

**Psychotherapie
in Psychiatrie und Psychosomatik**

Dammann, Sammet, Grimmer (Hrsg.)

Narzissmus

Theorie, Diagnostik, Therapie

Kohlhammer

Kohlhammer

Psychotherapie in Psychiatrie und Psychosomatik

Herausgegeben von
Gerhard Dammann
Isa Sammet
Bernhard Grimmer

Gerhard Dammann
Isa Sammet
Bernhard Grimmer (Hrsg.)

Narzissmus

Theorie, Diagnostik, Therapie

Verlag W. Kohlhammer

Dieses Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwendung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechts ist ohne Zustimmung des Verlags unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und für die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Die Wiedergabe von Warenbezeichnungen, Handelsnamen und sonstigen Kennzeichen in diesem Buch berechtigt nicht zu der Annahme, dass diese von jedermann frei benutzt werden dürfen. Vielmehr kann es sich auch dann um eingetragene Warenzeichen oder sonstige geschützte Kennzeichen handeln, wenn sie nicht eigens als solche gekennzeichnet sind.

1. Auflage 2012

Alle Rechte vorbehalten

© 2012 W. Kohlhammer GmbH Stuttgart

Umschlag: Gestaltungskonzept Peter Horlacher

Gesamtherstellung:

W. Kohlhammer Druckerei GmbH + Co. KG, Stuttgart

Printed in Germany

ISBN 978-3-17-022132-1

E-Book-Formate:

pdf: ISBN 978-3-17-026576-9

Die Reihe

»Psychotherapie in Psychiatrie und Psychosomatik«

Der psychotherapeutische Ansatz gewinnt gegenwärtig in der Psychiatrie, neben dem dominierenden neurobiologischen und psychopharmakologischen Modell (»Biologische Psychiatrie«), wieder zunehmend an Bedeutung. Trotz dieser Renaissance gibt es jedoch noch vergleichsweise wenig aktuelle Literatur, die psychiatrische Störungsbilder unter vorwiegend psychotherapeutischem Fokus beleuchtet.

Die Bände dieser neuen Reihe dokumentieren aktuelle Entwicklungen in der Psychotherapie und greifen folgende Aspekte auf:

- störungsspezifische Ansätze
- Evidenzbasierung in der Psychotherapie
- integrative Therapieansätze, die Aspekte von kognitiv-behavioralen und psychodynamischen Verfahren umfassen
- die Tendenz, pharmakotherapeutische und psychotherapeutische Strategien weniger getrennt zu sehen
- besondere theoretische Ansätze (etwa die Epigenetik oder die Bindungstheorie), aktuelle Möglichkeiten, mit biologischen Verfahren psychotherapeutische Veränderungen messbar zu machen
- die Entwicklung einer individuelleren, subgruppen- und altersorientierten Perspektive (»personalisierte Psychiatrie«)
- neu entstehende Brücken zwischen den bisher stärker getrennten Fachdisziplinen »Psychiatrie und Psychotherapie«, »Psychosomatische Medizin und Psychotherapie« und »Klinische Psychologie«
- die Wiederentdeckung wichtiger psychoanalytischer Perspektiven (Beziehung, Übertragung, Beachtung der konflikthafter Biografie etc.) auch in anderen Psychotherapie-Schulen

Die Bände dieser Reihe sind eng verbunden mit einer Tagungsreihe, die wir in Münsterlingen am Bodensee durchführen. Die 1839 gegründete Psychiatrische Klinik Münsterlingen – heute akademisches Lehrkrankenhaus – hat, in der schweizerischen psychiatrischen Tradition stehend, eine starke psychotherapeutische Ausrichtung und in den letzten Jahren auch eine störungsspezifische Akzentuierung erfahren. Hier entwickelte und entdeckte der Psychoanalytiker Hermann Rorschach um 1913 den Formdeuteversuch und der phänomenologische Psychiater Roland Kuhn im Jahr 1956 mit Imipramin das erste Antidepressivum.

Die Bände der Reihe »Psychotherapie in Psychiatrie und Psychosomatik« sollen jedoch mehr als reine Tagungsbände sein. Es werden aktuelle Felder aus dem Gebiet der gesamten Psychiatrie und Psychosomatik praxisnah dargestellt. Eine theoretische Vollständigkeit wie bei Lehrbüchern wird nicht angestrebt. Der Schwerpunkt liegt weniger auf der Ätiologie oder Diagnostik als auf den psychotherapeutischen Zugängen in schulenübergreifender und störungsspezifischer Sicht.

Gerhard Dammann, Bernhard Grimmer und Isa Sammet

Vorwort

Seit einigen Jahren wächst das Interesse an der Behandlung der narzisstischen Störungen wieder, nachdem es bereits in den 1970er Jahren eine intensivere Auseinandersetzung um das Konzept des Narzissmus gegeben hatte. In den Jahren 1977 bis 1979 gab es die innerhalb der Psychoanalyse geführte Theoriedebatte zwischen Kernberg und Kohut. Es wurde ganz allgemein, in Anlehnung an das berühmte Buch von Christopher Lasch, vom »Zeitalter des Narzissmus« gesprochen.

Später wurde es dann wieder ruhiger um den Narzissmus: Andere Störungsbilder wie die Posttraumatische Belastungsstörung, die dissoziativen Störungen oder die Borderline-Persönlichkeitsstörung rückten in den Vordergrund des Interesses.

Möglicherweise haben die metatheoretischen Schwierigkeiten des Begriffs Narzissmus, der vom normalen, notwendigen Narzissmus bis hin zum pathologischen Narzissmus reicht, aber auch der inflationäre Gebrauch des Begriffs dazu beigetragen, dass sich eine gewisse Skepsis breitmachte.

Seit einigen Jahren ist nun ein Wiedererwachen des Interesses an den narzisstischen Störungen zu verzeichnen. Die Gründe dafür könnten einerseits in den besonderen behandlungstechnischen Schwierigkeiten dieser Patientengruppe liegen, die nicht selten eine Therapie zwar dringend benötigt, gleichzeitig aber durch die Behandlungsnotwendigkeit so gekränkt ist, dass sie dagegen ankämpft.

Hinzu kommt das gewachsene soziokulturelle Interesse an Erscheinungsformen in unserer Gesellschaft, die auch mit Narzissmus in Verbindung gebracht werden: Körper-, Jugend- und Schönheitskult, medialer Voyeurismus, zunehmende Manipulationen am eigenen Körper, wie ästhetische Operationen oder Piercings. Dazu beitragen dürfte auch der Verlust von Solidarität und die Zunahme von Vereinzelung in der Gegenwart sowie die ökonomische Entwicklung bis hin zur Bankenkrise der letzten zwei Jahre, die auch mit Egoismus und Gier in Verbindung gebracht werden. Eine neuere Publikation (Twenge und Campbell 2010) trägt deshalb den Titel »The Narcissism Epidemic: Living in the Age of Entitlement« (Die narzisstische Epidemie: Leben im Zeitalter der Ansprüchlichkeit).

In den letzten Jahren wurden spezifische diagnostische Instrumente entwickelt und (wenn auch noch wenige) empirische Studien zu dieser Störungsgruppe durchgeführt. Innerhalb der verbreiteten kognitiven Verhaltenstherapie kam es zu einer Weiterentwicklung: der Schematherapie. Diese gewichtet psycho-

dynamische Aspekte (Beziehungsgestaltung, Lebensgeschichte etc.) stärker, unter anderem auch, um der Behandlung der narzisstischen Störungen aus kognitiv-behavioraler Perspektive besser entsprechen zu können.

Umso mehr erstaunt es, dass in der DSM-5 Arbeitsgruppe zu Persönlichkeit und Persönlichkeitsstörung vorübergehend diskutiert wurde, ausgerechnet die wichtige narzisstische Persönlichkeitsstörung zukünftig aus dem Klassifikationssystem der Amerikanischen Psychiatrischen Vereinigung (APA) zu streichen.

Die Ursachen dieser Debatte lagen unter anderem in der geringen Validität und Reliabilität der Diagnose (nach DSM-IV), wo z. B. eher sensitivere und auf Zurückweisung stark reagierende Formen narzisstischer Störungen nicht gut diagnostiziert werden können.

Es ist nicht möglich, hier alle Themen, um den Narzissmus auch nur annähernd erschöpfend aufzugreifen. Es sollen daher einige aktuelle Brennpunkte der Narzissmus-Diskussion wissenschaftlich und klinisch näher beleuchtet werden: der Körper, die Adoleszenz, die Möglichkeiten der stationären Behandlung, die Schematherapie, die Evidenzbasierung in diesem Bereich und die Beziehung zur Macht.

Mit dem ersten Band unserer Münsterlinger Reihe *Psychotherapie in Psychiatrie und Psychosomatik* widmen wir uns der Patientengruppe mit narzisstischen Störungen. Renommierete Experten, Forscher und Kliniker stellen praxisorientiert verschiedene klinisch relevante Aspekte der narzisstischen Störungen dar und geben einen Einblick in die psychotherapeutische Behandlung.

Gerhard Dammann
Bernhard Grimmer
Isa Sammet

Münsterlingen, im Juli 2012

Inhalt

Reihenvorwort	5
Vorwort	7
I Theorie und Diagnostik	13
1 Narzissmus – Wichtige psychodynamische Konzepte und ihre Auswirkungen auf die klinische Praxis	15
<i>Gerhard Dammann</i>	
1.1 Phänomenologie und Grundlagen	16
1.2 Das Narzissmus-Konzept	21
1.3 Psychodynamische Aspekte	25
1.4 Die Kohut-Kernberg-Debatte	27
1.5 Destruktiver und maligner Narzissmus	30
1.6 Narzissmus und Borderline-Störung	32
1.7 Narzissmus und Suizidalität	34
1.8 Weitere Aspekte: Sucht, Bulimie, Depression und sexueller Missbrauch in Therapien	35
1.9 Therapie und typische Behandlungsprobleme	38
1.10 Verlauf	45
1.11 Zusammenfassung	46
2 Phänomenologie und Diagnostik der narzisstischen Persönlichkeitsstörung	51
<i>Stephan Doering</i>	
2.1 Die aktuellen Klassifikationen und ihre Probleme	51
2.2 Phänomenologie und Taxonomie des Narzissmus	53
2.3 Prävalenz und Komorbidität der narzisstischen Persönlichkeitsstörung	57
2.4 Testdiagnostische Instrumente	57
2.5 Eine strukturorientierte Typologie der narzisstischen Persönlichkeitsstörungen	60

3	Somatisierung und Alexithymie – Körperliche Dimensionen des Narzissmus?	68
	<i>Harald Gündel</i>	
3.1	Wichtige ätiologische Aspekte	68
3.2	Psychotherapie	74
II	Therapie	79
4	Besonderheiten analytischer Gruppentherapie mit narzisstischen Patienten	81
	<i>Christiane Rösch</i>	
4.1	Überlegungen zur Dynamik in Gruppen mit Patienten mit narzisstischen Persönlichkeitsstörungen	81
4.2	Bions Konzept der verschiedenen Funktionsniveaus von Gruppen	83
4.3	Verschränkung von individueller Abwehr und Gruppenabwehr . .	84
4.4	Bemerkung zu den Herausforderungen für den Gruppenleiter . .	87
4.5	Beispiel für eine »gut arbeitende Gruppe«	89
4.6	Schlussbemerkung	93
5	Schematherapie für die narzisstische Persönlichkeitsstörung	95
	<i>Eva Dieckmann</i>	
5.1	Theoretische Grundlagen	96
5.2	Ätiologie der NPS: aktive Schemata und Modi	101
5.3	Therapieziele und Therapiehindernisse	104
5.4	Interventionen der Schematherapie	105
5.5	Verhaltensbezogene Interventionen	108
5.6	Abschließende Bemerkung	108
6	Möglichkeiten und Grenzen der stationären Behandlung narzisstischer Persönlichkeitsstörungen	110
	<i>Christiane Rösch und Isa Sammet</i>	
6.1	Narzisstische Persönlichkeiten in stationärer Therapie: eine therapeutische Herausforderung	110
6.2	Übertragungsfokussierte psychodynamische Behandlung nach Kernberg (TFP)	111
6.3	Zwei Fallbeispiele	112
6.4	Möglichkeiten und Grenzen der stationären Behandlung	121
6.5	Empirische Evidenz	123
6.6	Fazit	124

III	Praxisfelder und Spezialfragen	127
7	Narzisstische Liebesbeziehungen	129
	<i>Otto F. Kernberg</i>	
7.1	Die Untersuchung von Paaren mit narzisstischen Konflikten	136
7.2	Die narzisstische Dynamik von Liebesbeziehungen in der Übertragung	138
7.3	Die Beziehung zwischen präödipalen und ödipalen Konflikten narzisstischer Persönlichkeiten	139
7.4	Gegenübertragung	141
8	Narzissmus und Adoleszenz	144
	<i>Bernhard Grimmer</i>	
8.1	Lebensphase Adoleszenz: Entwicklungsaufgaben und narzisstische Krisen	144
8.2	Omnipotenzfantasien, Peergroup, Suizidalität	148
8.3	Adoleszenz im 21. Jahrhundert: kulturelle und gesellschaftliche Sozialisationsbedingungen	150
8.4	Narzisstische Krise oder Narzisstische Persönlichkeitsstörung? ..	153
8.5	Stationäre Psychotherapie narzisstischer Krisen in der Spätadoleszenz	154
9	Sucht und Narzissmus: Eine aktuelle Übersicht	159
	<i>Marc Walter</i>	
9.1	Abhängigkeitserkrankungen	160
9.2	Neurobiologie der Sucht	161
9.3	Suchtverhalten und Narzissmus	162
9.4	Abhängigkeitserkrankungen und Narzissmus	165
9.5	Psychotherapie mit abhängigkeitserkrankten Patienten	166
9.6	Zusammenfassung	171
10	Im Schatten von Fukushima: Zwischen Allmachtsfantasie und der »Fähigkeit zur Besorgnis«	174
	<i>Hans-Jürgen Wirth</i>	
10.1	Hiroshima und Nagasaki	174
10.2	Vergangenheitsbewältigung in Japan, Westdeutschland und der DDR	174
10.3	Das dreifache Trauma des Zweiten Weltkrieges	177
10.4	Das kollektive Trauma des Gattungswesens Mensch	179
10.5	Die Unfähigkeit zu trauern als weltweite kollektive Abwehr	180
10.6	Deutsche Dumpfheit – deutsche Sensibilität	183

10.7	Im Schatten von Tschernobyl	186
10.8	Im Schatten von Fukushima	187
10.9	»Prothesengott« (Freud) und »Gotteskomplex« (Richter)	189
	Verzeichnis der Autorinnen und Autoren	192
	Stichwortverzeichnis	194

I Theorie und Diagnostik

1 Narzissmus – Wichtige psychodynamische Konzepte und ihre Auswirkungen auf die klinische Praxis

Gerhard Dammann

Einleitung

Der Mythos des Jünglings »Narkissos« aus der griechischen Mythologie hat dem klinischen Phänomen des Narzissmus¹ seinen Namen gegeben (Wieseler 1856; Renger 1999). In diesem Mythos findet sich vieles, was bis heute das Verständnis des Narzissmus prägt. Narziss verliebt sich, dem Mythos nach, in sein eigenes Spiegelbild. Er ist aber auf der Suche nach einem verlorenen Objekt (in einer Version des Mythos eine früh verlorene Zwillingschwester). Andere, die ihn begehren, wie die Nymphe Echo, weist er zurück. Er ist somit eigentlich auf der Suche nach dem Anderen, fällt aber immer wieder auf sich zurück. Ein anderes Element begleitet den Mythos ebenfalls: Narkissos stirbt an seiner Selbstbezogenheit. (Nach einer Version des Mythos¹ wird er zur Strafe von den Göttern in eine Narzisse/Blume verwandelt, in einer anderen Variante, ertrinkt er sogar beim selbstverliebten Betrachten von sich selbst im Wasser.) Der Narzissmus¹ ist also eine Krankheit, die potenziell zum Tode führen kann. Nicht zu retten war auch der mythische Narziss. Während die Götter dem Vatermörder und Blutschänder Ödipus schließlich verziehen, ließen sie im Fall des Narziss keine Gnade walten.

Andere Mythen der Antike kreisen ebenfalls um narzisstische Phänomene: Etwa Ikaros, der Sohn des Architekten Daidalos, der mit einer Flugmaschine aus Wachs, gegen den Rat des Vaters, immer höher zur Sonne fliegt und tödlich abstürzt. Oder der innerlich zerrissene Halbgott Prometheus, der das Verbot der Götter bricht und den Menschen das Feuer bringt. Auch hier findet sich das Element der Hybris, das heißt, mehr sein zu wollen, als einem zusteht, was Zorn hervorruft. Narkissos (und die ihm verwandten Ikaros und Prometheus) markieren das Thema des Neids, der Arroganz und Objektlosigkeit, wie wir es auch in der christlichen Religion in der Gestalt des gefallenen, aber unveröhnlichen und in sich gefangenen Engels Luzifer finden.

Die Konfliktdynamik ist, im Unterschied zu den Mythen, die um interpersonelle und insbesondere trianguläre Konflikte kreisen, immer stark solipsistisch geprägt. Beispielsweise wie, an erster Stelle zu nennen, der Mythos von

1 Korrekt müsste es auch im Deutschen »Narzissismus« (wie im Englischen »narcissism«) heißen, im Folgenden wird aber die gängigere Form »Narzissmus« verwendet.

Ödipus, der aus ihm unbewussten Gründen mit seiner Mutter schlafen und seinen Vater töten wird.

Nach einer intensiven Beschäftigung in den 1970er Jahren mit dem Narzissmus – erwähnt seien nur die berühmte Kohut-Kernberg-Debatte (s. u.) und das damals berühmt gewordene Buch von Christopher Lasch »Das Zeitalter des Narzissmus« (1979) – ist seit einigen Jahren eine Renaissance des Narzissmus-Konzepts zu verzeichnen. In den Jahren dazwischen hatte der Fokus in der Psychotherapie z. B. auf der Borderline-Persönlichkeitsstörung, den posttraumatischen und dissoziativen Störungen gelegen.

Das neu erwachte Interesse am Narzissmus (Ronningstam 1998; Masterson 2004; Kernberg und Hartmann 2006; Wadetzki 2007; Campbell und Miller 2011) hat auch damit zu tun, dass diese Patientengruppe zu der am schwierigsten zu behandelnden in der gesamten Psychiatrie und Psychotherapie bzw. Klinischen Psychologie überhaupt gehört. Hinzu kommt, dass zahlreiche soziale und kulturelle Gegenwartsphänomene (medialer Exhibitionismus, Plagiataffären von Politikern, Bankenkrise und Bereicherung der Reichen; Plündern von Bodenschätzen und Klimakatastrophe bis hin zu Scheidungsraten etc.) mit Narzissmus als quasi neuem Sozialcharakter in Verbindung gebracht werden (»Ichlinge«). Twenge und Campbell (2010) sprechen gar von einer von starken Ansprüchlichkeiten geprägten »narzisstischen Epidemie«.

Gegenwärtig muss fast gefragt werden, ob das Narzissmus-Konzept übertrieben wurde? Das Konzept wurde einerseits ubiquitär auf alle möglichen Bereiche ausgedehnt, andererseits gab es nur relativ wenige empirische Studien dazu. Innerhalb der Psychoanalyse wurde auch die zunehmende Vertreibung der Triebtheorie (»Ödipus«) durch die Narzissmus-Theorien beklagt (etwa Gast 1992 oder Müller-Pozzi 2007).

Im Folgenden soll ein einführender Überblick über die narzisstische Persönlichkeitsstörung, als Ausdruck einer den Charakter prägenden narzisstischen Problematik, vermittelt werden. Dabei wird auf die Symptomatik, aber auch auf ätiologische Modellvorstellungen eingegangen. Der Narzissmus wird als Kontinuum konzeptualisiert, besonderes Augenmerk liegt auf dem malignen (destruktiven) Narzissmus, der an der Grenze der Behandelbarkeit liegt. Die wichtigsten Behandlungsschwierigkeiten (wie Suizidalität) werden fallbezogen dargestellt.

1.1 Phänomenologie und Grundlagen

Grundsätzlich gibt es zahlreiche Möglichkeiten oder Modelle, wie Persönlichkeitsstörungen konzeptualisiert werden können, nämlich als:

- kognitive Stile,
- temperamentale und biologische Regulationsformen,
- Ausdruck interaktioneller Störungen,
- ressourcenorientierte bzw. evolutionspsychologisch fundierte Varianten von Persönlichkeit,
- persönlichkeitspsychologische (phänomenologisch-deskriptive) Modelle,
- psychoanalytische Modellvorstellungen.

Im Folgenden soll primär einem psychodynamischen Modell gefolgt werden.

1.1.1 Definitionsversuche

Unter Narzissmus versteht man, nach der klassischen Definition von Moore und Fine (1967, S. 62), eine Konzentration des seelischen Interesses auf das eigene Selbst. Aus dieser Definition wird ersichtlich, dass wir es also *mit einem Spektrum* zu tun haben, das von normalem, angemessenem Narzissmus bis hin zu schweren narzisstischen Störungen reichen kann. Wenn die narzisstische Problematik überwiegt, z. B. bei der narzisstischen Persönlichkeitsstörung, dann dominieren die Beschäftigung mit dem eigenen Selbst und dem Selbstwert, die Beziehungen zu anderen Menschen und die Interaktionen mit diesen – und es kommt zum Beispiel zu ständigen Vergleichen mit anderen, dem Bedürfnis nach Bestätigung oder Neid. Ohne an dieser Stelle vertieft auf die Ätiologie dieser Störung eingehen zu können, führt vermutlich in besonderem Maße die Erfahrung mangelnder echter und bedingungsloser Wertschätzung in der Kindheit zur Entwicklung dieser Störung. Es kommt so zum charakteristischen Problem von Grandiositätsfantasien (die immer auch Unabhängigkeit von anderen bedeutet) auf der einen und dem Gefühl von Minderwertigkeit auf der anderen Seite. Hinzu kommt die Vorstellung oder Fantasie niemanden zu brauchen, sich »selbst zu genügen«.

1.1.2 Typische Symptomatologie

Folgende Symptome und Verhaltensauffälligkeiten sind zwar nicht beweisend, aber recht typisch für narzisstische Pathologien:

- Stärkere Stimmungsschwankungen
- Wutanfälle
- Entwertet andere sehr stark
- Zynismus
- Benützt andere, um eigene Ziele zu erreichen
- Neid oder das Gefühl, beneidet zu werden (Neid ist eng mit Narzissmus gekoppelt: der andere hat etwas, was ich nicht habe – Anerkennung, Geld, Schönheit – was ich so dringend bräuchte; ich kann dies aber nicht anerkennen)

- Rühmt sich ständig seiner Härte
- Lässt andere wenig zu Wort kommen
- Kann im beruflichen Kontext keinen Nachfolger aufbauen
- Suchttendenzen (Alkohol, Arbeit, Spiele, Sexualität etc.)
- Kann sich an Erfolgen nicht wirklich freuen
- Person wirkt trotz Erfolg »leer« (oder innerlich tot)
- Kritiker werden als Feinde betrachtet
- Bisexualität (»omnium mulierum virum et omnium virorum mulierem«, wie es in Suetons »Leben der Cäsaren« [ca. 120 n. Chr.; Sueton, 1997] über Julius Caesar heißt)

Hinweise ergeben sich oft im Vorgespräch:

- Kann jemand bei Problemen differenziert auch eigene Anteile sehen oder nicht?
- Kann jemand Fehler zugeben und sich entschuldigen? (Wiedergutmachungen)
- Weist ein Lebenslauf eine bestimmte Kontinuität auf?
- Übt die Person eine starke Faszination aus?
- Hat die Person langjährige Mitstreiter und Freunde?
- Hat jemand angefangene Projekte, Studiengänge etc. beendet, auch wenn es schwierig oder langweilig wurde?
- Kann jemand auch die Leistungen anderer voll würdigen?
- Wie beziehungsfähig erscheint jemand auch im privaten Bereich?
- Entsteht ein Gespräch oder bleibt es bei einem Monolog?

1.1.3 Phänomenologische diagnostische Kriterien

Narzisstische Persönlichkeitsstörungen findet man häufig assoziiert mit anderen Störungsbildern wie Alkoholerkrankung, Drogenabhängigkeit, Depressionen, Spielsucht, Essstörungen oder chronischer Suizidalität.

Nach dem beschreibenden Klassifikationsmanual psychischer Störungen DSM-IV der Amerikanischen Psychiatrischen Vereinigung, ist die narzisstische Persönlichkeitsstörung als 301.81 (ICD-10 F60.8) definiert durch ein tiefgreifendes Muster von Großartigkeit (in der Fantasie oder im Verhalten), einem Bedürfnis nach Bewunderung und einem Mangel an Einfühlungsvermögen. Der Beginn liegt im frühen Erwachsenenalter und zeigt sich in verschiedenen Situationen. Dauerhaft müssen mindestens fünf Merkmale von neun typischen vorhanden sein, zu denen unter anderem zählen:

- das ständige Fantasieren von grenzenlosem Erfolg, Macht, Glanz, Schönheit oder idealer Liebe
- die Ansicht, als Mensch besonders und einzigartig zu sein und deshalb nur von besonderen Menschen (etwa mit höherem Status) verstanden zu werden oder mit solchen verkehren zu wollen

- das ständige Verlangen nach Bewunderung
- das Ausnutzen zwischenmenschlicher Beziehungen, um die eigenen Ziele zu erreichen
- ein Mangel an Einfühlungsvermögen
- arrogantes, überhebliches Verhalten

Es wurde verschiedentlich massiv Kritik an diesen Kriterien für die narzisstische Persönlichkeitsstörung geübt. Zum einen fehlen bestimmte Kriterien, die nach Westen und Shedler (1999) häufig (von Psychiatern) als typisch für den Narzissmus genannt werden, sich jedoch nicht im DSM finden:

1. Stärkere Kontrolle
2. Tendenz zu Machtkämpfen
3. Kompetitiv gegenüber anderen

Hinzu kommt zum anderen, dass der im DSM beschriebene Narzissmus, den es zweifelsohne gibt, nur eine ganz bestimmte Gruppe von (eher männlichen) Patienten mit sehr deutlichem und grandiosem Narzissmus abbildet. Subtilere Formen, bei denen eher eine erhöhte Kränkbarkeit oder Empfindlichkeit (vulnerabler Narzissmus) im Vordergrund steht, sind so nicht abbildbar.

Schließlich sind die Kriterien natürlich eher negativ, sodass sich Patienten bei Fragebögen oder Interviews schwer tun, aus Gründen der sozialen Akzeptanz, solche Merkmale (wie Neid, Arroganz, ständiger Wunsch nach Bewunderung etc.) bei sich anzuerkennen, selbst wenn sie vorhanden sind. Dies führt zu erheblichen Problemen im Bereich der Validität und Reliabilität der Diagnose.

Im Rahmen der nächsten Revision des DSM (DSM-5) wird daher gegenwärtig diskutiert, die narzisstische Persönlichkeitsstörung (und einige andere) zu streichen, obschon sie m. E. zu den fundamentalen Typen von Persönlichkeitsstörungen gehört. Diskutiert wird eine Reduktion der Kategorien von zehn auf fünf und ein dimensionaleres Rating der übrig gebliebenen Persönlichkeitsstörungen, die dann – so der Vorschlag – noch wären: antisozial/psychopathisch, vermeidend, Borderline-, zwanghaft und schizotyp. Eliminiert würde somit die paranoide, schizoide, histrionische, narzisstische und dependente Persönlichkeitsstörung.

Einschränkend wird darauf aufmerksam gemacht, dass nicht bei jedem Vorhandensein von narzisstischen Persönlichkeitszügen von einer »narzisstischen Persönlichkeitsstörung« gesprochen werden sollte. Es sollte generell zumindest eine länger dauernde schwerwiegende Beeinträchtigung durch dieses Muster in zahlreichen Lebensbereichen (Arbeit, Beziehungen etc.) vorliegen, damit von einer »Persönlichkeitsstörung« gesprochen werden kann.

Hyperaktivität stellt bei diesen Patienten oft einen Versuch dar, Leeregefühle und Depressivität zu maskieren. Die Leere und die Depressivität sind zum Teil mit dem Narzissmus selbst in Verbindung zu bringen. Oft sind die Patienten bis zu ihrem 40. Lebensjahr kaum zu behandeln. Erst zahlreiche andere

Probleme (wiederholte Krisen, Trennungen etc.) führen dazu, dass sie zunehmend für eine Behandlung zugänglich werden.

Eine Reihe diagnostischer Instrumente wurde entwickelt (► **Kap. 2**), wie etwa das SCID-II-Interview nach DSM-IV (First et al. 1997), das Narzissmus Interview (NPI) von Raskin und Terry (1988) oder das Narzissmus Inventar (NI) von Deneke und Hilgenstock (1989) mit vier Dimensionen (bedrohtes Selbst; idealistisches Selbst, klassisch-narzisstische Selbst, hypochondrisches Selbst).

Fallbeispiel aus der Wirtschaft

Der Gründer einer erfolgreichen Software-Firma wurde als außereheliches Kind geboren und mit neun Monaten zu einer Tante gegeben. Sein Stiefvater sagte ihm immer wieder, dass aus ihm nichts werden würde. Während seines Mathematik-Studiums erreichte er stets hervorragende Leistungen und wurde sogar als Student des Jahres ausgezeichnet. Dennoch fiel er – als seine Stiefmutter verstarb – durch sämtliche Abschlussexamina und verließ deshalb die Hochschule ohne Abschluss. Wegen seines aggressiven und charismatischen Führungsstils ranken sich um ihn zahlreiche »Mythen«, die sehr gut sein Bedürfnis zeigen, durch Gesten der Überlegenheit das tiefsitzende Minderwertigkeitsgefühl zu kompensieren. Das »Motto« seines Unternehmens lautete: »It's not enough that I succeed, everyone else must fail.«

1.1.4 Psychodynamische diagnostische Kriterien

Bei der narzisstischen Persönlichkeitsstörung findet sich eine ganze Reihe charakteristischer Affekte:

- Wut
- Scham
- Neid
- Trotziger Stolz
- Rache(fantasien)
- Depressionen
- Leeregefühle
- Verzweiflung

Diese Affekte haben mit der zentralen inneren Problematik narzisstischer Patienten zu tun. Aus meiner Sicht dominieren drei zentrale Probleme:

1. Selbstwert (wobei Selbstwertprobleme in gewisser Weise immer auch Beziehungsprobleme sind)
2. Intimität (sowohl enge Beziehungen als auch Trennungen/Getrenntsein werden nicht oder nur schlecht ertragen)