellung (also nicht von allzu viel Mitgefühl getragen), was bei geschicktem Vorgehen vielleicht nicht ganz so (schnell) auffällt. Doch sind Antisoziale Persönlichkeitsstörungen häufiger direkt, narzisstische zumindest in vielen Fällen ebenfalls in Gefahr, die Menschen nicht nur oberflächlich-ausbeuterisch, sondern geradezu unsensibel bis herzlos auszunehmen. Das muss keinesfalls nur die finanzielle Ebene betreffen, das kann genauso gut geistige und seelische Bereiche belasten. Allerdings sind Narzisstische Persönlichkeitsstörungen dabei nicht so heftig von Impulsivität, ja Aggressivität und Täuschungs-Absichten geschüttelt. Das macht Antisoziale Persönlichkeitsstörungen sehr rasch zu gefürchteten, zumindest aber ausgegrenzten, ja verhassten Außenseitern (auch wenn sie es nicht merken oder Kraft ihrer Position oder ihrer Beziehungen nicht registrieren bzw. beachten müssen).

Umgekehrt haben antisozial Gestörte in der Regel kein so ausgeprägtes bis krankhaftes Bedürfnis nach Bewunderung und neigen auch nicht allzu unkritisch bis lächerlich dazu, andere zu beneiden. Narzissten wiederum fallen

weniger durch Verhaltensstörungen (wie schon in der Kindheit der Antisozialen) oder frühes, zumindest aber später grenzwertig dominantes bis kriminelles Verhalten auf. Das wiederum ist dann die Domäne der Antisozialen Persönlichkeitsstörung.

Weitere Einzelheiten siehe das Unterkapitel über den „malignen Narzissmus“.

- **Zwanghafte Persönlichkeitsstörungen** leiden zwar unter ihrem überzogenen Hang zum Perfektionismus, der schließlich in Zwangsgedanken, Zwangsimpulse und Zwangshandlungen münden kann. Letzteres findet sich bei narzisstisch Gestörten weniger, wenngleich auch sie einer überzogenen Gründlichkeit und der Meinung unterworfen sein können, sie müssten perfekter sein als andere. Das ist letztlich der entscheidende Unterschied zwischen beiden: Zwangspatienten haben sich in ihrem Netz krankhafter „Gründlichkeit“ verfangen, glauben aber trotzdem nicht perfekt zu sein. Narzisstisch Gestörte hingegen bewegen sich nicht selten unbefangen bis ungerührt in dieser selbstbewusst vorgetragenen und unkritisch gelebten (Fehl-)Ansicht.

- Weniger eng sind die Berührungspunkte zwischen **Schizotypischen** und **Paranoiden Persönlichkeitsstörungen** (siehe diese). Ähnliches gilt für **Manische** oder **Hypomanische Episoden** (krankhafte Hochstimmung), wobei narzisstisch Gestörte natürlich auch von unbegründeten Stimmungsschwankungen beeinträchtigt sein können, die nicht nur nach unten (Depressivität), sondern auch nach oben in Richtung unbegründetes Glückgefühl und überschäumende (wenngleich unkritische) Aktivität „durchschlagen“ können.

- Und schließlich vermögen sowohl bestimmte Arzneimittel (vor allem Beruhigungsmittel vom Typ der Benzodiazepin-Tranquilizer), insbesondere bestimmte **Rauschdrogen** zumindest einen Teil jener Symptome auszulösen, die auch bei narzisstisch Gestörten eine Rolle spielen.

Hier ist es vor allem das schon erwähnte *Kokain*, das immer wieder von sich reden macht: gesteigertes Wohlbefinden, erhöhtes Selbstbewusstsein, Kontakt- und Risikofreudigkeit, gesteigerter Aktivitätsdrang mit Omnipotenz-Fantasien („ich kann alles“), Libido-Steigerung, aber auch Gemütslabilität, Distanzlosigkeit, Reizbarkeit, Aggressivität, ja unkalkulierbare Reaktionen ohnmächtigen Zorns oder wütender Feindseligkeit. Kokain gilt ja auch als intellektuell und kreativ stimulierende Künstler-Droge.

Vor allem bei der Möglichkeit differentialdiagnostischer Fehlentscheidungen (was hätte es sein können und war es dann doch nicht?) soll noch einmal der Hinweis des DSM-IV-TR wiederholt (und später gesondert abgehandelt) werden. Und der lautet wörtlich:

Viele äußerst erfolgreiche Menschen weisen Persönlichkeitszüge auf, die als narzisstisch angesehen werden können. Nur wenn diese Eigenschaften unflexibel, unangepasst und überdauernd sind und in bedeutsamer Weise funktionelle Beeinträchtigungen oder subjektives Leiden verursachen, stellen sie eine Narzisstische Persönlichkeitsstörung dar.

ANHANG:

NARZISSTISCHE STÖRUNG UND/ODER ADHS – EIN AKTUELLES THEMA

Ein Phänomen, das die Wissenschaft erst in letzter Zeit (wieder?) vermehrt beschäftigt, ist die Frage: Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitäts-Störung (ADHS) oder Narzisstische Persönlichkeitsstörung bzw. sowohl als auch, also die bereits erwähnte Ko-Morbidität, das Vorliegen zweier Störungen beim gleichen Betroffenen. Was lässt hier im Rahmen eines ADHS aufhorchen?

Nachfolgend eine kurzgefasste Übersicht zum früher so bezeichneten „Zappelphilipp, Hans-guck-in-die-Luft, bösen Friederich bzw. Suppenkasper“ (Heinrich Hoffmann), der aber später erwachsen wird und einen nicht geringen Teil seiner seelisch-körperlichen und damit psychosozialen Belastungen praktisch das ganze Leben durchzuschleppen hat. Im Einzelnen, vor allem für das **Erwachsenen-Alter von ADHS-Betroffenen:**

Die wichtigsten Symptome einer hyperkinetischen (konkreter: hyperaktiven) Störung nach ICD-10 bzw. einer Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitäts-Störung nach DSM-IV-TR sind

1. beeinträchtigte Aufmerksamkeit
2. Überaktivität.

Im Einzelnen:

- *Aufmerksamkeitsstörung:* erhöhte Ablenkbarkeit, Unvermögen, längeren Gesprächen aufmerksam zu folgen (vor allem, wenn es den Patienten nicht interessiert oder selber betrifft). Schwierigkeiten, sich auf schriftliche Aufgaben zu konzentrieren. Vergesslichkeit, häufiges Verlieren oder Verlegen von Gegenständen wie Autoschlüssel, Geldbeutel oder Brieftasche u. a.
- *Motorische (Bewegungs-)Hyperaktivität:* innerlich unruhig, unfähig, sich zu entspannen, „nervös“, kann längeres Ruhig-Sitzen nicht durchhalten (Spielfilme, Theater, Vorträge, Flugzeug u. a.). Kann auch nicht ruhig lesen (und

damit nutzbringend umsetzen), „stets auf dem Sprung“, fast missgestimmt-reizbar, wenn er längere Zeit inaktiv sein muss usw.

- *Affektlabilität (Gemütslabilität)*: Häufiger Wechsel von unauffällig zu resigniert-niedergeschlagen, am ehesten im Sinne einer unseligen Mischung aus unzufrieden und gelangweilt. Meist auf bestimmte Auslöser hin und einige Stunden bis Tage anhaltend, gelegentlich aber auch spontan und ohne Grund.
- *Desorganisiertes Verhalten*: Keine konstruktive Planung und Organisation möglich, „Chaos“ am Arbeitsplatz, in der Haushaltsführung, sogar in der Freizeitgestaltung. Nichts wird so richtig zu Ende gebracht, planloser Wechsel, unnötiges „Hängenbleiben“, dann wieder sprunghaft und desorganisiert zum nächsten. Unsystematische Problemlösungsstrategien, Schwierigkeiten in der zeitlichen Organisation (unfähig, Zeitpläne oder Termine einzuhalten) u. a. Größter Wunsch: „Sein Leben besser sortieren zu können“ (Zitat).
- *Affekt-(Gemüts-)Kontrolle*: dauernd missgestimmt-reizbar, schon aus geringem Anlass, verminderte Frustrationstoleranz, schnelle Wutausbrüche (allerdings von kurzer Dauer, nicht nachtragend). Beispiele: Straßenverkehr, aber auch im sonstigen zwischenmenschlichen Bereich – mit entsprechenden nachteiligen Konsequenzen.
- *Impulsivität*: wie bei Kindern, im Erwachsenenalter aber ungleich folgenreicher (Vorwurf: undiszipliniert, distanzlos, „keine Kinderstube“). Beispiele: Dazwischenreden, Unterbrechen anderer im Gespräch, unverfrorene Ungeduld, impulsiv ablaufende zwischenmenschliche Handlungen (z. B. Einkäufe, Verkehr). „Keine Geduld“, „keine Nachsicht“, „kein Verständnis“, „keine Sorgfalt“, „keine Zuverlässigkeit“ u. a. wie entsprechende Vorwürfe lauten.
- *Emotionale Überreagibilität („schnell oben raus“)*: Unfähig oder nur unzureichend in der Lage, mit alltäglichen Stressoren (Partnerschaft, Familie, Nachbarschaft, Arbeitsplatz, Kunden/Schüler/Patienten, Verkehr u. a.) umzugehen. Die Reaktionen sind überschießend, und zwar sowohl impulsiv-reizbar als auch unangebracht furchtsam. Kurz: „schnell belästigt“ oder „rasch gestresst“.

Die Forschung in Bezug auf das Erwachsenen-ADHS sind noch im Fluss, auf jeden Fall bei weitem nicht so ausgereift wie im Kindes- und Jugendalter. Die obige Darstellung ist nur eine kurz gefasste Symptom-Skala, die sich an einen der bekanntesten US-amerikanischen Fragebögen anlehnt („Wender-Utah-Kriterien der Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung im Erwachsenenalter, 1995, modifiziert und erweitert).

Einige Aspekte zeigen tatsächlich verblüffende Parallelen zur narzisstischen Persönlichkeitsstörung, andere passen nicht oder nur dann, wenn beide Störungen zusammenfallen. Dies scheint in der Tat häufiger zu sein, als man bisher annahm. Dann allerdings handelt es sich um erschwerte Bedingungen, und zwar sowohl für den Betroffenen, als auch sein Umfeld.

Hier wird die Prognose dann noch ungünstiger. Glücklicherweise sprechen auch erwachsene ADHS-Patienten relativ gut auf jene Psychopharmaka an, die das ja organische (und erbliche) Leiden deutlich mildern können (einige Antidepressiva sowie Psychostimulantien – siehe Fachliteratur).

PSYCHOLOGISCHE URSACHEN UND KRANKHEITSVERLAUF - EINE ÜBERSICHT

Was steckt nun eigentlich hinter einer narzisstischen Persönlichkeitsstörung, was ist die zugrunde liegende Entwicklungs-Geschichte? Dazu der Versuch einer allgemein verständlichen Übersicht, wobei nicht nur der komplexe Inhalt, sondern auch die populär-medizinische „Übersetzung“ aus der psychiatrischen und neurosen-psychologischen Fachsprache ihre Gefahren haben, das sei schon jetzt zugestanden.

Zuvor aber sei die Frage erlaubt, die nebenbei auch immer mehr Psychologen und Psychotherapeuten bewegt, denn sie hat auch für die Psycho- und Soziotherapie nachhaltige Konsequenzen (Stichwort: *Gesamtbehandlungs-Plan*):

Gibt es bei den narzisstischen Persönlichkeitsstörungen eine **biologische Ursache**? Das wäre dann eine gleichsam krankhaft entstandene biochemische Funktions-Fehlsteuerung, wie dies beispielsweise bei Depressionen und Angststörungen inzwischen kein wissenschaftlich kontroverses Thema mehr ist. Hier hört man immer wieder von einer Dysbalance bestimmter Neurotransmitter, also Botenstoffe im Gehirnstoffwechsel. Auch bei vielen anderen seelischen Störungen diskutiert man inzwischen ursächlich und im Krankheitsverlauf sowohl hereditäre (erbliche, also letztlich biologische) als auch bisweilen sogar hirnorganische Faktoren (z. B. Entzündung oder Verletzung des Zentralen Nervensystems). Darauf pflücken sich dann in einer Art Teufelskreis auch psychosoziale Belastungen auf (zwischenmenschlich, Erziehung, spätere (ungünstige) Einflussnahmen u. a.).

Dies alles führte zu dem inzwischen von allen Seiten akzeptierten Begriff der „mehrschichtigen Entstehungsweise“ seelischer Störungen. Darüber gibt es auch bei den Persönlichkeitsstörungen generell keine ernsteren Meinungsver-

schiedenheiten mehr, im Gegenteil: Dort wurden schon früher biologische Defizite als Grundlage späteren Fehlverhaltens akzeptiert.

Leider findet sich ausgerechnet bei der narzisstischen Persönlichkeitsstörung in biologischer Hinsicht bisher kaum etwas, was an diese neurohormonellen Hypothesen anknüpfen könnte. Dafür werden die psychologischen Gesichtspunkte umso heftiger diskutiert (siehe unten).

Es muss aber doch wohl zumindest eine biologische Basis geben, wie bei allem Organischen und letztlich auch Seelischen. Dabei ist es keine Frage, dass diese biochemische Grundlage in unterschiedlicher Intensität „durchschlägt“ und deshalb auch verdünnte Formen der narzisstischen Persönlichkeitsstruktur hervorbringt, die keine ernsteren psychosozialen Folgen nach sich ziehen dürften. Andererseits gibt es eben auch mittelstark ausgeprägte mit schon größeren Beeinträchtigungen und Extrem-Zustände, bei denen den Betroffenen nur wenig eigene Möglichkeiten zur Korrektur im Alltag bleiben, selbst mit therapeutischer Unterstützung. So etwas kann jeder erfahrene Psychotherapeut bestätigen.

Zur biologischen Ausgangslage und damit auch therapeutischen Strategie unter diesem Aspekt hört man jedoch bisher relativ wenig. Es ist auch schwierig, solche Patienten in entsprechende Studien einzubeziehen. Und psychoanalytisch tätige Psychologen und Ärzte neigen auch nicht dazu, ihre dergestalt diagnostizierte Klientel psychophysiologisch oder gar biochemisch untersuchen zu lassen. Es wird also noch seine Zeit dauern, bis man auf diesem Gebiet jene Erfahrung sammeln kann, die andere Persönlichkeitsstörungen auf Grund ihrer besonderen diagnostischen und therapeutischen Umstände (z. B. paranoide, schizo-typische, zwanghafte, antisoziale u. a.) bereits ermöglicht haben – mit teilweise zukunftsweisendem Erfolg, was Rehabilitation und sogar Prävention angeht, das sollte man nicht vergessen.

Nachfolgend im Kasten wenigstens einige – wenn auch nur zaghaft formulierte – Überlegungen aus der Sicht erfahrener Therapeuten, die sowohl biologisch als auch psychosozial interpretierbar sind:

Erbliche Aspekte – mehrschichtig interpretierbar

Patienten mit narzisstischer Persönlichkeitsstörung sind laut Erfahrung der damit befassten Psychotherapeuten häufig Kinder von ebenfalls narzisstisch gestörten Eltern (O. F. Kernberg, 1996). Das könnte als biologischer Hinweis gedeutet werden. Andererseits werden diese Kinder offenbar noch gehäuft dazu benutzt (konkret: missbraucht), um das Selbstwertgefühl ihrer Eltern zu erhöhen oder deren eigene Bedürfnisse zu erfüllen bzw. überhaupt erst zu erleben, was ihnen in ihrer Kindheit versagt geblieben ist. Das wäre dann die psychosoziale Komponente der mehrschichtigen Entstehungs-Basis.

Noch eindeutiger psychodynamisch interpretierbar ist folgende Konstellation: Kinder alleinerziehender Väter oder Mütter scheinen besonders dann gefährdet eine narzisstische Persönlichkeitsstörung zu entwickeln, wenn sie die Rolle des verlorenen Partners einnehmen müssen. Oder wenn sie auf Grund der biologischen Herkunft oder anderer Eigenschaften, die an den getrennten oder geschiedenen Partner erinnern, stellvertretend abgelehnt werden.

Derzeit konzentriert sich deshalb die Diskussion bei der narzisstischen Persönlichkeitsstörung vor allem auf neurosen-psychologische bzw. psychodynamische Hypothesen und diese aufgesplittert je nach Schule (z. B. Psychoanalyse/Selbst-Psychologie, Analytische Psychologie, Klientenzentrierte Psychotherapie, Gestalttherapie, Existenzanalyse, Transpersonale Psychologie u. a.).

Nachfolgend einige Hinweise zu diesen psychologischen Hypothesen (nach N. Hartkamp u. Mitarb. aus W. Tress u. Mitarb.: Persönlichkeitsstörungen, 2002, sowie S. Akhtar: Narzisstische und Borderline-Persönlichkeitsstörungen: Zwei verwandte Bilder in dem Handbuch der Borderline-Störungen, 2000; dort auch jeweils ausführliche Literaturhinweise):

● **Entwicklungsstrukturelle Übersicht**

Entwicklungsgeschichtlich (Fachbegriffe: Entwicklungs-, psychostrukturelle und dynamische Charakteristika) finden sich bei narzisstischen Patienten oft traumatische Ereignisse (seelische Verwundungen) in der Kindheit, allerdings nicht so heftig und verheerend, wie beispielsweise bei den meisten Borderline-Patienten. So berichten narzisstisch Gestörte nicht selten davon, dass sie als Kind von ihren Eltern ohne Einfühlung, unterkühlt bis kalt und sogar boshaft behandelt wurden. Dabei zudem noch auf eine „besondere“, gerade für ein Kind schwer durchschaubare Weise (siehe später).

Woher diese Ambivalenz (das elterliche Hin- und Hergerissen-Sein) stammt, wird unterschiedlich ausgelegt. Zum einen mag es auch daran liegen, dass viele narzisstische Menschen Kraft ihrer erblichen Eigenschaften und damit von Anfang an über gewisse seelische, geistige oder körperliche Besonderheiten verfügen. Beispiele: überragende Intelligenz, musikalisches oder künstlerisch-gestalterisches Talent, körperliche Attraktivität u. a. Das führt dazu, dass die an sich unzugänglichen, verschlossenen auf jeden Fall emotional unterkühlten Eltern neben ihrem gemütlosen, zumindest aber nicht einfühlsamen Erziehungsstil doch auch immer wieder Bewunderung empfinden – mit den entsprechenden „Wechselduschen“ in puncto Zuwendung, Liebe und Fürsorge.

Die innerpsychischen Folgen dieser aber letztlich für das Kind frustrierenden Erfahrung ist die Ausbildung von „schwerem psychischem Schmerz“, wie es die Psychotherapeuten nennen. Und einem sich später daraus entwickelnden Hass, auf jeden Fall aber Neid auf die anderen, deren Liebe und Unterstützung aber gerade umso dringender benötigt würde. Das heißt:

Aus einer ambivalenten Kindheits-Erfahrung wird letztlich ein ambivalentes Verhältnis zu den anderen schlechthin.

In der psychoanalytischen Fachsprache hört sich dies wie folgt an: Diese partielle Idealisierung des Kindes durch die Eltern führt zu einer Hypertrophie der talentierten Selbstrepräsentanz bei gleichzeitiger Leugnung der abhängigen und „wertlosen“ Selbstrepräsentanz, die voll mit Neid, Hunger und Wut ist. Oder auf einen Satz gebracht: Ein „grandioses Selbst“, das seinen Halt durch konstante Bewunderung zu sichern sucht (modifiziert nach Kohut 1971, Kernberg, 1975 u. a.).

Oder weiter: Auf sexueller Ebene äußert sich dies beispielsweise in einem zur Schau gestellten unrealistischen sexuellen Selbstbewusstsein, das aber andererseits durch eine tiefe und natürlich ebenfalls unbewusste Schuld belastet ist. Die Folge beim Erwachsenen ist dann häufig die Kombination aus erotischem Charme und Hypersexualität, hinter denen sich aber tiefe, schuldgeplagte Kastrationsängste mit Phasen von Impotenz und/oder eine oral determinierte starre Homosexualität verbergen (Kernberg, 1975).

Der berufliche Werdegang eines narzisstisch Gestörten ist durch dieses grandiose Selbst nicht selten durch ein übersteigertes berufliches Engagement geprägt. Allerdings kann hinter dieser „Pseudo-Sublimierung“ eine nagende Langeweile lauern (Erklärung: Sublimierung = Umwandlung sexueller (Trieb-) Energie in eine höhere Leistungsebene, d. h. der Sexualtrieb wird im Rahmen kultureller Formung auf ein nicht-sexuelles Ziel gelenkt). Das kann dann allerdings in der Realität auch zu großen Leistungen in Wissenschaft, Kultur, Politik u. a. führen. Pseudo-Sublimierung = scheinbare Sublimierung).

Selbst – was heißt das?

Da in diesem Zusammenhang immer wieder von dem neurosen-psychologischen Begriff des *Selbst* die Rede ist, nachfolgend der Versuch (!) einer kurz gefassten Erläuterung:

- *Selbst* aus der Sicht der Psychoanalyse bezeichnet die Gesamtheit der Person im Unterschied zu den Instanzen des Freud'schen Strukturmodells von Es, Ich und Über-Ich.

- *Selbst* aus der Sicht der Analytischen Psychologie von C. G. Jung heißt soviel wie das „Subjekt meiner gesamten, also auch der unbewussten Psyche“ (Archetyp der Ordnung und Einheit der Psyche).
- *Selbst* in der Klientenzentrierten Psychotherapie nach Rogers ist eine organisierte, in sich geschlossene Gestalt, eine spezifische Wesenheit („Ich hatte niemals Gelegenheit, Ich selbst zu sein“).
- *Selbst* in der Gestalttherapie ist das „System gegenwärtiger Kontakte“ oder „der fundamentale Akt der Integration“.
- *Selbst* aus der Sicht der Existenzanalyse umfasst sowohl die personalen Möglichkeiten (Fähigkeiten und Begabung) als auch die äußeren Möglichkeiten der jeweiligen Situation.
- *Selbst* in der Transpersonalen Psychologie ist – bildhaft gesprochen – eine Öffnung im innersten Kern unserer Persönlichkeit, durch die das transpersonale Selbst hindurchscheint.

Quelle: G. Stumm, A. Pritz (Hrsg.): Wörterbuch der Psychotherapie, 2000

- Oder als Versuch einer allgemein verständlichen Darstellung nach C. G. Jung:

Selbst: „Gesamtumfang aller psychischen Phänomene des Menschen, das die Einheit und Ganzheit der Gesamtpersönlichkeit ausdrückt.“

Nachfolgend nun einige spezifische Hinweise, je nach Autor:

- **Objektbeziehungstheoretische Auffassung nach Kernberg**

Nach O. F. Kernberg, der sich sehr intensiv mit diesem Thema beschäftigt hat (s. o.), hängt die Diagnose „Narzisstische Persönlichkeitsstörung“ nicht nur vom Beschwerdebild, sondern auch von der Qualität der zwischenmenschlichen Beziehungen und den Abwehrmechanismen von Patient (und Umfeld?) ab, und das kann sehr unterschiedliche Erscheinungsformen und psychosoziale Konsequenzen nach sich ziehen. Aus den vielen widersprüchlichen Beziehungs-Konfigurationen (Zusammenstellungen von Gemütszuständen) dieser Menschen schält sich für ihn vor allem eines als bedeutsam heraus: Die Projektion oraler Wut (Fachbegriff), ausgedrückt als Ärger, Zorn und Ressentiment (eine aus Vorurteilen gespeiste Abneigung) anderen gegenüber.

Grundlage ist ein grandioses, aufgeblähtes Selbst (siehe Kasten), das unverbunden (und damit unverarbeitet) neben einem unbegrenzten Bedürfnis nach Anerkennung existiert. Eine gefällig wirkende und auf den anderen bezogene Oberfläche verdeckt dabei ein rück-

sichtsloses Inneres. Und eine scheinbare Zufriedenheit mit der eigenen Person dient letztlich nur dazu, heftige Gefühle des Neides abzuwehren.

Die Beziehungen von narzisstisch gestörten Persönlichkeiten haben nach Kernberg deshalb auch einen ausbeuterischen (parasitären) Charakter. Sie teilen die Welt auf in diejenigen, die über etwas verfügen, was sich anzueignen lohnt, und diejenigen, bei denen dies nicht der Fall zu sein scheint. Und sie unterscheiden zwischen außerordentlichen Menschen einerseits und mittelmäßigen (mediokren) und wertlosen Menschen andererseits – alles aus ihrer persönlichen Sichtweise heraus.

In der Nähe der außerordentlichen Menschen erfahren narzisstisch Gestörte dabei ein Gefühl eigener Größe. Deshalb ihr Wunsch nach engeren Kontakten zu diesen Persönlichkeiten, die nicht nur hoch geschätzt, sondern geradezu idealisiert (verklärt) werden. Die anderen aber trifft lediglich Verachtung.

Nun werden die idealisierten Persönlichkeiten aber gleichzeitig gefürchtet. Warum? Narzisstisch Gestörte leiden vor allem unter ganz bestimmten Abwehrmechanismen. Einer, der wichtigsten(?) davon ist die Projektion (Einzelheiten siehe Kasten). Bei den Narzissten bedroht nun diese Projektion der eigenen ausbeuterischen Wünsche den Betreffenden selber, oder kurz: Was der narzisstisch Gestörte selber „strategisch praktiziert“, das befürchtet er (am meisten) von den anderen.

So gesehen sind narzisstisch gestörte Personen eigentlich ständig beeinträchtigt, wenn nicht gar unfähig, sich auf andere Menschen zu verlassen, ja nicht einmal gemütsmäßig angepasst einzulassen. Denn sie fürchten von anderen abhängig, manipuliert, ausgebeutet zu werden. Und somit bleiben auch alle ihre zwischenmenschlichen Beziehungen letztlich leer und unbefriedigend.

Neurotische Abwehrmechanismen

Bei der Entstehung einer Neurose (also einer seelischen Störung ohne organische Ursache) spielen auf der einen Seite bestimmte Triebimpulse, auf der anderen Abwehrvorgänge eine Rolle, die diese Triebimpulse neutralisieren sollen. Abwehr heißt also die Gesamtheit der unbewussten seelischen Vorgänge, die vor gefürchteten oder verpönten Triebimpulsen oder Stimmungen schützen sollen.

Die häufigsten sind Verdrängung, Verleugnung, Verschiebung, Identifikation, Reaktionsbildung, Regression, Rationalisierung, Sublimierung, Isolierung, Intellektualisierung, Ungeschehenmachen, Spaltung, psychosoziale Abwehr u. a. Einzelheiten siehe das Kapitel über die *Neurosen – einst und heute*.

- Ein besonders häufiger und seelisch tief greifender Abwehrmechanismus ist die *Projektion*: Das ist die Verlagerung eines gefürchteten, peinlichen oder unangenehmen Triebimpulses in die Außenwelt, in eine Person oder einen Gegenstand. Oder konkret: Eigene Konflikte, Wünsche oder Triebregungen werden nach außen verschoben (projiziert). Und nicht nur das. Sie werden dort auch noch kritisiert oder gar bekämpft, ohne zu wissen, dass man eigentlich selber gemeint ist.
- Der zweite, ebenfalls häufig genannte Abwehrmechanismus im Rahmen einer narzisstischen Persönlichkeitsstörung ist die *Spaltung*: Das beginnt bereits im Säuglingsalter und teilt die Welt in Gutes und Böses oder noch extremer: in „total gute“ und „total böse“ Aspekte des Lebens, seien es Personen, Gegenstände, Situationen usw. Da

diese Extremisierungen aber nicht gleichzeitig bestehen können, werden zur Erhaltung des inneren Gleichgewichtes entweder die guten oder bösen Repräsentanten projiziert (s. o.) oder verleugnet. Das heißt: Es gibt keine Synthese, keinen Kompromiss oder keine reale Entscheidung wie bei seelisch gesunden Menschen, es gibt nur einseitige und wechselnde Notlösungen, die natürlich keine innerseelische Stabilität ermöglichen.

● **Selbstpsychologische Auffassung nach Kohut**

Ein ebenfalls bedeutender Forscher auf dem Gebiet der Persönlichkeitsstörungen war A. Kohut mit seiner Selbstpsychologie. Aus deren Sicht ist die narzisstisch gestörte Persönlichkeit vor allem durch die Übertragungen und Gegenübertragungen charakterisiert, die in psychotherapeutischer Behandlung zu Tage treten (Einzelheiten siehe das Kapitel *Neurosen – einst und heute*).

Aus der Sicht von Sigmund Freud waren Patienten mit narzisstischen Neurosen dadurch gekennzeichnet, dass sie sich in der Übertragung nicht an ihren behandelten Arzt zu binden vermochten. Deshalb schienen sie ihm auch für eine psychoanalytische Behandlung ungeeignet. Kohut hingegen sieht das anders: Für ihn sind narzisstisch Gestörte sehr wohl in der Lage, Übertragungen herauszubilden, obgleich sie durch gemütsmäßige Zurückhaltung und ein scheinbar fehlendes Sich-einlassen-Können den Therapieerfolg durchaus erschweren, im Einzelfall sogar zu blockieren vermögen. Interessant ist auch ihr mitunter eigenartiges Verhältnis zum Therapeuten. Nicht selten wird nämlich der Psychotherapeut (also Arzt oder Psychologe) gar nicht als eigenständiges Individuum gesehen, sondern als eine Erweiterung des eigenen Selbst (siehe der entsprechende Kasten).

Kohut spricht deshalb auch von „Selbstobjekt“ und versteht darunter einen Beziehungspartner, der die notwendigen Aufgaben und Funktionen wahrnehmen muss, die für die Entwicklung des narzisstisch Gestörten unerlässlich sind, um ein eigenes, gesundes, funktionsfähiges Selbstgefühl zu entwickeln. Oder kurz: Der narzisstisch Gestörte braucht für sein seelisches Gleichgewicht eine andere Person.

In der Entwicklung des Kindes werden deshalb nach Kohut die Eltern die wichtigsten Selbstobjekte. Deshalb sollen sie auch im Normalfall dem Kind das Gefühl des Angenommenseins und der Bestätigung vermitteln, um der „natürlichen Phase des Exhibitionismus“, die jeder durchmacht, hilfreich zu entsprechen. Nur so wird aus einem Kind ein (vor allem innerseelisch) starker und damit erfolgreicher Erwachsener. In vielen Fällen aber werden die Eltern gleichzeitig zum Ziel des kindlichen Bedürfnisses nach Idealisierung, also zum Inbegriff der Vollkommenheit und damit zum nachahmungswerten Vorbild.

Einem seelisch reifen Individuum ist es nun durchaus möglich, einem solchen idealisierten Selbstobjekt im vollen Umfang auch Autonomie zu gewähren, d. h. die eigenständigen Bedürfnisse des anderen Menschen zu akzeptieren. Damit können nämlich beide leben, fördern einander und bleiben gleichzeitig unabhängig. Die Entwicklung des gesunden Narzissmus führt also nicht nur zu reifen, d. h. störungsarmen Formen zwischenmenschlicher Kontakte, sondern auch zu einer akzeptablen Ausprägung des Narzissmus. Und der hat nicht die vielen nachteiligen Eigenschaften, die bei narzisstisch *Gestörten* auftreten, sondern schließt durchaus positive Aspekte wie Humor, Kreativität, Empathie, Weisheit, Hilfsbereitschaft, Toleranz u. a. ein.

Bei so genannten „frühen Störungen des Selbst“ (also während der Entwicklungsphase in den drei ersten Lebensjahren), wie sie sich bei der narzisstischen Persönlichkeitsstörung

ausbilden, zeigen sich entsprechende Defizite dieser seelischen Struktur. Diese liegen z. B. darin, dass diese Patienten ihr Gegenüber als einen Teil ihres eigenen Selbst zu absorbieren versuchen, konnten sie doch kein eigenes reifes Selbst entwickeln und damit gegenüber belastenden Einflüssen schützen. Die Extrem-Variante einer solchen „Fremd-Selbst-Stabilisierung“ führt schließlich dazu, dass der andere als bewundernder Spiegel für die eigenen grandios-exhibitionistischen Sehnsüchte herhalten muss. Dadurch wird er zum idealen Objekt, das dann auch auf den Patienten abfärben soll, wenn er mit ihm innerseelisch zu verschmelzen vermag. Denn dies braucht der narzisstisch Gestörte in seinem seelischen Defizit, um Ruhe oder zumindest Beruhigung und Kraft zu finden. So etwas nennt man deshalb auch ein „Alter Ego“, oder das „Andere Ich“. Durch dieses „Andere Ich“ gelingt es dem Narzissten dann doch noch ein Gefühl der inneren Einheit und Zugehörigkeit zu anderen Menschen zu finden.

Mit diesem zwischenmenschlichen bzw. therapeutischen Hindernis muss also der Psychotherapeut leben, ja er muss es mit dem Patienten zusammen zu überwinden trachten. Das Ziel lautet gleichsam stellvertretend nicht er selber sein zu dürfen, sondern ein Teil des anderen, des Bedürftigen, um dessen Stabilität langsam aufzubauen. Dabei muss er aber auch versuchen, die Manipulations-Versuche des narzisstisch Gestörten bewusst zu machen und langsam einzudämmen. Das Gerüst „Therapeut“ muss kontinuierlich abgebaut werden, damit das „seelische Haus“ des Patienten auf eigenem Fundament zu stehen kommt. Weitere Einzelheiten dazu siehe das Therapie-Kapitel.

- **Pathologischer (krankhafter) Narzissmus als Folge fehlerhafter sozialer Lernvorgänge**

Während manche Experten die Bedeutung von Enttäuschungserlebnissen, vor allem von elterlichem Versagen, wenn nicht gar kalter bis boshafter Behandlung als Ursache einer narzisstischen Persönlichkeitsstörung betonen, geht T. Millon in eine andere Richtung: Für ihn ist eine narzisstische Störung das direkte Ergebnis dafür, dass das Kind mit einer späteren narzisstischen Persönlichkeitsstörung von seinen Eltern überschätzt wurde. Denn es gäbe nach wie vor Eltern, die ihre Kinder im Übermaß verzärtelten und zu nachgiebig behandelten. Das aber vermittele diesen Kindern die Erfahrung, dass jeder eigene(!) Wunsch so etwas wie ein Befehl zuerst an die Eltern, später an das gesamte Umfeld sei. – Und dass sich daraus ein lebenslanger Anspruch ableiten ließe:

Alles, was man sich wünsche, dürfe man auch reklamieren und empfangen, und zwar ohne etwas dafür geben zu müssen. Das aber führe schließlich zu dem Irrtum, dass man eine herausragende Stellung habe bzw. einnehmen dürfe, ohne sich diese durch eigene Anstrengung verdient zu haben.

- **Narzisstische Persönlichkeitsstörung als Folge krankhafter zwischenmenschlicher Beziehungen**

In eine ähnliche Richtung geht die Überlegung der Wissenschaftlerin L. S. Benjamin. Wieder ist es ein verhängnisvoller Erziehungsstil der Eltern, der zwar von den besten Absichten getragen sein mochte, trotzdem von verheerenden Konsequenzen gefolgt sein kann, vor allem wenn es über die Säuglings- und Kleinkindzeit ausgedehnt wird.

Die Autorin hält nämlich insbesondere die „Selbstlosigkeit“ elterlicher Liebe für riskant, d. h. einen Erziehungsstil, bei dem die Eltern als unabhängige Individuen mit eigenen Gefühlen und Bedürfnissen nicht in Erscheinung treten. Oder konkreter: Die drei Aspekte

- „selbstlose“
- „nicht-kontingente (d. h. nicht entsprechend nach Notwendigkeit oder Leistung bemessene und damit entsprechend angemessene)
- und situationsunabhängige Liebe, die sich nicht nach Belohnung oder Bestrafung richtet,

können sich zu einer unseligen Erfahrung eines solchermaßen verwöhnten Kindes verdichten. Denn ihm wurde nicht die Gelegenheit gegeben, sich am Alltag zu orientieren, weil es als „Selbstobjekt“ seiner Eltern dann in Schwierigkeiten kommen musste, wenn diese Konstellation nicht mehr trägt oder gar wegfällt.

ZUR KRITIK AM KONZEPT DER NARZISSTISCHEN PERSÖNLICHKEITSSTÖRUNG

Persönlichkeitsstörungen tun sich wissenschaftlich schon generell schwer. Die narzisstische Persönlichkeitsstörung nimmt dabei noch eine besonders kontrovers diskutierte Stellung ein.

Die krankhaften Hauptmerkmale dieser „dramatischen, emotionalen und launischen“ Gruppe der Persönlichkeitsstörung (wie dies früher etwas verkürzt und komprimiert bezeichnet wurde) liegen bekanntlich im zwischenmenschlichen Bereich. Und der ist ja extrem abhängig von der jeweiligen Sichtweise. Das ist unbestritten.

Auch fehlen „valide Vergleichsstudien“ und damit die Möglichkeit einer fundierten Zuordnung dieser gestörten Personen zu einem Krankheitsbild, das nach wie vor nur eine ungenaue Kenntnis der Innenperspektive vornehmen lässt. Und die lässt sich oft genug erst im Verlaufe einer therapeutischen Behandlung erschließen (P. A. Widiger u. Mitarb., zitiert nach P. Fiedler).

Und ein weiterer Punkt gibt den Kritikern zu denken: Als nämlich die psychoanalytischen Experten (von denen die meisten Hinweise kommen) gebeten wurden, Patienten mit narzisstischer Persönlichkeitsstörung aus einer größeren Gruppe von Patienten zu identifizieren und dieselben beim nachträglichen Versuch erneut zuzuordnen, gab es erhebliche Diskrepanzen. Oder kurz: Nicht nur die Patienten, auch die Diagnosen stehen gelegentlich auf brüchigem Eis.

Deshalb verzichtet die Weltgesundheitsorganisation (WHO) zumindest derzeit noch in ihrem ICD-10 auf eine eigene Typologie (was für den ärztlich-psychotherapeutischen bzw. psychologischen Alltag auch nicht gerade hilfreich ist). Umgekehrt die Amerikanische Psychiatrische Vereinigung (APA) mit ihrem DSM-IV-TR: Dort lassen sich durchaus einige handfeste diagnostische Hinweise ableiten, auch wenn sie nicht durchgängig relevant erscheinen (aber wo

findet man das schon). Außerdem hat dieser Schritt zu einer beachtlichen Aktivierung der Forschungstätigkeit auf dem Gebiet der narzisstischen Persönlichkeitsstörung geführt.

So gesehen wird man nicht umhin kommen, zumindest in der Zukunft dieses Krankheitsbild ernst zu nehmen, konkret zu diagnostizieren und wenn immer möglich auch erfolgreich zu behandeln lernen.

WIE BEHANDELT MAN EINE NARZISSTISCHE PERSÖNLICHKEITSSTÖRUNG?

Die Therapie von Persönlichkeitsstörungen im Allgemeinen und einer narzisstischen Persönlichkeitsstörung im Speziellen ist nicht einfach, gleichgültig ob mit Medikamenten (Psychopharmakotherapie), seelischen Mitteln (Psychotherapie) oder Korrekturen und Hilfen im Alltag (Soziotherapie). Das kann jeder Arzt und Psychologe bestätigen, der sich solcher Patienten annimmt. Nachfolgend eine kurz gefasste Übersicht, die mit einer Grundsatzfrage beginnt, nämlich:

● Therapiewillig oder nicht?

Eine Therapie, vor allem aber eine Psychotherapie, die ja meist doch mittel- bis langfristig angelegt ist, setzt naturgemäß auch eine Therapiewilligkeit voraus, d. h. der Patient muss mit der Behandlung einverstanden, ja er muss kooperativ sein und aktiv mitarbeiten (Fachbegriff: Compliance = Therapietreue). Dies wird in aller Regel nur dann möglich sein, wenn der Leidensdruck groß genug ist. Bei Depressionen ist dies nachvollziehbar (braucht aber trotzdem Wochen bis Monate, manchmal sogar Jahre, bis sich die Patienten zu einem Gesamt-Behandlungsplan mit Arzneimitteln und Psychotherapie entschließen). Ähnliches gilt für Angststörungen, obgleich dort der Leidensdruck mit Ausnahme von überfallartigen Angstzuständen (Panikattacken) nicht so ausgeprägt sein muss. Wenn diese beiden Leiden zu einer narzisstischen Persönlichkeitsstörung hinzukommen, beispielsweise in dem eine Persönlichkeitsstörung schließlich (auch noch) in eine Depression mündet, dann ist am ehesten mit einer Behandlungswilligkeit zu rechnen. Zuvor aber kaum.

Tatsächlich leitet sich aus der Diagnose einer narzisstischen Persönlichkeitsstörung nicht ohne weiteres die Heilanzzeige zu einer spezifischen Psychotherapie ab. Narzisstische „Charakterstörungen“ (und um solche handelt es sich ja meist bei diesen Krankheitsbildern) umfassen ein breites Spektrum an

seelischen, geistigen und körperlichen Besonderheiten mit psychosozialen Folgen. Das geht von der eher dezenten Beeinträchtigung bis zu massiven Attacken anderen gegenüber (und vielleicht am Schluss gegen sich selber). Deshalb bleibt es auch eine Frage der Leidens-Intensität, und zwar nicht nur in seelischer, sondern auch zwischenmenschlicher Hinsicht, ob der Patient schließlich den Weg zu einem (Psycho-)Therapeuten findet. Oder kurz: Es kommt auf den Einzelfall an, der ja auch wiederum von äußeren Bedingungen abhängig ist (z. B. wenn Partner, Familie, Freunde, Mitarbeiter oder Vorgesetzte die „Freundschaft aufkündigen“ und „Maßnahmen“ fordern).

Da vergleichende Untersuchungen zur Psychotherapie der narzisstischen Persönlichkeitsstörung bisher fehlen (N. Hartkamp u. Mitarb.), gründen diesbezügliche Empfehlungen immer nur auf so genannten klinischen (Einzel-) Erfahrungen mit der Möglichkeit einer anschließenden statistischen Übersicht. Deshalb lassen sich auch keine behandlungstechnischen Empfehlungen geben. Persönlichkeitsstörungen im Allgemeinen und narzisstische im Speziellen sind mehr als andere seelische Leiden darauf angewiesen, dass sie einen erfahrenen und belastbaren Therapeuten finden, der zudem über eine breite Behandlungs-Palette verfügt, die sich dann auch besser den jeweiligen Bedingungen anpassen kann.

Auf was ist zu achten?

Ein wichtiger, wenn nicht gar der wichtigste Faktor in der Einzelpsychotherapie ist die so genannte *Ich-Stärke*. Das *Ich* ist in der psychoanalytischen Theorie eine Art Mittler zwischen innen und außen, zwischen Individuum und Realität, vor allem zwischen den Triebregungen des *Es* und den moralischen Verpflichtungen des *Über-Ich*.

Das *Ich* kann man sich innerseelisch als eine Organisationszentrale vorstellen, in der alles von innen und außen zu einem Kompromiss vereint wird, der dann auch Lebensfähigkeit und im Einzelnen Stimmungsstabilität, Aktivität, Anpassungsfähigkeit u. a. garantiert. Solche *Ich-Funktionen* sind nicht von Geburt an gleich verfügbar, sondern entwickeln sich erst im Laufe des Lebens – oder auch nicht. Wer also hier Defizite hinnehmen muss, bleibt möglicherweise „*ich-schwach*“. Auf jeden Fall ist die *Ich-Stärke* ein Gradmesser der Belastbarkeit durch innere und äußere Einflüsse.

In einer Psychotherapie entscheidet diese *Ich-Stärke* u. a. darüber, wie sich die Qualität der Therapeut-Patient-Beziehung entwickelt; bei narzisstisch Gestörten insbesondere die Fähigkeit, Schuldgefühle, Frustrationen, Stimmungsschwankungen, Angst und (unkontrollierbare) impulsive Reaktionen wie Neid, Wut, Hass usw. auszuhalten. Und wie es um die Fähigkeit beispielsweise der

Sublimierung steht (Umwandlung triebhafter, z. B. sexueller Energien in sozial hochbewertete oder zumindest tragbare Formen der Aktivität).

Bei narzisstisch Gestörten geht es ja besonders um die emotionale (gemütsmäßige) Distanzierung und die Neigung des Patienten zur Entwertung anderer, also auch des Therapeuten (siehe später). Das erleichtert ihm – der sich ja selbst im Grunde seines Herzens nicht wirklich wertvoll vorkommt – die fantasierte Verschmelzung mit dem Arzt oder Psychologen und damit das Gefühl des Angenommen-Seins. Rein technisch läuft dies vor allem darauf hinaus, dass der Therapeut viel Empathie (Einfühlungsvermögen und Zuwendung) aufbringt, in diesem Falle sich also auf die ja zermürbende innere Welt des Patienten einzustellen versucht, damit jede einzelne (für das Umfeld und den Betroffenen gleichermaßen schwer verständliche) zwischenmenschliche Situation besser nachvollzogen und später dann gemeinsam überwunden werden kann.

Doch wenn das nicht möglich ist, dann drohen die im Alltag so verheerenden Reaktionen, nämlich Boshaftigkeit, hochkochende Wut, unverständliche Neidreaktionen, hypochondrische Befürchtungen und die heftige Neigung, andere zu entwerten, was deren geistige, körperliche, gesellschaftliche, wirtschaftliche oder sonstige Vorzüge anbelangt. Dabei darf es durchaus auch zu Auseinandersetzungen zwischen Therapeut und Patient kommen, wenn dadurch nur eine so genannte „umwandelnde Verinnerlichung“ (Kohut) möglich wird, um später affektfrei (gleichsam gemüts-neutral) und autonom (selbstständig, unabhängig) seinen eigenen Weg gehen zu können.

● **Das psychotherapeutische Instrument der Spiegelung**

Technisch – dies nebenbei – wird hier vor allem die *Spiegelung* eingesetzt. Dabei übernimmt der Psychotherapeut die Rolle eines Spiegels, also spiegelt die Verhaltensweisen des Patienten wider. Das ist natürlich für den Betroffenen eine große Belastung, ja ein Schock, hat er doch noch nie so treffend (im wahrsten Sinne des Wortes) bzw. konsequent, wenn auch freundlich-stützend zu spüren bekommen, wie er mit seinen Bemerkungen, Gesten, ja durch Unausgesprochenes die anderen behandelt, nämlich herabwürdigt, entwertet, demütigt, frustriert, ja selber reizbar, wütend bis böse macht (um sich ggf. dann auch noch darüber wundert). Das Spiegeln muss also recht vorsichtig eingesetzt werden und braucht einen erfahrenen Therapeuten. Denn – wie so oft – diejenigen, die „kräftig auszuteilen“ pflegen, sind oft auch jene, die am empfindlichsten auf entsprechende Gegenwehr reagieren.

Manche Menschen tragen ihre Nase nur so hoch, weil ihnen das Wasser bis zum Halse reicht (Cartoon-Text, zitiert nach Verena Kast).
--

Doch auch der Therapeut ist gerade bei narzisstischen Gestörten ständig unter Druck. Zum einen ist er natürlich anfällig für Bewunderung oder (überschießende) Dankbarkeit, wenn diese Patienten zur grandiosen Idealisierung ihres behandelten Arztes oder Psychologen ausholen. Umgekehrt gilt es Abwertungen, von dezenten Anzüglichkeiten bis zu wütenden Attacken auszuhalten, wenn sich der Patient enttäuscht, frustriert oder einfach nicht adäquat behandelt fühlt. Letztlich geht es aber bei narzisstisch Gestörten darum, deren Neigung zu Neid und Wut behutsam aufzudecken und die Verbindung mit erfüllten Wünschen nach liebender Fürsorge zu verdeutlichen.

Das ist bisweilen nicht einfach, insbesondere wenn der Patient nur die beiden Extrem-Positionen zu kennen scheint, nämlich: Entwertung – wütendes Aufbegehren – ja rachsüchtige Gegenangriffe auf der einen und unkritische Überhöhung bis Idealisierung auf der anderen Seite. Das braucht – wie erwähnt – einen erfahrenen Arzt oder Psychologen – und zwar mit langem Atem und einiger Frustrationstoleranz (die man aber in der Ausbildung zum Psychotherapeuten lernen muss).

● **Welche psychotherapeutischen Verfahren werden empfohlen?**

Mehr für speziell Interessierte, weniger für die Allgemeinheit von Belang ist die Frage: Welche psychotherapeutischen Verfahren werden bei narzisstischen Persönlichkeitsstörungen bevorzugt? Die Antwort fällt unterschiedlich aus und mündet letztlich in einen entscheidenden Erfahrungs-Faktor:

Es scheint wichtiger, einen erfahrenen Therapeuten mit soliden „Nehmer-Qualitäten“ zu finden als sich an ein spezifisches Behandlungs-Verfahren zu binden, das dann vielleicht gerade für diesen Patienten weniger geeignet ist. Deshalb auch der Experten-Rat: „Ein auf klinischer Erfahrung basierender Eklektizismus dürfte langfristig die beste Grundlage für den wirklichen Therapieerfolg sein“ (S. Akhtar). Oder kurz: Die individuell genutzte Synthese theoretischen Wissens aus verschiedenen Schulen und die therapeutische Erfahrung des Behandelnden sind gerade bei narzisstisch Gestörten oftmals wichtiger als eine bestimmte oder gar allzu unflexibel durchgezogene Therapiemethode (Stichwort: schulen-übergreifender Behandlungsansatz).

Nachfolgend aber dennoch einige komprimierte Hinweise:

- Eine *Kurzzeit-Psychotherapie* ist dann angezeigt, wenn es „nur“ darum geht, die Anpassung des Patienten an sein Umfeld zu verbessern, ohne dass strukturelle innerseelische Veränderungen erreicht werden können. Hier handelt es sich meist um Patienten mit Stimmungsschwankungen, Angstsymptomen, unnötig überzogenen Gegen-Reaktionen u. a., wobei im größeren Zusammenhang eine offensichtlich befriedigende Anpassung möglich ist.

- Die ansonsten immer mehr Verbreitung findende *Verhaltenstherapie* ist gerade bei narzisstischen Persönlichkeitsstörungen bisher weniger in Erscheinung getreten. So genannte „kognitiv-behaviorale Konzepte“ konzentrieren sich vor allem auf die direkte Wirkung des Narzissmus fördernden Erziehungsstils der Eltern. Stichworte: kindliche Verhaltensweisen in Richtung Selbstwert-Überschätzung, Folgen fehlender Empathie (s. o.), soziales, insbesondere zwischenmenschliches Unbehagen, Angst vor Kritik, ja Schüchternheit u. a. Hier sind dann auch die konkreten Behandlungs-Ansätze zu sehen.

- So bleibt oft der meist aufwendigere Versuch einer tiefenpsychologisch fundierten Therapie (die von vielen Experten auch als die Behandlung der Wahl, also die hier bestmögliche angesehen wird). Und hier bietet sich vor allem die Psychoanalyse an, wobei sich der Therapeut allerdings auf eine lange Eingangsphase mit egozentrischer Selbstzentriertheit und scheinbarem Desinteresse gefasst machen muss.

Manche Therapeuten lassen dieser „Patienten-Gleichgültigkeit“ erst einmal ihren Lauf, andere begegnen ihr mit mehr oder weniger konkreten Deutungen (was steckt dahinter?). Das Ziel einer Psychotherapie in diesem Sinne lautet (wie bei den meisten anderen neurosen-psychologischen Störungen auch): Erarbeitung jener innerseelischen Defizite, die durch Misstrauen, Hass, Neid und Schuldgefühle zur Beziehungsunfähigkeit verdammen. Diese Aufgabe ist – wie es viele Psychotherapeuten empfinden und auch formulieren – zwar mühevoll und oftmals frustrierend, im Falle eines Erfolges aber für alle Beteiligten umso erfüllender.

- Eine *Gruppenpsychotherapie* hingegen wird gerade bei diesen Patienten als eher problematisch angesehen. Hier belasten die bereits mehrfach erwähnten Symptome wie mangelnde Einfühlungsfähigkeit, überzogenes Anspruchsdenken, Sucht nach Anerkennung usw. sehr rasch die Gruppen-Atmosphäre. Die Konsequenzen sind nachvollziehbar: Der Patient gerät bald in die Rolle des Außenseiters, wenn nicht gar Ausgestoßenen. Seine Reaktion (schon zuvor oder spätestens dann) ist ebenfalls bekannt, nämlich die Neigung zur Entwertung der Gruppe oder des Therapeuten. Das kann sich überaus destruktiv auf den therapeutischen Prozess auswirken.

Vermag sich aber ein narzisstisch gestörter Patient in seine Gruppe zu integrieren, so kann er dort auch „Halt“, wenn nicht gar „bewahrende Umwelt“ erfahren, obgleich er nach wie vor von überschießenden Affekten und der (irrigen) Meinung der Ausgrenzung bedroht sein kann. Manchmal empfiehlt sich deshalb sogar neben der Gruppentherapie eine begleitende Einzelpsychotherapie.

Was mehr formale Behandlungs-Aspekte anbelangt, so gilt: Die *Paartherapie* oder sogar *Familientherapie* kann unter besonderen Bedingungen nützlich sein, vor allem wenn Trennung oder Ausgrenzung drohen.

Gesamthaft gesehen aber ist die Psychotherapie von narzisstischen Persönlichkeitsstörungen kein leichtes Unterfangen und bedarf nicht nur erfahrener, sondern auch belastbarer Therapeuten.

● **Pharmakotherapie**

Eine Behandlung mit Arzneimitteln, was in diesem Fall wohl überwiegend Psychopharmaka (mit Wirkung auf das Zentrale Nervensystem und damit Seelenleben) bedeuten dürfte, ist bei narzisstisch Gestörten noch seltener als eine Psychotherapie – und deshalb mit noch weniger Erfahrung abgesichert.

Psychopharmaka kann man sich bei diesen Patienten am ehesten dann vorstellen, wenn es im Laufe ihres Leidens oder zusätzlich (siehe das Kapitel Komorbidität) zu Angststörungen (z. B. Panikattacken), zu Depressionen, ggf. zu entgleisten Selbstbehandlungsversuchen mit Alkohol, Medikamenten, Rauschdrogen u. a. kommt. Immer häufiger wird auch ADHS diagnostiziert, also die Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung („Zappelphilipp“ bei Kindern, eher intellektuellen und zwischenmenschlichen, vor allem familiären und beruflichen Einbußen bei Erwachsenen). ADHS und narzisstische Persönlichkeitsstörung dürften noch höhere Ansprüche an den Therapeuten (und zuvor an das Umfeld des Patienten) stellen.

Medikamentös können bedarfsweise und vorübergehend Schlafmittel (Hypnotika) nötig werden. Im Speziellen – wiederum bedarfsweise, vorübergehend und diesmal mit der Gefahr einer Abhängigkeit bedroht – Beruhigungsmittel (Tranquilizer vom Typ der Benzodiazepine) und hier vor allem in dosismäßig niedrigster Tropfenform. Das kann besonders dann vertretbar und zweckmäßig werden (auch wenn gerade bei Tranquilizern die Meinungen am heftigsten auseinander gehen), wenn überschießende Wut-Reaktionen nicht rechtzeitig beherrscht zu werden drohen und mit einem zwischenmenschlichen, d. h. partnerschaftlichen, familiären, nachbarschaftlichen oder gar beruflichen Trümmerhaufen enden. Dann kann eine gezielte chemische Beruhigung sinnvoller sein als ein nicht-chemisch gesteuertes „natürliches“ Chaos mit allerdings langfristigen Konsequenzen. Wer hier einwendet: „Chemische Manipulation ist grundsätzlich von Übel, willentliche Beherrschung ist alles“ (Zitat), kennt wahrscheinlich noch nicht die Extremformen einer narzisstischen Über-Reaktion mit allen ihren Folgen.

Am ehesten akzeptiert dürften hingegen spezielle Antidepressiva sein, nämlich so genannte Serotonin-Wiederaufnahme-Hemmer (SSRI), ein moderner,

wirkungsvoller und nebenwirkungsarmer Typ von stimmungsaufhellenden Psychopharmaka ohne Suchtgefahr (wie alle Antidepressiva!), die sich nicht nur bei den Depressionen, sondern auch bei Angststörungen bewährt haben.

Und beim zusätzlichen ADHS sind es einerseits wiederum bestimmte Antidepressiva (z. B. aus der älteren Generation der trizyklischen Antidepressiva, aber ebenfalls in dieser Hinsicht durchaus bewährt) und ggf. das zwar umstrittene, aber vom Resultat her unübertroffene Methylphenidat (Stichwort: Ritalin), das es inzwischen auch in retardierter Form mit verlängerter Wirkung gibt (Concerta).

Neuroleptika hingegen, die vor allem früher als dämpfende Arzneimittel ohne Suchtgefahr gerne empfohlen wurden, sind bei narzisstischen Persönlichkeitsstörungen in der Regel unergiebig, nebenwirkungs-trächtig und damit nicht sonderlich hilfreich.

Gesamthaft gesehen dürften Arzneimittel im Allgemeinen und Psychopharmaka im Speziellen bei narzisstisch Gestörten auf wenig Gegenliebe und damit Einnahmезuverlässigkeit bzw. Therapietreue stoßen. Das ist einerseits nachvollziehbar, wenn man die Wesensart der Betroffenen rekapituliert und andererseits verständlich, weil vor allem psychotherapeutisch tätige Psychologen und Ärzte sich in dieser Hinsicht nicht nur wenig auskennen, sondern auch keine vertretbare Unterstützung erwarten. Das dürfte zwar nur im Einzelnen zu klären sein, bleibt aber natürlich Patient und Therapeut überlassen. In Zukunft aber könnte auch hier ein Gesamt-Behandlungsplan mit Psycho- und Soziotherapie, unterstützt durch bestimmte Pharmaka vermehrt und sicher nicht ohne zwischenmenschlich ausgleichende Wirkung genutzt werden.

ANHANG: KONKRETE PSYCHOTHERAPEUTISCHE BEHANDLUNGS- VORSCHLÄGE BEI NARZISSTISCHEN PERSÖNLICHKEITSSTÖRUNGEN

Es klang schon wiederholt an: Die Diagnose einer narzisstischen Persönlichkeitsstörung wird im Vergleich zu anderen Persönlichkeitsstörungen nur selten gestellt. Das hat verschiedene Gründe, die ebenfalls mehrfach diskutiert wurden. Eine der Konsequenzen ist der Umstand, dass damit nur wenig neuere Literatur über die Therapie, vor allem die Psychotherapie dieser Störungen verfügbar ist. Und wenn, dann meistens Einzelfall-Darstellungen (Fachbegriff: Kasuistiken), überwiegend psychoanalytisch und erst in den letzten Jahren auch zunehmend kognitiv-verhaltenstherapeutisch orientierter Einzelbehandlungen. Prospektive Therapiestudien (Aufschluss über den klinischen Verlauf nach Beendigung der Psychotherapie) liegen offenbar noch nicht vor.

Einig sind sich allerdings alle Autoren:

Die Behandlung narzisstischer Patienten ist langwierig, mühselig und nicht immer Erfolg versprechend, da diese Patienten dazu neigen, ihren Therapeuten abzuqualifizieren oder gar die Behandlung vorzeitig und dann auch noch abrupt abubrechen.

Nachfolgend trotzdem der Versuch einer kurz gefassten Übersicht, wie sie vor allem Ch. Menges (1999) vorschlägt:

Der erste Kontakt – nachdenklich stimmend?

Die narzisstische Persönlichkeitsstruktur – auch das klang mehrfach an –, ist besonders durch folgende Aspekte charakterisiert: Größenideen, Mangel an Empathie (Einfühlungsvermögen, echte Zuwendung), ausgeprägte Überempfindlichkeit gegenüber Kritik und damit Kränkbarkeit sowie die Neigung andere Menschen abzuwerten und auszunutzen.

Einige dieser Wesenszüge offenbaren sich schon beim *erstmaligen Kontakt* mit dem Psychotherapeuten. Bereits eine kurze, wenn auch erläuterte und damit um Verständnis bittende Wartezeit kann einen narzisstischen Patienten verärgern, weil er sich persönlich zurückgewiesen fühlt.

Danach (deshalb oder überhaupt) prüft er beim Betreten des Behandlungszimmers kritisch die Qualität der Ausstattung, was ihn zu den ersten (grenzwertigen bis abwertenden) Äußerungen verleiten kann, und zwar ohne nachzudenken, was dies für den Eindruck bedeuten kann, den er selber als erstes hinterlässt. Dann aber kann bereits der initiale eigentliche Schlag folgen, nämlich die direkte oder indirekte Frage, ob der Therapeut für dieses (also sein eigenes) besondere Problem auch die notwendige Kompetenz (erarbeitet) habe („ob der Therapeut mir auch gewachsen ist...“). Dabei wird hinter der forschenden bis überheblich erscheinenden Fassade rasch eine tiefe Verunsicherung, ja Verletzlichkeit spürbar, das sich später bestätigende brüchiges Selbstwertgefühl, das durch eine genauso brüchigere Ringmauer geschützt werden soll.

Unnötig zu sagen, dass auch viele narzisstisch Gestörte trotz allem einen beeindruckenden Lebensweg hinter sich haben, ja zielstrebig, erfolgreich und kreativ sein können, auch wenn sich diese guten Eigenschaften von den zwischenmenschlich weniger günstigen „Charakter-Defiziten“ neutralisieren, ja ins Gegenteil verkehren lassen.

Aus der täglichen Praxis...

Patientin zur Freundin: „Und nachdem mir nach dem zweiten vergeblichen Anruf von der Sekretärin gesagt wurde: „Der Herr Doktor ist gerade in der Sprechstunde, bitte versuchen Sie es später noch einmal" - was heißt denn Sprechstunde, da müsste man doch eigentlich seinen Doktor sprechen dürfen, auch telefonisch -, also nach dem zweiten vergeblichen Versuch habe ich den Zettel mit Adresse und Telefonnummer in ganz kleine Fetzen zerrissen und wutentbrannt das Klo runtergespült ..."

Patient zum Therapeuten (nicht umgekehrt): „... kann ich Ihnen folgende Behandlungstermine anbieten, nämlich Dienstag und Donnerstag, aber nicht vor 17.00 Uhr ..."

Patient zur Sekretärin: „... bitte ich um einen Termin beim Chef, nicht bei einer seiner Assistentinnen in Ausbildung, am besten ..."

Patientin zur Sekretärin: „Gut, er ist Facharzt, deshalb habe ich ihn ja für meine Behandlung ausgewählt. Aber jetzt sagen Sie mir noch bitte, welche Position nimmt er in der Klinik ein, bildet er sich auch regelmäßig weiter?"

Patient zur Sprechstundenhilfe: „... mir ist aber der Praxis-Inhaber empfohlen worden, als Privatpatient habe ich ja wohl Anrecht darauf. Sonst stellen Sie mir doch mal den „Chef" persönlich durch."

Patient zur Arzthelferin: „Dann rufen Sie mich doch mal zurück, vielleicht kommen wir in diesem Jahr ja doch noch mal zu einer Termin-Absprache - oder können Sie sich diese restriktive Termin-Regelung überhaupt leisten?"

Patient zur Therapeutin: „Ich habe eigentlich nichts, bin völlig o.k., will lediglich meine Depression wegtherapiert bekommen."

Patient zur Sekretärin: „Was macht er denn so in seiner Freizeit, der Herr Professor, bildet er sich auch mal außerhalb seines Fachgebietes weiter? Können Sie mir ein paar Freunde und gute Bekannte von ihm nennen? Sie wissen doch: Sage mir, mit wem Du umgehst, und ich sage Dir..."

Patient zum Therapeuten: „Den habe ich nur so weggepustet, der wusste gar nicht, wie ihm geschieht. Jetzt redet er zwar nicht mehr mit mir, spielt den Beleidigten, aber das ist mir egal" (aus PiD 3/2004).

Patient zur Therapeutin: „Ich komme nicht zu Ihnen, um mir anzuhören, was ich alles anders machen soll, ich komme zu Ihnen, um strategische Unterstützung zu erhalten. Sie sollen mich wieder fit machen, meine Probleme lösen helfen, eine „Nabelschau" können Sie anderen anbieten."

Patient zur Therapeutin: „Sie nennen das konkrete Anleitungen im Alltag, ich nenne das Pipifax. Ich bin hier, damit meine Lebenssituation gebessert wird, nicht um bei so einem Alltags-Mist zu beginnen."

Patientin zum Therapeuten: „Schließlich weiß ich, was ich wert bin. Aber unter solch bösartigen äußeren Bedingungen kommt ja keiner auf einen grünen Zweig. Bei Ihnen aber habe ich den Eindruck, Sie gehen gar nicht auf die Belastungen um mich herum ein. Sie wollen immer nur an mir selber herumrörgeln. Deshalb bin ich aber nicht hier."

Patientin zum Therapeuten: „Sie sind der erste Arzt mit Durchblick, der mich wirklich versteht. Dazu waren alle vorherigen Doktors und Psychologen nicht in der Lage, einer so unfähig wie der andere. Aber jetzt habe ich ja Sie."

Patient zur Therapeutin: „Ich weiß, Sie sind noch in der Ausbildung. Das merkt man jede Stunde. Vielleicht schaffen Sie es aber doch einmal, dass es mir ein wenig besser geht. Man wird ja bescheiden in seinen Ansprüchen."

Und, fast noch wichtiger und schon mehrfach betont: In psychotherapeutische oder gar psychiatrische Behandlung begeben sich solche Menschen meist erst dann, wenn ernste Folgestörungen nicht nur drohen, sondern bereits schmerzliche Verletzungs-Narben, herbe psychosoziale Rückschläge und damit weitere Symptome hinterlassen haben: Angstzustände, depressiv-resignierte Reaktionen, ja suizidale Tendenzen (von „dunklen Gedanken“ bis zu konkreten Vorbereitungen), gelegentlich auch Missbrauch oder Abhängigkeit von Alkohol, Rauschdrogen oder bestimmten Medikamenten, vor allem aber hypochondrische Krisen (diffuse Erkrankungsängste), hilflos anmutende Versagenszustände und – insbesondere bei jungen Frauen – anorektische Syndrome (Magersucht).

Oder kurz: Die Attacken, so befremdlich bis unverfroren sie auch erscheinen mögen, entspringen meist einer tiefgehenden Hilflosigkeit, Resignation und Depressivität. Das muss man durch die – wenn auch noch so herablassend bis arrogant erscheinende – Fassade hindurchspüren lernen.

Die Suizidgefahr rechtzeitig einschätzen lernen

Neben der Borderline-Persönlichkeitsstörung weist die narzisstische Persönlichkeitsstörung die höchste Selbsttötungs-Gefährdung unter den Persönlichkeitsstörungen auf. Man spricht von fast jedem Zehnten (in einzelnen Studien sogar darüber).

Werden narzisstisch Gestörte stationär (in einer Fachklinik) aufgenommen, sind es vor allem solche akute suizidal-depressive Krisen, die zu diesem Schritt zwingen. Dazu einige bezeichnende Merkmale (nach Ch. Menges):

- Auf der psychodynamischen Verständnis-Ebene gilt es immer wieder zu beachten: Wenn die Fassade aus Größenideen, überzogenem Selbstwertgefühl, subjektiv überschätzter Kreativität und scheinbarem Erfolg einbricht, dann ist es vor allem das *labile Selbstwertgefühl*, das bisher alles zu stabilisieren versuchte und jetzt mit einem Donnerschlag zusammenstürzt – und meist einer Depression mit Selbstvernichtungs-Ideen Platz macht. Ein solch depressiv-suizidales Beschwerdebild ist dann in erster Linie von Selbstzweifeln und Unfähigkeitsgefühlen gekennzeichnet.
- *Typische Belastungssituationen, die zu solchen Selbsttötungs-Krisen führen*, sind dabei vor allem folgende Ereignisse: Verlassenwerden, Kränkung und Überforderung. Charakteristische Lebensphasen sind hierbei das mittlere Lebensalter, z. B. zwischen 30 und 50 (subjektiv als „fortgeschrittenes Alter“ abgewertet) sowie das Rückbildungsalter oder höhere Lebensalter (früher als Senium bezeichnet).
- Entscheidend für ein solch selbstgewähltes Ende ist das *langsame Versagen alternativer Kompensationsmöglichkeiten*, mit dem früher das Selbstwertgefühl bei Kränkungen vor dem Zusammenbruch gerettet werden konnte. Einige Aspekte ergeben sich beispielsweise aus der (nachlassenden äußerlichen) Attraktivität beim weiblichen und dem Einbruch von Position oder sexueller Potenz beim männlichen Narzissten.

Solange diese zwei Faktoren noch einen stabilisierenden Effekt entwickeln konnten, ließ sich damit das instabile Selbstwertgefühl mehr oder weniger gut ausbalancieren. Beim Fortschreiten biologischer Alterungsprozesse aber drohen dann schwere Selbstwertkrisen. Dadurch können schließlich selbst erfolgreiche Patienten das Gefühl nicht mehr verdrängen, einerseits zwar „alles

erreicht zu haben“, andererseits und besonders nach dem Wegfall eines Halt und Struktur gebenden Zieles von einer quälenden inneren Leere erfasst zu werden.

- Diese Suizidalität, besonders im vorgerückten Alter, ist allerdings nur selten ein echter Todeswunsch, der dann alles auslöscht (und „erlöst“). Hier wird der Zustand des Todes vor allem mit *Ruhe, Erlösung, Wärme, Geborgenheit, ja Triumph* in Verbindung gebracht (nach Henseler, 1974), also gleichsam ein „Rückzug in einen harmonischen Ur-Zustand“ und damit weniger die Beendigung des Lebens. Hier handelt es sich vielmehr um die Sehnsucht nach angenehmeren Daseinsformen, und zwar ohne Kränkungen und Enttäuschungen.

Weitere, und vor allem konkrete Aspekte aus dem psychotherapeutischen Alltag siehe das Kapitel: Suizidale Krisen erkennen, vermeiden und behandeln.

Die narzisstische Persönlichkeitsstörung – eine psychotherapeutische Aufgabe besonderer Art

In dem Kapitel über die Ursachen und Hintergründe aus psychologischer/psychodynamischer Sicht wird vor allem eines deutlich: Der Narzissmus gibt zu vielerlei wissenschaftlichen Hypothesen und damit Kontroversen Anlass. Jeder versteht etwas anderes darunter – und dem zufolge fallen auch seine Therapie-Vorschläge aus. Der Versuch, eine biologische Grundlage (z. B. über eine Dysbalance der Botenstoffe im Gehirn, der Neurotransmitter) zu konstruieren, ist – jedenfalls bis heute – als gescheitert zu betrachten. Hier lässt sich derzeit wenig erhoffen.

Nicht viel besser sah es bei der alten Generation der Psychoanalytiker aus, die sich zwar sehr früh damit beschäftigte, aber gerade beim Narzissmus wenig therapeutische Hoffnung sah. Ein interessantes Beispiel dafür ist der Vater der Psychoanalyse, nämlich Prof. Dr. Sigmund Freud, der den Betroffenen auf diesem Gebiet wenig Heilungsaussichten attestieren konnte, wenigstens aus seiner (damaligen) Sichtweise.

Später richteten sich die psychoanalytischen Theorien mehr auf den zwischenmenschlichen Aspekt, auf die Umweltbeziehungen (siehe der Begriff des „Selbst“). Seither wird in der Psychoanalyse eine grundlegende und überdauernde Störung des Selbstwertgefühles als narzisstische Persönlichkeitsstörung bezeichnet. Wie das die einzelnen Experten zu interpretieren versuchten, wird im historischen Teil geschildert, wobei zum einen das Verhältnis zu den Eltern im Allgemeinen und zur Mutter im speziellen, zum anderen traumatische (seelische verwundende) Beziehungs-Erfahrungen, auf jeden Fall ein frühkindlicher Entwicklungsstillstand eine Rolle spielen. Deshalb sollte der Patient bei-

spielsweise in einer längerfristigen therapeutischen Beziehung die Möglichkeit bekommen, in kleinen Schritten die in der Vergangenheit unbewältigt gebliebenen Probleme zu lösen, nämlich von der ausschließlichen Selbstbezogenheit weg und zur stabilen „Selbststruktur“ hin, die auch andere gelten lässt, so wie sie sind.

Deshalb auch die Mahnung: Es könnten viele Fehler in der psychoanalytischen Therapie der narzisstischen Persönlichkeitsstörung vermieden werden, wenn man nur berücksichtigen würde, wie viel die in ihrer Selbst-Identität gestörten Patienten letztlich nur warme, menschliche Zuneigung und nicht nur Frustrationen benötigen (nach R. Battegay, 1981). Umgekehrt hört sich die Empfehlung an, durch Konfrontation (Auseinandersetzung), Erklärung und Deutung, aber auch durch konsequentes Grenzen-Setzen das gleiche zu erreichen, nämlich eine Stabilisierung der zwischenmenschlichen Beziehungen (so O. F. Kernberg, 1970).

Auf jeden Fall geht es der psychoanalytischen Seite darum, unbewusste seelische Zusammenhänge bewusst und damit deutbar und für den Alltag nutzbringend umsetzbar zu machen.

Anders die kognitiven Verhaltenstherapeuten. Sie gehen davon aus, dass die innerseelischen Entwicklungsprozesse im Bereich des Bewussten liegen und dem Bewusstsein durch besondere Übungen weitere Bereiche zugänglich gemacht werden können (z. B. A.T. Beck und A. Freeman, 1993). Den Verhaltenstherapeuten geht es jedenfalls weniger um Aspekte wie die Mutter-Kind- bzw. Eltern-Kind-Situation, also beispielsweise Unzulänglichkeiten in der gemütmäßigen Versorgung in früher Kindheit. Sie wollen das Hier und Jetzt erkennen, verstehen und zukunftssträchtig ändern. Denn bei der Frage elterlicher Zuwendungs-Defizite oder Erziehungs-Fehler würden sowohl Vernachlässigung als auch Überbewertung/Verwöhnung diskutiert. Was also zählt nun wirklich? Oder sind es vor allem die Extreme?

Deshalb entwickelten sich in letzter Zeit immer ausgeprägter jene Überlegungen, die die so genannten „schule-übergreifenden“ Behandlungsansätze bei der narzisstischen Persönlichkeitsstörung fördern. Das heißt vor allem realistische, klare Ziele erarbeiten und vor die persönliche Entscheidung stellen: Sollen die alten (belastenden bis verheerenden) Verhaltensmuster weiter erhalten werden – mit allen Folgen? Oder will der Patient neue erlernen, die ihm das Leben (und das seiner Mitmenschen) erleichtern? Hier wird also vor allem der persönliche Wille des Betroffenen angesprochen.

Für nicht wenige Narzissten aber sind letztlich alle Bemühungen, Informationen und Behandlungsstrategien wohl völlig nutzlos. Ihnen fallen höchstens „eine Menge von Leuten ein, auf die das genau zutrifft.“ Sie selber können dabei überhaupt keine Verbindung zu ihrer Person, ihrem Schicksal, ihren
--

Problemen herstellen. „Es ist schon manchmal zum verzweifeln, man möchte nicht mit diesen Menschen tauschen“ (Seufzer eines offenbar frustrierten Psychotherapeuten).

Trotz allem: Wenn was geschehen soll und der Patient scheint (erst einmal) mitmachen zu wollen, dann stellt sich die Frage: welche therapeutische Strategie? Versucht man alle bisher gängigen Verfahren global zu beurteilen, dann ist überall die gleiche Richtung zu spüren: einführende Akzeptanz (also das Annehmen des ganzen Menschen, einschließlich seiner Fehler), aber auch Grenzen-Setzen um alltags-relevante Korrekturen zu erarbeiten. Und Geduld, Geduld und nochmals Geduld (einschließlich eines gerütteten Maßes an Frustrationstoleranz) und die Gabe, sich nicht anstecken zu lassen.

Das hat Ch. Menges zu folgendem Vorschlag eines *schule-übergreifenden Behandlungsansatzes* angeregt (kurzgefasst):

Menschen mit einer narzisstischen Persönlichkeitsstörung sind keine einfachen Patienten. Wie bereits mehrfach erwähnt, muss sich der Therapeut mit dem ständigen Versuch seiner Abwertung oder gar Abqualifizierung auseinandersetzen (manchmal noch als herber Abschluss mit den Worten: „anderen könnten Sie vielleicht helfen, mir aber nicht...“).

Das macht das Durchhalten und vor allem Aushalten besonders schwer, vor allem wenn man als Arzt oder Psychologe zu einer kontinuierlich zugewandten, mitfühlenden und verstehenden Haltung verpflichtet ist. Eine pragmatische (nüchterne, sach-, praxis- und anwendungsbezogene) Einstellung ist also unerlässlich.

Dabei stellt sich auch gleich eine ganz spezifische Frage, nämlich: Soll es in diesem Fall das unmittelbare Ziel der Therapie sein, störende Persönlichkeits-Eigenarten so schnell wie möglich zu verändern, um die zwischenmenschlichen Konflikt-Situationen rasch zu neutralisieren? Manche Experten sagen: eher nein. Denn selbst ein solches soziales Stör-Verhalten hat ja bisher irgendeinen Sinn gehabt, wenngleich mit ungutem End-Ergebnis. Vielleicht ist es sogar unter den jeweiligen Entwicklungs- und Lebensbedingungen des Betroffenen die beste aller möglichen Reaktionen. Das heißt: Diese Lösung war nicht optimal, aber ein Kompromiss, zumindest bis jetzt, wenn auch inzwischen durch individuelles Leid belastet und nicht mehr auszuhalten; deshalb auch der Therapiewunsch.

Beispiele: Eine noch so unrealistisch erscheinende Persönlichkeits-Fassade kann trotzdem dazu dienen, andere zu beeindrucken und sich selbst damit zu schützen – zumindest zeitlich begrenzt bzw. in bestimmten Kreisen. Oder eine andere Fehl-Verhaltensweise, jedenfalls in den Augen der Umwelt: gemeint ist die Abwertung der einen oder die Über-Idealisierung der anderen, oder eine

grandiose, auf jeden Fall überzogene Selbstdarstellung; sie alle können ein brüchiges Selbstwertgefühl stabilisieren und damit wenigstens vorübergehend eine Überlebens-Strategie aufbauen helfen (nach Kapfhammer, 1995).

Mit anderen Worten: Gerade bei narzisstischen Persönlichkeitsstörungen kann ein schrittweises therapeutisches Vorgehen sinnvoller sein, denn die alternativen Einsichten und darauf erwachsenden Verhaltensänderungen entwickeln sich vor allem bei diesen Persönlichkeitsstörungen nur langsam (Zitat: „es mag ein falsches Lebens-Konzept gewesen sein, aber immerhin eine Überlebens-Strategie, die bisher wenn auch schmerzhaft gehalten hat – nur jetzt bin ich am Ende ...“).

Aufbau einer Behandlungs-Basis

Der erste Schritt ist also der Aufbau einer tragfähigen therapeutischen Grundlage. Das Fundament dazu ist die Motivation zu einer Behandlung. Das Problem, mit dem gerade bei narzisstischen Persönlichkeitsstörungen so gut wie immer gerechnet werden muss: Diese Menschen fühlen sich in der Regel zu keiner therapeutisch eingeleiteten Änderung ihrer Wesensart und zwischenmenschlichen Umgangs-Strategien veranlasst – bis sie sich derart in eine Sackgasse manövriert haben, dass Angst, Verzweiflung, Kummer, Scham, Niedergeschlagenheit, ja „dunkle Gedanken“ sie dazu zwingen. Der Gang zum Arzt, vor allem aber zu einem Nervenarzt, Psychiater, Psychotherapeuten oder Psychologen ist für solche Menschen dann noch ein „Schlag obendrauf“ oder wird – in der Fachsprache ausgedrückt – als „beschämende Kränkung bei einem ohnehin brüchigen Selbstwertgefühl erlebt“.

Der Therapeut muss also erst einmal viel Verständnis zeigen für diese Probleme und Beschwerden. Und vor allem der zweckmäßigen Reaktion, jetzt fachliche Hilfe zu suchen, Respekt zollen.

Dann gilt es die Behandlungs-Bedingungen festzulegen (mit Betonung auf „fest“). Ambulant erscheint erst einmal günstiger als stationär (klinische Spezialabteilung). Letzteres kann aber notwendig werden, z. B. bei akuter Suizidgefahr, schwerer Abhängigkeit (Alkohol, Rauschdrogen, Medikamente, Mehrfachabhängigkeit), durch bedrohlichen Gewichtsverlust oder gar Magersucht u. a. Aber auch dann unter zuvor festgelegten konkreten Bedingungen (die nicht nur die „anderen“, auch der Patient zu erfüllen haben). Das Ganze wird mündlich vereinbart, wobei durchaus konkrete Beispiele genannt werden dürfen, die den therapeutisch notwendigen Abbruch der Behandlung erzwingen könnten.

Keine Sonderbehandlung akzeptieren

Wichtig ist auch etwas anderes, das unerfahrenen Therapeuten meist erst zu spät auffällt: Gerade narzisstisch Gestörte entwickeln immer wieder – geschickt verpackt – neue Ansprüche auf eine Sonderbehandlung. Wer diesen Ausführungen bis hierher gefolgt ist, weiß inzwischen warum.

Wer solchen Wünschen also nachgibt, läuft in eine Falle. Natürlich werden diese Sonder-Wünsche „therapeutisch begründet“. Beispiele: Einzelzimmer in der Klinik, Dauer und Häufigkeit der Sprechstunde, und zwar mehr als bei den anderen, inhaltliche Themen-Steuerung durch den Patienten u. a.

Mit solchen Begehrlichkeiten ist fast grundsätzlich zu rechnen. Sie müssen alle registriert und offen besprochen werden, wie vereinbart (s. o.).

Wenn Arzneimittel nötig werden

Kein geringes Problem ergibt sich auch dann, wenn Arzneimittel mit Wirkung auf das Seelenleben notwendig werden. Das sind nicht nur Psychopharmaka, in der Regel Antidepressiva oder ggf. Beruhigungsmittel (Tranquilizer), das können auch Schlaf- und Schmerzmittel oder Beta-Blocker sein.

Die sich daraus ergebenden möglichen Zusatz-Schwierigkeiten zwischen einer Psychotherapie und der medikamentösen Behandlung sind nicht zu unterschätzen. Man denke nur an mögliche Nebenwirkungen oder Wechselwirkungen mit anderen Arzneimitteln für organische Leiden (z. B. Herz-Kreislauf). Da gibt es zahlreiche „Hebel“, an denen der Patient ansetzen kann, vor allem bei einem Psychotherapeuten, der vielleicht mit Arzneimitteln keine so große Erfahrung hat.

Umgekehrt kann man nicht in jedem Fall auf Psychopharmaka verzichten. Man denke nur an schwere Angststörungen oder suizid-riskante Depressionen (hier vor allem neuere Antidepressiva vom Typ der selektiven Serotonin-Wiederaufnahme-Hemmer – SSRI). Oder bei schweren Zwangsstörungen, dem hyperaktiven Syndrom (Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung – ADHS) u.a.

Kurz: Hier kann es sinnvoll sein, dass neben dem Psychotherapeuten auch ein Nervenarzt/Psychiater zur medikamentösen Mit-Beratung herangezogen wird.

Konkrete Probleme der Therapeut-Patient-Beziehung

Narzisstisch Gestörte sind schwierige Patienten, das kann nicht oft genug wiederholt werden. Der Therapeut muss deshalb die schon mehrfach erwähnte

Trias durchstehen: empathisch – verstehend – respektvoll. Das ist nicht einfach. Diese Menschen sind nicht nur leicht kränkbar und fühlen sich schnell abgelehnt bis abgewertet, sie reagieren oft auch überschießend, und zwar nicht nur gereizt, ärgerlich, wütend oder gar verletzend für den anderen, sondern auch selbstgefährlich, also suizidal.

Das kann ganz schnell und ohne scheinbar besonderen Anlass geschehen; die Tragweite des Anlasses entscheidet in diesem Falle ja ausschließlich der Patient. Beispiele: Abwesenheit durch Urlaub oder Krankheit des Therapeuten, vermeidbare Wartezeiten, als ungeschickt interpretierte Interventionen u. a. Kurz: So etwas muss zuvor besprochen bzw. abgesprochen und bei manchen Patienten immer wiederholt werden. Dadurch bleibt die therapeutische Situation halbwegs durchschaubar und berechenbar – für beide.

Ein Punkt, der ebenfalls gerne zu zornigen Reaktionen führt, sind „moralische Aspekte“, in welcher Form auch immer. So etwas können narzisstisch Gestörte schon gar nicht vertragen, „schäumen vor Wut“ und flüchten in Über-Reaktionen, was vom Angriff bis zur Flucht alles bereithält. Erfahrene Therapeuten sind deshalb schon bei angedeuteten Wertungen eher vorsichtig und verzichten auf moralische Interpretationen weitgehend.

Umgekehrt: Die vertrauensvolle Atmosphäre fördert die Zusammenarbeit – und der Therapeut gerät trotzdem auf „dünnem Eis“. Dies ist vor allem dann zu erwarten, wenn der Patient zur „Über-Idealisierung“ neigt („so wie sie hat mich noch niemand verstanden“). Einmal davon abgesehen, dass auch Therapeuten nur Menschen sind (und nebenbei im normalen Behandlungs-Alltag nur wenig echtes Lob bekommen), kann sich diese Entwicklung als Falle entpuppen. Denn die Überhöhung kann auch in den „freien Fall“ umschlagen oder konkret: Bringt die „wunderbare Zusammenarbeit“ auch einmal unvermeidliche Desillusionierungen mit sich, wird der Patient nicht nur ernüchtert, sondern „verletzt“ – und damit ggf. „böse“.

Deshalb muss er aus seiner Sicht – noch nicht stabil genug, mit diesem Phänomen „normal“ umzugehen –, zur Stabilisierung des eigenen „Selbst“ entweder den Therapeuten entwerten oder die Behandlung abbrechen.

Um diese und ähnliche Konstellationen zu vermeiden, nutzen manche Therapeuten gerade in solchen Fällen eine kollegiale Mitberatung (Fachbegriff: therapiebegleitende Supervision zur kontinuierlichen Gegenübertragungs-Analyse). Oder auf Deutsch: Der Therapeut steht selber und auf eigenen Wunsch unter Behandlungs-Kontrolle. Das macht es ihm dann auch leichter, eigene Gefühle (trotz aller Ausbildung ist auch der Therapeut nur ein Mensch) zu kontrollieren. Und – sofern zweckmäßig – diese dergestalt in die Behandlung einfließen lassen, dass der Patient aus dem selbstkritischen und toleranten Verhalten des Therapeuten etwas zu lernen vermag (nach Ch. Menges).

Das sind allerdings sehr spezielle Überlegungen, die auch nicht von jedem Therapeuten so gesehen werden (je nach Ausbildung, Schulrichtung, persönlicher Erfahrung, Alter u. a.). Aber nachdenkenswert sind sie allemal.

Suizidale Krisen erkennen, vermeiden und behandeln

Suizidalität, also eine drohende Selbsttötungs-Gefahr ist immer ein für alle Seiten belastendes Phänomen (was nebenbei auch einmal als Waffe benutzt werden kann – und trotzdem ernst genommen werden muss). Die Suizidalität seelischer Störungen generell ist – unbehandelt – erschreckend hoch und bei manchen Krankheitsbildern geradezu alarmierend. Dazu gehören – wie schon mehrfach erwähnt – auch die narzisstischen Patienten, die von einer besonders hohen Rate vollzogener Selbsttötungs-Handlungen bedroht sind.

Ganz besonders riskant wird es dann, wenn bereits in der Vorgeschichte des Patienten mehrere Suizidversuche überlebt worden sind (was übrigens auch für die Suizidversuche naher Verwandter oder enger Freunde gilt). Solche Menschen haben gleichsam die Mauer zum „Freitod“ nicht gerade eingerissen, aber doch deutlich abgebaut. Und wenn man auch nicht bei allen suizidgefährdeten Kranken verkürzt davon sprechen kann, der „Suizid sei Wut auf die anderen“, deshalb könne der Patient zwar nicht den anderen, sondern „lediglich“ sich selber etwas antun, so hat diese Überlegung gerade bei narzisstischen Persönlichkeitsstörungen etwas für sich. Die Kombination aus wütend-verzweifelt, vielleicht sogar noch zusätzlich bilanzierend (was hat das für Konsequenzen für die/den anderen, wenn ich es tue) ist schon ein psychodynamisch hoch-explosibles Gemisch (Fachbegriff: maximales Gefährdungs-Potential).

In diesem Falle ist eine stationäre, ja intensive Klinik-Behandlung auf einer psychiatrischen Spezialstation nicht zu umgehen. Meist werden sich die Betroffenen hilflos-zornig wehren, aber nicht allzu lange, denn sie spüren ja auch, dass eine möglicherweise irreversible Katastrophe droht. Eine zwangsweise Unterbringung ist jedoch eher nur erforderlich.

Das Selbstwert-Defizit abbauen

Wenn es in der Therapie schließlich darum geht, die narzisstische Selbstwert-Problematik zu bearbeiten, dann muss man vor allem die leicht kränkbare Seite berücksichtigen, selbst wenn mögliche Quersalven ein anderes Bild vorgaukeln. So darf man diese Patienten durch zu direkte Konfrontation (d. h. gegenüberstellende Auseinandersetzungen mit ihren krankhaften Beziehungsmustern) nicht überfordern. Denn das könnte – typische Kipp-Reaktion – zu de-

pressiven, ja suizidalen Krisen führen. Also beginnt man erst einmal mit dem Erkennen und Herausarbeiten positiver Ressourcen (Reserven, Hilfsmittel, seelisch-psychosozialen Quellen). Allerdings sollte man sich dabei vor einer unrealistischen Überbewertung möglicher Fähigkeiten hüten, das würde wieder die überzogene Grandiositäts-Neigung anheizen. Es gilt das Vorhandene in angemessener Weise zu erkennen, zu benennen, zu wertschätzen und gezielt und nicht ausufernd zu aktivieren, gleichsam ein stabiles Fundament für die ja mit Sicherheit drohenden Zeiten vermehrter Belastungen, Krisen und damit Kränkungen aufzubauen.

Nach und nach kann man dann zu speziellen Fragen bzw. Problemkreisen vorstoßen. So sind Patienten mit narzisstischer Persönlichkeitsstörung – auch das klang immer wieder an –, nicht selten Kinder von ebenfalls narzisstisch gestörten Vätern oder Müttern, die ihr Kind nur dazu benützt haben, um ihren eigenen Selbstwert zu erhöhen oder sich bestimmte Bedürfnisse erfüllen zu lassen, die ihnen in ihrer eigenen Kindheit versagt geblieben sind. Auch Kinder von alleinerziehenden Vätern oder Müttern sind beispielsweise dann gefährdet eine narzisstische Persönlichkeitsstörung zu entwickeln, wenn sie die Rolle des verlorenen Partners einnehmen müssen. Oder wenn sie auf Grund der biologischen Herkunft oder anderer, an den getrennt lebenden oder geschiedenen Partner erinnernden Eigenschaften stellvertretend abgelehnt werden.

Ist einmal der individuelle Beziehungskonflikt herausgearbeitet, geht es an die störenden Verhaltensweisen, mit denen dieses Problem bisher bewältigt oder konkret: überspielt werden sollte / musste. Oder kurz: Die Ursachen sind jetzt klar geworden, nun gilt es auch die krankhaften Reaktionen darauf zu erkennen und konstruktiv zu ändern. Dabei muss auch hier wieder bei jeder kritischen Rückmeldung oder Bemerkung eine positive Wertschätzung nachgeschoben werden, um die drohende Kränkung mit möglichen Über-Reaktionen schon im Ansatz zu löschen.

Nach Klärung und Konfrontation aber geht es eigentlich erst richtig los: Jetzt muss sich der Patient entscheiden, ob er weiter psychotherapeutisch arbeiten, d. h. etwas für sich verändern möchte. So gilt es einige Fragen nicht nur als Absichtserklärung zu beantworten, sondern auch zu leben, durchzustehen. Beispiele: Ja, es liegt eine nachvollziehbare Traumatisierung („seelische Verwundung“) vor. Ja, die Reaktion darauf hat das Problem nicht gelöst – im Gegenteil. Ja, und das ist der nächste Schritt: Jeder trägt Verantwortung für sich selber – im Guten, wie im Schlechten. Jeder muss an sich selber arbeiten, ständig, mühsam und sicher hart. Ja, das ist eine lebenslange Aufgabe, von permanenten Rückfällen bedroht, ja, also!

Doch manche halten es nicht durch. Einige lassen sich darauf gar nicht ein, ziehen sich zurück, bevor die eigentliche Langzeit-Aufgabe beginnt. Hier muss der Therapeut zum einen die Vor- und Nachteile erläutern, im negativen (Rück-

zugs-)Fall aber die Entscheidung respektvoll akzeptieren. Denn nicht selten haben narzisstische Menschen ein durchaus realistisches Gefühl dafür, ob es besser ist, „die Fassade zu restaurieren oder abzureißen, um zu sehen, wie es dahinter aussieht“ (Ch. Menges).

Entschließt sich der Betroffene aber dazu, die psychotherapeutische Behandlung fortzusetzen, müssen konkrete Therapieziele erarbeitet werden – gemeinsam. Dabei geht es um einen Mittelweg, der gar nicht so einfach ist. Denn hier drohen ja die beiden narzisstischen Extreme: Zum einen die unrealistischen Größenideen ("natürlich werden wird das schaffen"), zum anderen die unangemessenen Insuffizienz-(Unfähigkeits-)Gefühle („das bringe ich nie hin“). Also letztlich Über- wie Unterforderung oder mit den Worten eines Patienten: „blauäugige Erfolgs-Gläubigkeit“ gegen „resignierende Machtlosigkeit“.

Die Lebensgeschichte erarbeiten, akzeptieren und neu ordnen

Jetzt erst, in einem dritten Schritt, beginnt die eigentliche therapeutische Aufgabe, nämlich die Aufarbeitung der Lebensgeschichte (Fachbegriffe: Biographie bzw. im krankhaften Sinne Pathographie). Jetzt gilt es die Selbstwert-Defizite vor dem Hintergrund der seelischen und psychosozialen Entwicklung verstehen zu lernen. Beispiele: emotionale (gemütsmäßige) Vernachlässigung oder auch Funktionalisiert-Werden durch Vater oder Mutter (um deren Defizite auszugleichen) u. a. Das bedeutet Erkennen, Anerkennen bzw. zuvor/danach ggf. Trauern, befreiende (weil psychotherapeutisch gesteuerte) Wutreaktionen usw. Das kann bei vor allem unveränderlichen, belastenden und benachteiligenden Lebens- und Erziehungserfahrungen auch einmal zu vorübergehenden depressiven Verstimmungen oder Angstreaktionen führen. Die gilt es gemeinsam durchzustehen.

Eine medikamentöse Hilfe (z. B. antidepressiv, beruhigend, schlaffördernd u. a.) wäre in diesem Falle zwar naheliegend, hat aber ihre Gefahren. Tranquillizer vom Typ der Benzodiazepine beispielsweise können die Trauerarbeit zwar erleichtern, aber vermitteln keinen Lösungs-Beitrag. Die qualvolle Zeit wird dadurch nur „ausgestanzt“, im Augenblick erleichternd, aber – da ungelöst – später nachzuholen. Also erscheint es in vielen Fällen günstiger, solche Reaktionen durchzuhalten und damit schließlich aufzulösen und abzuschließen. Und wenn schon vorbeugend mit Psychopharmaka eingegriffen wird, weil man die drohenden psychischen Konsequenzen fürchtet, dann kann man damit die nachvollziehbare und notwendige Enttäuschung, Wut oder Trauer blockieren: Sie tritt nicht auf – und wird aber auch nicht gelöst.

Was aber geschieht, wenn mit wachsender Einsicht in Ursache und Art der zwischenmenschlichen Probleme neue Verhaltensmuster gefordert sind, z. B. Umgang mit Kränkungen, Demütigungen, Frustrationen? Da wäre es gut, wenn

die bereits erwähnten positiven Ressourcen zuvor herausgearbeitet und gleichsam in Reserve gehalten jetzt verfügbar wären. Oder kurz: Wo bin ich wirklich glücklich, gut, leistungsfähig, stabil, um das „Gemüts-Loch“, das sich jetzt aufzutun droht, erfolgreich zu stopfen, zumindest aber notdürftig abzudecken?

Aktuelle Beziehungs-Störungen analysieren

Wie schon bis zum Überdruß, aber nicht umsonst mehrfach erwähnt, kommen narzisstisch Gestörte häufig erst dann in Behandlung, wenn es die Situation oder das Umfeld fordern bzw. erzwingen. Unter normalen Bedingungen würde man mit einer Analyse aktueller Konflikte viel schneller beginnen können, um dann das Problem grundlegend zu erörtern. Anders bei narzisstischen Persönlichkeitsstörungen mit ihrer leichten Kränkbarkeit, dem brüchigen Selbstwertgefühl, der Möglichkeit übermäßiger Wut-Reaktionen und der vorbeugenden Abwertung anderer, um nicht selbst verletzt zu werden. Und dies alles bei mangelndem Einfühlungsvermögen und der Neigung, das Umfeld ggf. rücksichtslos auszunutzen.

Würde man sofort mit diesem „Belastungs-Paket“ beginnen, wäre die Reaktion keine andere wie bisher im Leben des Patienten auch. Daher beginnt man erst mit jenen Schritten, die oben dargestellt wurden, um „das dünne Eis etwas tragfähiger werden zu lassen“. Danach kann man auf aktuelle Beziehungsstörungen mit Partner, Mitarbeitern, Freunden, Nachbarn, Vorgesetzten u. a. konkret eingehen – bzw. einzugehen versuchen.

Im engen Familienkreis können manchmal Paar- oder Familiengespräche hilfreich sein (s. o.). Doch das ist im Einzelfall zu entscheiden. Hier erweist sich dann auch rasch, ob die Kritikfähigkeit (Selbst-Kritik!) beim Patienten so weit gewachsen ist, dass sie auch im Verlauf von Angehörigen-Gesprächen hält. Denn jetzt muss auch mit den Reaktionen von Partner, Eltern, Kindern u. a. gerechnet werden. Und dort ist mit Sicherheit so manche eigene Wut, Angst, ja Abwertung gewachsen, negative Gefühle über Jahre hinweg, die jetzt – in Gegenwart und unter dem Schutz eines Therapeuten – eruptiv ausbrechen können („Abrechnung“). Dann kann man rasch in ein „Schlachtfeld“ geraten, das kaum mehr zu steuern ist.

Solche Gespräche müssen deshalb sorgfältig vorbereitet werden, auch mit den hinzu gezogenen Angehörigen. Und man kann sich denken, dass sie erst am Schluss einer Behandlung riskiert werden können, nämlich dann, wenn man die erhoffte Stabilisierung eingetreten wähnt.

Ein letztes Problem: Die Therapie geordnet beenden

Ein letztes Mal muss man sich an das Hauptsymptom einer narzisstischen Störung erinnern, wenn es darum geht, die Psychotherapie auch erfolgreich abzuschließen. Deshalb gilt es das Ende möglichst frühzeitig und vor allem gemeinsam festzulegen. Selbst dann noch erleben narzisstische Patienten diesen Abschluss als eine Kränkung, diesmal in Form des Abgelehnt-Werdens (das vor dem Hintergrund der Lebensgeschichte verarbeitet und verstanden werden muss).

Und selbst nach erfolgreicher „Ablösung vom Therapeuten“ können später immer wieder Krisen-Interventionen notwendig werden. Ein narzisstisch gestörter Mensch kann zwar jetzt durchaus wissen, was er will oder soll, doch wie das konkret geplant werden muss, Schritt für Schritt, das ist noch immer eine große Aufgabe. Stattdessen beherrschen ihn immer wieder „überfallartig“ die bekannten Größen-Phantasien, in diesem Fall: Man könne dieses oder jenes Ziel ganz plötzlich und ohne eigenes Zutun erreichen. Selbst nach harter gemeinsamer Arbeit kann die alte, unselige Problem-Strategie immer wieder durchbrechen – und eine angepasste Lebensplanung in Frage stellen.

Narzisstisch Gestörte können eine Lebensaufgabe bleiben, selbst nach abgeschlossener Psychotherapie.

LITERATUR

Interessantes Gebiet, dem offenbar die Zukunft gilt, und zwar zum einen die Persönlichkeitsstörungen generell, zum anderen die Narzisstischen Persönlichkeitsstörungen. Allerdings wird man gerade bei populärmedizinischen Abhandlungen Vorsicht walten lassen müssen. Derart Gestörte (man beachte allein den schon erwähnten Begriff der „dramatischen, emotionalen, launischen Patientengruppe“) faszinieren auch (oder vor allem?) nicht-ärztliche/nicht-psychologische Autoren und können leicht aus dem Ruder laufen, an zwischenmenschlichem Konflikt-Material fehlt es ja nicht. Dass damit vollendete Tatsachen drohen, die von einer sauberen wissenschaftlichen Beurteilung noch weit entfernt, geschweige denn bewiesen sind, muss nicht gesondert erwähnt werden.

Deshalb empfehlen die Experten trotz aller Komplexität des Themas und der ohnehin nicht immer befriedigenden Verständlichkeit der dargebotenen Texte sich auf Fachliteratur zu beschränken – zumindest vorerst.

Grundlage vorliegender Ausführungen, in denen (überwiegend englischsprachige) Fachliteratur zum Thema nachgeschlagen werden kann, sind:

Akhtar, S.: **Narzisstische und Borderline-Persönlichkeitsstörung: zwei verwandte Bilder.** In: O. F. Kernberg u. Mitarb. (Hrsg.): Handbuch der Borderline-Störungen. Schattauer-Verlag, Stuttgart-New York 2000

Altmeyer, M.: **Narzissmus und Objekt.** Verlag Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen 2000

APA: Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen – DSM-IV-TR. Hogrefe-Verlag für Psychologie, Göttingen-Bern-Toronto-Seattle 2003

Arbeitskreis OPD (Hrsg.): **Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik.** Grundlagen und Manual. Verlag Hans Huber, Bern-Göttingen-Toronto 1996

Band, S. R., J. A. Harpold (zit. nach U. Füllgrabe): **Amok.** reportpsychologie 11/12 (2002) 694

Battegay, R.: **Grenzsituationen.** Verlag Hans Huber, Bern 1991

Beck, A. T., A. Freeman: **Kognitive Therapie der Persönlichkeitsstörungen.** Beltz-Verlag, Weinheim 1995

Burckhard, J.: **Weltgeschichtliche Betrachtungen (1868):** In: J. Burckhard: Gesamtausgabe, Bd. VII. Schwabe-Verlag, Basel 1929

Bushman, B.J., R. F. Baumeister (zit. nach U. Füllgrabe): **Amok.** reportpsychologie 11/12 (2002) 694

Cremerius, J. u. Mitarb. (Hrsg.): **Psychoanalyse, Über-Ich und soziale Schicht.** Kindler-Verlag, München 1979

Deneke, F.-W., B. Hilgenstock: **Das Narzissmus-Inventar.** Handbuch. Verlag Hans Huber, Bern-Stuttgart-Toronto 1989

Eilts, H.-J.: **Narzissmus und Selbstpsychologie. Zur Entwicklung der psychoanalytischen Abwehrlehre.** edition diskord, Tübingen 1998

Eissler, K.R.: **Todestrieb, Ambivalenz, Narzissmus.** Kindler-Verlag, München 1971

Ernst, H.: **Psychotrends. Das Ich im 21. Jahrhundert.** Piper-Verlag, München 1996

Etcoff, N.: **Nur die Schönsten überleben. Die Ästhetik des Menschen.** Heinrich Hugendubel-Verlag, Kreuzlingen-München 2001

Fiedler, P.: **Integrative Psychotherapie bei Persönlichkeitsstörungen.** Hogrefe-Verlag, Göttingen 2000

Fiedler, P.: **Persönlichkeitsstörung.** In: H. Reinecker (Hrsg.): Lehrbuch der Klinischen Psychologie. Hogrefe-Verlag, Göttingen 1994

Fiedler, P.: **Persönlichkeitsstörung.** In: K. Halweg, A. Ehlers (Hrsg.): Psychische Störungen und ihre Behandlung. Hogrefe-Verlag, Göttingen 1996

Fiedler, P.: **Persönlichkeitsstörungen.** Beltz PVU, Weinheim 2001

Freud, S.: **Zur Einführung des Narzissmus.** In: Gesamtwerk, Bd. X, S. Fischer-Verlag, Frankfurt 1914

Freud, S.: **Zur Einführung des Narzissmus. Gesammelte Werke X.** S. Fischer-Verlag, Frankfurt 1973

Funk, R.: **Individuelle und kollektive Verdrängung.** In: M. Zimmer (Hrsg.): Der 11. September 2001 und die Folgen. Materialien zur Jahrestagung „Gewalt, Zerstörung, Necrophilie – Ursachen und Alternativen“, Bremen 2002. Erich-Fromm-Archiv, Tübingen 2002

Giernalczyk, T. (Hrsg.): **Zur Therapie der Persönlichkeitsstörungen.** dgvt-Verlag, Tübingen 1999

Giedens, A.: **Entfesselte Welt. Wie die Globalisierung unser Leben verändert.** Suhrkamp-Verlag, Frankfurt 2001

Götze, P.: **Erklärungsmodelle der psychoanalytischen Aggressions- und Narzissmustherapie.** In: T. Bronisch u. Mitarb. (Hrsg.): Suizidalität. Ursachen – Warnsignale – therapeutische Ansätze. Schatthauer-Verlag, Stuttgart-New York 2002

Grawe, K.: **Psychologische Therapie.** Hogrefe-Verlag, Göttingen 1998

Grunberger, B.: **Vom Narzissmus zum Objekt.** Suhrkamp-Verlag, Frankfurt 1976

Grunberger, B., P. Dessuant: Narzissmus, Christentum, Antisemitismus. Verlag Klett-Cotta, Stuttgart 2000

Hartkamp, N., W. Wöller, M. Langenbach, J. Ott: Narzisstische Persönlichkeitsstörung. In: W. Tress u. Mitarb. (Hrsg.): Persönlichkeitsstörungen. Leitlinie und Quellentext. Schattauer-Verlag, Stuttgart-New York 2002

Henseler, H.: Narzisstische Krisen. Zur Psychodynamik des Selbstmordes. Rowohlt-Verlag, Reinbek 1974

Henseler, H., Ch. Reimer (Hrsg.): Selbstmordgefährdung. Zur Psychodynamik und Psychotherapie. frommann-holzboog-Verlag, Stuttgart 1981

Henseler, H.: Narzisstische Krisen. Zur Psychodynamik des Selbstmordes. Westdeutscher Verlag, Wiesbaden 2000

Herpetz, S., H. Saß: Persönlichkeitsstörungen. Thieme-Verlag, Stuttgart-New York 2002

Hinsch, R., S. Wittmann: Soziale Kompetenz kann man lernen. Beltz-Verlag, Weinheim 2003

Hoffmann, M.: Selbstliebe. Ein grundlegendes Prinzip von Ethos. Schöningh-Verlag, Paderborn 2002

Hole, G.: Fanatismus. Psychosozial-Verlag, Gießen 2004

Kämmerer, A., J. Funke (Hrsg.): Seelenlandschaften. Steifzüge durch die Psychologie. 98 persönliche Positionen. Verlag Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen 2004

Kanfer, F. u. Mitarb. (Hrsg.): Selbstmanagement-Therapie. Springer-Verlag, Berlin-Heidelberg-New York 1991

Kapfhammer, H.P.: Psychotherapeutische Verfahren in der Psychiatrie. Nervenarzt 66 (1995) 157

Kast, V.: Neid und Eifersucht. Walter-Verlag, Zürich-Düsseldorf 1996

Kernberg, O. F.: Borderline-Störungen und pathologischer Narzissmus. Suhrkamp-Verlag, Frankfurt 1978

Kernberg, O.F.: Innere Welt und äußere Realität. Anwendungen der Objektbeziehungstheorie. Verlag Internationale Psychoanalyse, München 1988

Kernberg, O. F.: Schwere Persönlichkeitsstörungen. Theorie, Diagnose, Behandlungsstrategie. Verlag Klett-Cotta, Stuttgart 1991

Kernberg, O. F.: Narzisstische Persönlichkeitsstörungen. Schattauer-Verlag, Stuttgart-New York 1998

Kernberg, O. F. u. Mitarb. (Hrsg.): Handbuch der Borderline-Störungen. Schattauer-Verlag, Stuttgart-New York 2000

Kernberg, O. F. u. Mitarb. (Hrsg.): Narzissmus. Zeitschrift PTT 3/2001 im Schattauer-Verlag, Stuttgart-New York 2001

Kernberg, O. F., B. Dulz, J. Eckert (Hrsg.): Wir: Psychotherapeuten über sich und ihren „unmöglichen“ Beruf. Schattauer-Verlag, Stuttgart-New York 2005

Keupp, H.: Eine Gesellschaft der Ichlinge? SOS-Kinderdorf, München 2000

Kluge, N. u. Mitarb.: Körper und Schönheit als soziale Leitbilder. Ergebnisse einer Repräsentativ-Erhebung in West- und Ostdeutschland. Peter Lang-GmbH, Europäischer Verlag der Wissenschaften, Frankfurt 1999

Kohut, H.: Die Heilung des Selbst. Suhrkamp-Verlag, Frankfurt 1979

Kohut, H.: Narzissmus. Suhrkamp-Verlag, Frankfurt 2003

Lange-Eichbaum, W., W. Kurth: Genie, Irrsinn und Ruhm. Bd. 1-11. Ernst-Reinhardt-Verlag, München-Basel 1985 bis 1996

Lasch, C.: Das Zeitalter des Narzissmus. dtv, München 1982

LeDoux, J. E.: Das Netz der Persönlichkeit. Wie unser Selbst entsteht. Walter-Verlag, Düsseldorf 2003

Linden, M., M. Hautzinger (Hrsg.): Psychotherapie-Manual. Sammlung psychotherapeutischer Techniken und Einzelverfahren. Springer-Verlag, Berlin-Heidelberg-New York 1981

Lojewski, S.: Narzissmus und Gesellschaft. 2002 (On-line). Available: <http://narzissmus.stefanlojewski.de/>

Machilek, F. u. Mitarb.: „Ich kehre mein Innerstes nach Außen und setze es auf meine Homepage.“ Einzelfallanalysen außergewöhnlicher Home-

pages. In: K.-H. Renner u. Mitarb. (Hrsg.): *Internet und Persönlichkeit*. Hogrefe-Verlag, Göttingen 2005

Margraf, J. (Hrsg.): Lehrbuch der Verhaltenstherapie. Bd. 2: Störungen – Glossar. Springer-Verlag, Berlin-Heidelberg-New York 2000

McNeill, W.: Krieg und Macht. Verlag C.H. Beck, München 1984

Menges, Ch.: Psychotherapeutische Behandlungsansätze bei der narzisstischen Persönlichkeitsstörung. In: H. Saß, S. Herpetz (Hrsg.): *Psychotherapie der Persönlichkeitsstörungen*. Thieme-Verlag, Stuttgart 1999

Mentzos, St.: Der Krieg und seine psychosozialen Funktionen. Fischer-Taschenbuch-Verlag, Frankfurt 1993

Neumann, E., H. W. Bierhoff: Ichbezogenheit versus Liebe in Paarbeziehungen. Zeitschrift für Sozialpsychologie 1 (2004) 33

Ovid: Metamorphosen. Heimeran-Verlag, München 1964

Ott, R., C. Eichenberg: Klinische Psychologie und Internet. Hogrefe-Verlag, Göttingen 2003

Passet, P., I. Modena: Krieg und Frieden aus psychoanalytischer Sicht. Verlag Stroemfeld-Roter Stern, Basel-Frankfurt 1983

Reich, W.: Zwei narzisstische Typen (1922). In: W. Reich: *Frühe Schriften I.* Aus dem Jahre 1920 bis 1925. Fischer-Verlag, Frankfurt 1977

Renger, A.-B. (Hrsg.): Narcissus. Ein Mythos von der Antike bis zum Cyberspace. J. B. Metzler-Verlag, Stuttgart 2002

Rosenfeld, H. A.: Zur Psychopathologie des Narzissmus – ein klinischer Beitrag. In: H. A. Rosenfeld (Hrsg.): *Zur Psychoanalyse psychotischer Zustände.* Suhrkamp-Verlag, Frankfurt 1981

Röhr, H.-P.: Narzissmus. Das innere Gefängnis. Walter-Verlag, Zürich 2003

Roessler, W. (Hrsg.): Die therapeutische Beziehung. Springer-Verlag, Berlin-Heidelberg-New York 2004

Roth, H.-J.: Narzissmus. Selbstwertung zwischen Destruktion und Produktivität. Juventa-Verlag, Weinheim 1990

Rotmann, J. M.: **Über Freuds „zur Einführung des Narzissmus“** (Freud heute: Bd. 2). Verlag frommann-holzboog, Stuttgart- Bad Cannstatt 2000

Sachse, R.: **Histrionische und Narzisstische Persönlichkeitsstörungen.** Hogrefe-Verlag, Göttingen 2002

Sachse, R.: **Psychologische Psychotherapie der Persönlichkeitsstörungen.** Hogrefe-Verlag, Göttingen 2001

Sachse, R.: **Selbstverliebt – aber richtig. Paradoxe Ratschläge für das Leben mit Narzissten.** Verlag Klett-Cotta, Stuttgart 2004

Saß, H.: **Psychopathie – Soziopathie – Dissozialität. Zur Differentialtypologie der Persönlichkeitsstörungen.** Springer-Verlag, Berlin-Heidelberg-New York 1987

Saß, H.: **Persönlichkeitsstörungen.** In: V. Faust (Hrsg.): **Psychiatrie – Ein Lehrbuch für Klinik, Praxis und Beratung.** Gustav Fischer-Verlag, Stuttgart-Jena-New York 1996

Saß, H., S. Herpertz (Hrsg.): **Psychotherapie der Persönlichkeitsstörungen.** Thieme-Verlag Stuttgart 1999

Senf, W., M. Broda (Hrsg.): **Praxis der Psychotherapie.** Thieme-Verlag, Stuttgart-New York 2005

Schiepek, G. (Hrsg.): **Neurobiologie der Psychotherapie.** Schattauer-Verlag, Stuttgart 2003

Schmidbauer, W.: **Der Mensch als Bombe. Eine Psychologie des neuen Terrorismus.** Rowohlt-Verlag, Hamburg 2003

Schmitz, B. u. Mitarb. (Hrsg.): **Persönlichkeitsstörungen: Diagnostik und Psychotherapie.** Beltz-PVU, Weinheim 1996

Schmitz, B. u. Mitarb.: **Kognitive Verhaltenstherapie bei Persönlichkeitsstörungen und unflexiblen Persönlichkeitsstilen.** Pabst Science Publishers, Lengerich 2001

Schorsch, E., N. Becker: **Angst, Lust, Zerstörung.** Psychosozial-Verlag, Gießen 2000

Schulz v. Thun, F.: **Miteinander reden. Stile, Werte und Persönlichkeitsentwicklung.** Rowohlt-Verlag, Reinbek, 1989

Schütz, A.: Psychologie des Selbstwertgefühls. Von Selbstakzeptanz bis Arroganz. Kohlhammer-Verlag, Stuttgart-Berlin-Köln 2000

Symington, N.: Narzissmus. Psychosozial-Verlag, Gießen 2002

Thielen, M. (Hrsg.): Narzissmus. Körperpsychotherapie zwischen Energie und Beziehung. Leutner-Verlag, Berlin 2002

Tress, W., W. Wöller, N. Hartkamp, M. Langenbach, J. Ott: Persönlichkeitsstörungen. Leitlinie und Quellentext. Schattauer-Verlag, Stuttgart-New York 2002

Tuchman, B.: Die Torheit der Regierenden. S. Fischer-Verlag, Frankfurt 1984

Turkat, I.D.: Die Persönlichkeitsstörungen. Verlag Hans Huber, Bern-Göttingen-Toronto-Seattle 1996

Volkan, V.D., G. Ast: Spektrum des Narzissmus. Verlag Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen 2002

Völkel, H.: Der Psychotherapeut und sein Narzissmus. In O. F. Kernberg u. Mitarb. (Hrsg.): Wir: Psychotherapeuten über sich und ihren „unmöglichen“ Beruf. Schattauer-Verlag, Stuttgart-New York 2005

Wahl, H.: Narzissmus? Von Freuds Narzissmus-Theorie zur Selbstpsychologie. Kohlhammer-Verlag, Stuttgart 1985

Wardetzki, B.: Weiblicher Narzissmus. Der Hunger nach Anerkennung. Kösel-Verlag, München 1991

White, M., D. Epston: Die Zähmung der Monster. Carl-Auer-Systeme-Verlag, Heidelberg 2002

WHO: Internationale Klassifikation psychischer Störungen - ICD-10. Verlag Hans Huber, Bern-Göttingen-Toronto 2000

Wickler, W., U. Seibl: Das Prinzip Eigennutz. Deutscher Taschenbuch-Verlag, München 1981

Willi, J.: Die Zweierbeziehung. Rowohlt-Verlag, Reinbek 1975

Wintels, A.: Individualismus und Narzissmus. Analysen zur Zerstörung der Innenwelt. Grünewald-Verlag, Mainz 2000

Wirth, H.-J.: Narzissmus und Macht. Zur Psychoanalyse seelischer Störungen in der Politik. Psychosozial-Verlag, Gießen 2002

Ziehe, T.: Pubertät und Narzissmus. EVA-Verlag, Frankfurt-Köln 1975

Ein ergiebiges Angebot des derzeitigen Wissensstandes was Diagnose und vor allem Psychotherapie des Narzissmus anbelangt bietet für Psychiater, Ärzte für Psychotherapeutische Medizin und Psychologen das Themenheft *Psychotherapie im Dialog (PiD)*, Zeitschrift für Psychoanalyse, Systemische Therapie und Verhaltenstherapie 3/September 2004: Narzissmus.