

## Narzissmus: Aspekte der Psychodynamik und Behandlung

„And overheated by the morning chace,  
Narcissus on the grassie verdure lyes:  
But whilst within the chrystal fount he tries  
To quench his heat, he feels new heats arise.  
For as his own bright image he survey'd,  
He fell in love with the fantastick shade.”  
(aus: Ovid, Metamorphoses Book III)<sup>1</sup>

„Wir leben im Zeitalter des Narzissmus“, behaupten manche Soziologen und Psychologen und verweisen darauf, dass unsere Gesellschaft insgesamt *narzisstischer* geworden sei (Bierhoff & Werner 2009). Es scheint, dass – zumindest in unserer westlichen kapitalistischen Welt – Individualität, Selbstverwirklichung und Selbst-Optimierung erstrebenswerte Eigenschaften sind. Der Begriff Narzissmus wird dabei oft im Sinn von übertriebener „Selbstverliebtheit“ oder „Selbstbezogenheit“ verwendet, wobei schnell eine negativ getönte Konnotation mitschwingt: Arroganz, Egoismus, Selbstsucht, Überheblichkeit. Forschungen der 1980er-Jahre in den USA und später auch in Deutschland belegen eine Zunahme des Narzissmus vor allem bei jungen Menschen und zeichnen einen „neuen Sozialisationstypus des Narzissten“ (Bierhoff & Werner 2009). Ziehe (1975) weist darauf hin, dass immer mehr Eltern ihre Kinder „narzisstisch besetzen“, ihnen also besondere, herausragende und bewundernswerte Eigenschaften zuschreiben, die jedoch meist bloße Projektionen sind. Die Folgen seien jedoch gravierend, weil ein solches Kind lerne, sich aus-

### 1. Einleitung

#### Bernd Kreuzburg



<sup>1</sup> Übersetzung von John Dryden, 1717, The Internet Classic Archive, 27.8.12.

*Die umgangssprachliche Verwendung des Begriffs Narzissmus muss von der klinischen und theoretischen Konzeptionalisierung unterschieden werden.*

schließlich über Bewunderung durch andere zu definieren und kein realistisches stabiles Selbstbild entwickeln könne.

Die umgangssprachliche Verwendung des Begriffs Narzissmus muss von der klinischen und theoretischen Konzeptionalisierung unterschieden werden. Die klinischen Beschreibungen der narzisstischen Störungen zeigen jedoch keine einheitliche, konsistente Theorie, sondern eher eine verwirrende Vielfalt. So sprach Freud (1914) von Narzissmus als sexueller Perversion, da hier der eigene Körper Ziel der Libido sei und nicht das Objekt (eine andere Person). Seine Unterscheidung von primärem Narzissmus (als dem gesunden Narzissmus des Kleinkindes) und sekundärem Narzissmus (als pathologischer Regression des erwachsenen Menschen auf eine kindliche Entwicklungsstufe) prägten jahrzehntelang das theoretische und klinische Verständnis von narzisstischen Pathologien.

Andere Autoren prägten Begriffe wie „wahres und falsches Selbst“ (Winnicott 1974), „Als-ob-Persönlichkeit“ (Deutsch 1942), „Regression auf einen vorgeburtlichen paradiesähnlichen Zustand“ (Grunberger 1988), „pathologische Entwicklung von Ich-Strukturen“ (Kernberg 1975), „Fixierungen auf Grandiosität und Selbst-Idealisierung“ (Kohut 1971), „gespaltenes Selbst – gespaltenes Objekt“ (Manfield 1992) bzw. sahen Narzissmus als Durchgangsstadium in der kindlichen Entwicklung (Mahler 1982) oder als Folge von Zurückweisung und Verlassenheit, die zur Entfremdung von sich selbst führt (Asper 1999).

Jede dieser Definitionen, der jeweils eine unterschiedliche theoretische Auffassung zugrunde liegt, erfasst einen wesentlichen Aspekt des Phänomens. Sie alle zeigen, dass Narzissmus ein breites Spektrum von Erscheinungsweisen umfasst, das vom gesunden Narzissmus als Ausdruck eines gut entwickelten Selbstbewusstseins bis zur schweren Persönlichkeitsstörung reicht. Genauso weitreichend sind die Erklärungsversuche, Konzeptionalisierungen und Deutungen des Narzissmus.

Folgt man der neueren analytischen Literatur, so werden die Abkehr von Freuds Triebtheorie und die Hinwendung zu objektbeziehungstheoretischen bzw. beziehungspsychologischen und ent-



wicklungspsychologischen Ansätzen deutlich. Narzissmus als psychischer Verarbeitungsmodus stellt demnach keine autismus-ähnliche Abkehr von der Objektwelt dar, sondern ist der Versuch einer schwierigen und widersprüchlichen Form der zwischenmenschlichen Beziehungsgestaltung, die „intersubjektiv kontaminiert“ ist (Altmeyer 2000; vgl. hierzu auch das Konzept der „Re-definierungsbeziehungen“ von J. Schiff 1975). Die neueren Ansätze fokussieren daher auf eine integrative Sicht des Selbsterlebens eines Menschen, seiner Selbstwertgefühl-Regulation, seiner Selbstwahrnehmung sowie auf Mentalisierungs- und intersubjektiv-interpersonale Prozesse.

Die Metapher des „Gespiegelt-Werdens“, wie sie schon Ovid im Mythos des Narcissus (3.–8. n. Chr.) beschrieben hat und wie sie von Winnicott als „Spiegelung des Kindes in den Augen der Mutter“ (1971) dargestellt wird, hebt die Bedeutung des beziehungspsychologischen Anteils im narzisstischen Erleben hervor. Dem „anderen“ als möglichem Spiegel des eigenen Selbst kommt damit eine entscheidende Bedeutung zu. Im Mythos des Narziss findet sich die „Selbstspiegelung im anderen“ als doppeltes Enigma: Narziss, der – einer Weissagung Nemesis folgend – die Liebe anderer abweist, sich in sein eigenes Spiegelbild verliebt und schließlich daran zugrunde geht, lebt in Gestalt einer erblühenden Narzisse<sup>2</sup> weiter, deren narkotisierender Duft die unerträglichen Gefühle der Einsamkeit und der bitteren Selbsterkenntnis, das eigene Selbst als Trugbild zu erkennen, lindern helfen soll.

In jeder Entwicklungsphase des Kindes, des Adoleszenten wie des Erwachsenen müssen bestimmte Entwicklungsaufgaben erfüllt werden, die mit Krisen und Konflikten, aber auch mit Chancen und Fortschritten einhergehen. Die Erfahrungen, die ein Kind in interpersonalen Prozessen mit bedeutenden Bezugspersonen macht („attachment figures“ nach Bowlby [1969]), prägen die Entwicklung seiner Psyche von Anfang an und beeinflussen seine Fähigkeiten, sich und andere zu verstehen, Konflikte zu handhaben sowie Affekte und das Selbstwertempfinden zu regulieren. Um dies zu können, müssen Kinder eine „theory of mind“ (As-

## 2. Pathologischer Narzissmus und Entwicklung

---

2 Narzisse (gr. narkein) bedeutet „betäuben“, „erstarren“, „Krampf“, „Lähmung“.

tington 1994) entwickeln. Dies sind Metakognitionen, die ihnen ermöglichen, ihr eigenes affektives Erleben und das anderer Menschen zu verstehen (Fonagy 2006).

In der psychischen und sozialen Entwicklung des Kindes kommen dabei Bedürfnisse zum Tragen, die sich total zu widersprechen scheinen: Bindung und Loslösung, Abhängigkeit und Autonomie, Sicherheit und Explorationslust, Egoismus und Altruismus, Unterwerfung und Kontrolle, Identität und Identitätsverlust, Begehren und Verzicht usw. Ob daraus Konflikte entstehen und wie diese gelöst oder nicht gelöst werden, prägt von klein auf als bewusste und unbewusste Erinnerung die Persönlichkeit des Menschen und bestimmt die Entwicklung seiner psychischen Repräsentanzen, d.h. seiner Selbstrepräsentanzen (Bild von sich selbst), seiner Objektrepräsentanzen (Bild von anderen) und seiner Beziehungsrepräsentanzen (eigene Erfahrungen in Beziehungen und von Beziehungen anderer). Das Ausmaß der Entwicklung, Integration und Differenzierung dieser psychischen Repräsentanzen bestimmt wiederum das sogenannte „Strukturturniveau“ eines Menschen, das maßgeblich an der Fähigkeit zur Konfliktverarbeitung und Affektregulation beteiligt ist.

*Entwicklung eines Selbstwertsystems*

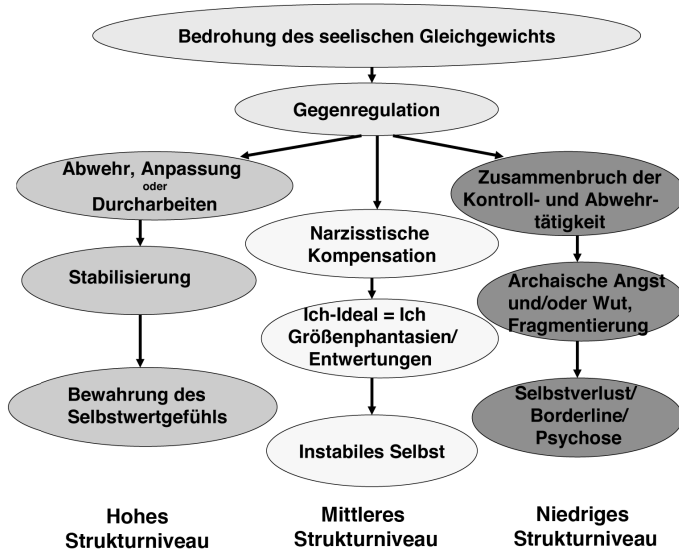
Damit eng verbunden ist die Entwicklung eines Selbstwertsystems, also ein Wissen und Fühlen darüber, dass die eigene Existenz als wertvoll und sinnhaft erlebt wird. Das Selbstwertsystem eines Menschen ist ein internes Regulationssystem, das das Selbstbild, die Körperimago und die Selbstwertgefühle umfasst und sich aus Beziehungserfahrungen entwickelt.

Das Selbstwertsystem ist aufgrund ständig auftretender innerer und äußerer Konflikte immer wieder in seiner Balance bedroht, sodass man davon ausgehen kann, dass ein erheblicher Teil unseres Seelenlebens mit der Erhaltung unseres Selbstwertgefühls beschäftigt ist. „Die Regulierung des Selbstwertgefühls angesichts von Kränkungen, Konflikten, Enttäuschungen, aber auch von Schicksalseinbrüchen, von Realitäten wie Alter, Krankheit und Tod ist eine ständige Aufgabe. Und diese Regulierung gelingt einmal besser, einmal schlechter. Die Erhaltung und Wiederherstellung eines hinreichend guten Selbstwertgefühls ist eine der Grundmotivationen des Menschen“ (Kast 2004).



Bei einer narzisstischen Entwicklung ist das Selbstwertsystem äußerst instabil und von ständiger Infragestellung bedroht. Daher können Konflikte, Frustrationen, Zurückweisungen, Enttäuschungen oder auch Verluste (z.B. von Schönheit, Kompetenzen oder Anerkennung) schlecht oder gar nicht ertragen werden. Menschen mit einer narzisstischen Persönlichkeit verfügen meist über ein mittleres Strukturniveau und sind daher kaum in der Lage, sich ohne die Hilfe und Zuwendung anderer zu stabilisieren. Die folgende Grafik verdeutlicht sehr vereinfachend den Prozess der Selbstwertregulierung.

*Menschen mit einer narzisstischen Persönlichkeit verfügen meist über ein mittleres Strukturniveau und sind daher kaum in der Lage, sich ohne die Hilfe und Zuwendung anderer zu stabilisieren.*



Kommt es zu einer Bedrohung des seelischen Gleichgewichts, so setzt eine Gegenregulation ein, die das Selbstwertsystem erhalten soll. Dies kann (linke Seite) durch *Abwehr* oder *Durcharbeiten/Verarbeiten von Konflikten* geschehen oder durch die sogenannte *narzisstische Kompensation* (Mitte), die allerdings nur ein instabiles inneres Gleichgewicht zu erreichen vermag, da hierbei die Stabilisierung durch Größenideen und Entwertungen erfolgt. Bei Menschen mit einem *niedrigen Strukturniveau*, d.h. mit einer geringen Fähigkeit zur Konfliktverarbeitung, kann es dagegen zu einem psychischen Zusammenbruch mit Selbstverlust kommen (rechte Seite).

Abb. 1: Prozess der Selbstwertregulierung

### 3. Die narzisstische Störung

Narzisstische Störungen werden heute angesehen als Selbstwertstörungen und Objektbeziehungsstörungen, d.h. als Störungen der Fähigkeit, Selbstwertgefühle angemessen zu regulieren und Beziehungserfahrungen mit anderen Menschen realitätsgerecht zu verarbeiten und zu gestalten. Ausschlaggebend für die Entwicklung einer solchen funktionellen Störung und einer daraus sich entwickelnden Persönlichkeitsstörung sind persönlichkeitsstrukturelle Defizite, die überwiegend aus Beziehungserfahrungen der Kindheit resultieren, wie z.B.:

- ▶ unsichere Bindung
- ▶ ungenügende Kompetenzerfahrungen (kompensiert in Perfektionismus)
- ▶ Ohnmachtserfahrungen
- ▶ fehlende liebevolle Anerkennung der Individualität des Kindes (kompensiert in Suche nach Bewunderung, Anerkennung usw.)
- ▶ fehlendes Interesse am Säugling (kompensiert in pathologischer Selbstbezogenheit und narzisstischer Wut)
- ▶ gestörte wechselseitige Regulation (kompensiert in übermäßiger Selbstbezogenheit und Misstrauen gegen die Umwelt, Überbetonung von Autarkie, Abwehr von Bedürftigkeit und Neid)

Das klinische Bild einer narzisstischen Störung umfasst ein breites Spektrum, von den leichteren, vorübergehenden „narzisstischen Krisen“ über stärker ausgeprägte „narzisstische Persönlichkeitsanteile“ bis zur „schweren narzisstischen Persönlichkeitsstörung“. Idiosynkratische Ausprägungen sind ebenso häufig wie Comorbidität mit z.B. depressiven Störungen oder Angststörungen. Differenzialdiagnostische Abgrenzungen, etwa gegenüber der Borderline-Störung, werden zwar immer wieder gefordert, sind aber wegen vieler Ähnlichkeiten und Überschneidungen in der psychotherapeutischen Praxis schwer möglich.

*Narzissmus in diesem Sinn stellt eine tief greifende Störung dar, die als tief in der Wesensstruktur der Persönlichkeit eines Menschen verankert angesehen werden muss.*

Narzissmus in diesem Sinn stellt eine tief greifende Störung dar, die als tief in der Wesensstruktur der Persönlichkeit eines Menschen verankert angesehen werden muss. Nur vordergründig zeigt sich ein übertriebenes Maß an Selbstbezogenheit, das sich bei genauerer Analyse als Kompensationsmechanismus einer zugrunde liegenden Störung des Selbstwernerlebens, der Selbstwert- und Affektregulation erweist. Daher werden narzisstische Störungen



auch als sogenannte „strukturelle Störungen“<sup>3</sup> bezeichnet, die infolge einer Fehlverarbeitung von Erfahrungen aus zwischenmenschlichen Beziehungen entstanden sind und die Entwicklung der Fähigkeit zur Affektregulation und Selbstwertregulation behindern.

Eines der wesentlichen Merkmale der narzisstischen Persönlichkeit ist der Mangel an stabilem Selbstwertgefühl. Kohut (1974) sieht als die Hauptquelle des Leidens die Unfähigkeit des narzisstischen Menschen, seine Selbstachtung zu regulieren und auf einem normalen Niveau zu halten, weil sein Erleben von ängstlichen Größenvorstellungen und Erregung auf der einen Seite über leichte Befangenheit und Selbstunsicherheit zu schwerem Schamgefühl, Hypochondrie und Depression auf der anderen Seite schwanken kann.

Der narzisstische Mensch ist ein zutiefst verunsicherter Mensch, der ständig an den eigenen verinnerlichten überhöhten Ansprüchen zu scheitern droht, der die Welt als versagend und feindselig erlebt und sowohl seine Bedürftigkeit als auch seine Wut- und Schamgefühle vor anderen verbergen muss. Da der narzisstische Mensch innerlich nicht auf stabile Selbstobjekte zugreifen kann, ist er nicht in der Lage, ein dauerhaftes stabiles und von anderen unabhängiges Selbstwerterleben zu entwickeln. So empfindet er sich in seinem Selbst ständig bedroht und versucht, sich über Kompensationsmechanismen zu stabilisieren, wie z.B. grandioses Denken, Selbstüberschätzung und Selbstidealisierung, Entwertung anderer, durch ständiges „Im-Mittelpunkt-stehen-Müssen“, Manipulation von Beziehungen, Suche nach Anerkennung, Feindseligkeit und Rückzug.

*Der narzisstische Mensch ist ein zutiefst verunsicherter Mensch*

Gelingt die Stabilisierung jedoch nicht und scheitert die Affekt- bzw. Selbstwertregulation, so zeigen sich oft typische Muster wie die „alles vernichtende narzisstische Wut“ (Henseler 2000), die real oder in grandiosen Fantasien ausgelebt werden kann, isolie-

---

<sup>3</sup> Strukturelle Störungen sind Störungen, die in der psychischen und sozialen Entwicklung eines Kindes entstanden sind und die gravierende Spuren in der Persönlichkeitsstruktur des Kindes hinterlassen haben.

rende Abstumpfung, massive Angsteinbrüche, Lähmungs- und Ohnmachtsgefühle, Affekt- und Impuls-Kontrollverlust, archaische Rückzugsfantasien bis zur tatsächlich gelebten totalen Isolation. Auch psychopathologische Phänomene wie Derealisation, Depersonalisation, Verlust von Kontinuitätserleben des eigenen Selbst, Verlust von Hoffnung, Ordnungs-, Raum- und Zeitempfinden können auftreten, genauso wie ein unsicheres Identitätsgefühl und Identitätskonfusion, Dissoziationen, Verlassenheitsangst und Nähe-Panik und selbstverletzendes Verhalten. Suizidhandlungen stellen Impulsdurchbrüche dar, die ebenfalls Ausdruck emotionaler Instabilität sind. Gelegentlich kann es auch zu Reinszenierungen traumatischer Beziehungserfahrungen kommen.

*Der narzisstische Mensch ist oft unfähig, die eigenen Gefühle angemessen zu regulieren.*

Der narzisstische Mensch ist oft unfähig, die eigenen Gefühle angemessen zu regulieren. Diese Störung der Affektregulation geht vermutlich auf eine fehlerhafte Entwicklung von Metakognitionen in der Kindheit zurück, die es normalerweise dem Kind und später dem Erwachsenen ermöglichen sollen, Affekte kognitiv zu erfassen und einzuordnen.

Wir sehen also einen Menschen, der ohne inneren Halt, ohne Selbstgefühl und ohne Selbstwertgefühl einem unrealistischen Bild von sich anhängt und aus Unfähigkeit zu reziproken intimen und autonomen Beziehungen sich seine Umwelt „narzisstisch einverleibt“. Man nennt dies eine narzisstische Ausweitung oder narzisstische Kollusion (Willi 1975; vgl. auch das TA-Konzept der Symbiose). Der oder die idealisierte andere wird dabei psychologisch in Besitz genommen („Du bist großartig und ich bin wie du“), bis die Symbiose aufbricht. Narzisstische Störungen entstehen deshalb meist als Folge ungelöster Konflikte über Abhängigkeit/Autonomie, Idealisierung/Entwertung, Grandiosität/Minderwertigkeit. Sie sind das Resultat eines mangelnden Gespiegelt-Werdens des Kindes durch die Pflegeperson und einer gescheiterten Autonomieentwicklung des Kindes, die im Zusammenhang steht mit (meist frühen) Verlusterfahrungen, Entwertungen und Beziehungsabbrüchen. Da der narzisstisch organisierte Mensch kein genügend sicheres Selbstwertgefühl entwickeln konnte, empfindet er eine tief greifende existenzielle Angst, die er nur durch eine ständige und fortdauernde Bestätigung seines Liebeswerts zu ertragen vermag. Die dadurch bestehende Abhängigkeit von an-





deren muss er vor sich und den anderen verleugnen, da jede Form von Abhängigkeit die existenzielle Angst erhöht.

„Die größte Angst dieser Patienten ist es, von irgendeinem anderen Menschen abhängig zu sein, denn Abhängigkeit bedeutet Hass, Neid und die Gefahr, von anderen ausgenutzt, rücksichtslos behandelt und frustriert zu werden“ (Kernberg 1975).

Daher zeigt er sich in übertriebenem Maß autonom im Sinne einer „Pseudoautonomie“ (Rudolf 2000), entwickelt ein falsches Selbst (Winnicott 1974), identifiziert sich mit den eigenen Idealen und lebt gleichzeitig in ständiger Angst, die ihn nährenden (und oftmals bewundernden) Menschen zu verlieren – und damit einen Selbstverlust zu erleiden. Trotz dieser Abhängigkeit zeigen narzisstische Menschen kein sicheres Bindungsverhalten, sondern wechseln die „Objekte der Begierde“ aus, wenn sie nicht mehr als Halt- und Bestätigung gebende Instanzen zur Verfügung stehen. Die offen gezeigte oder versteckt gehaltene Selbstüberschätzung dient als Abwehr gegen unerträgliche Minderwertigkeitsgefühle. „Im Zentrum ihres Erlebens steht die Objektverlustangst, d.h. die Angst vor dem Verlust der Bewunderung durch andere. Sie bewirkt, dass die Betroffenen sich von anderen durch Größenfantasien und Entwertung zurückziehen oder andere Menschen idealisieren. Sie unterdrücken ihre Autonomiebedürfnisse, um ihre Abhängigkeit nicht zu gefährden. Erwartete oder reale Trennungen, aber auch Verletzungen der überhöhten Selbstvorstellungen, Demütigungen und Kritik labilisieren die narzisstische Abwehr und können zur Auslösesituation für Symptomentstehungen werden“ (Ermann 1997).

Wie können wir als Transaktionsanalytiker/innen die Problematik des narzisstisch strukturierten Menschen verstehen und welche Schlussfolgerungen ergeben sich daraus für die Behandlung? Menschen mit einer narzisstischen Persönlichkeit begegnen uns als Berater/innen und Therapeut/innen mit einer Fülle von Präsentiersymptomen bzw. Rackets, die als Kompensationsmechanismen für das von Minderwertigkeits- und Schamgefühlen geprägte Skript dienen. Oftmals wirken diese Rackets wie eine (besonders glänzende oder besonders unscheinbare) Fassade, hinter

#### **4. Die Therapie der narzisstischen Störung**

der das echte Selbst (*real self*, Manfield 1992) nur schwer zu erkennen ist: Großartigkeit, Besonderheit, Einzigartigkeit, Recht auf Sonderbehandlung, übertriebene Selbstdarstellung und andauernde Suche nach Bewunderung, aber auch übertriebene Zurückhaltung, selbstdarstellerische Minderwertigkeits- und devote Unterwerfungsgebärden können den Blick auf die wesentliche Psychodynamik dieser Patienten verstellen. Symptomatisch zeigen sich oftmals Ängste, psychosomatische Erkrankungen, Leistungsversagen, Burnout aufgrund von andauernder Selbstüberforderung, aber auch soziale Phobien und Verlassenheitsdepressionen.

Patienten können uns als Berater/innen und Therapeut/inn/en dazu verführen, in verschiedene „Fallen“ zu gehen, z.B. die „Bewunderungsfälle“, bei der wir ihm/ihr aus der „Retter-Position“ ständig „Streicheleinheiten“ geben und eine Sonderbehandlung zukommen zu lassen. Der Patient kann auch die narzisstischen Seiten im Therapeuten stimulieren („Mir wurde gesagt, dass Sie ein sehr kompetenter Therapeut sind, deswegen komme ich extra zu Ihnen“). Besteht seitens des Therapeuten an dieser Stelle eine Spielanfälligkeit (z.B. durch Mangel an Anerkennung in der Arbeit, Minderwertigkeitsgefühle oder ein schwach entwickeltes Selbstwertsystem), so kann es zur narzisstischen Kollusion (Willi 1975) kommen, die sich in gegenseitiger narzisstisch durchdringender Bewunderung zeigt und die Behandlung nicht voranbringt. Transaktionsanalytisch könnte man sagen, dass zwei sich minderwertig und bedürftigühlende Kind-Ichzustände sich in ihren Selbstwertgefühlen zu stabilisieren versuchen. Da dies nicht wirklich gelingt, kommt es früher oder später zu verschiedenen Rollentauschvarianten:

*Transaktionsanalytisch könnte man sagen, dass zwei sich minderwertig und bedürftigühlende Kind-Ichzustände sich in ihren Selbstwertgefühlen zu stabilisieren versuchen.*

**Variante 1:  
Patient in der  
Verfolger-Position**

„Die Therapie bringt mir nichts. Da hätte ich etwas mehr von Ihnen als Therapeut erwartet.“ Hierauf könnte der Therapeut in der Opfer-Position antworten: „Vielleicht sollten Sie es bei einem Kollegen probieren.“

**Variante 2:  
Patient in  
Opfer-Position**

„Mir geht es schlecht, ich weiß nicht weiter.“ – (Therapeut als Retter): „Das wird schon, Sie haben großartige Qualitäten.“

Subtiler sind die unausgesprochenen verdeckten Transaktionen und die daraus resultierenden Gegenübertragungsreaktionen des



Therapeuten, die von Inadäquatheitsgefühlen, Resignation, Erschöpfung, Wut und Ablehnung bis hin zu sadistischen Impulsen reichen können. Die „Minderwertigkeitsfalle“, in die der Therapeut dabei geht, ist oft Ausdruck eigener narzisstischer Kränkungen.

Narzisstische Patienten haben ein feines Gespür dafür, ob ihr Gegenüber ihren Beziehungserwartungen entspricht oder nicht. Bekommen sie nicht die „berechtigte“ Anerkennung und Bewunderung, kann es sein, dass sie die Beziehung bzw. die Behandlung schnell abbrechen, da sie dann mit der früh erlebten Versagung und Zurückweisung konfrontiert sind, die für sie eine existenzielle Bedrohung darstellt. Bekommen sie die ersehnten Streicheleinheiten, so müssen sie diese entwerten (z.B. durch Verachtung für den Therapeuten), da sie sonst mit einem tief verdrängten Gefühl des Mangels und des Neids in ihrem Kind-Ichzustand in Kontakt kommen würden. Die beziehungsanalytische Arbeit mit diesen Patienten ist daher eine Gratwanderung, bei der jedes „Zuviel“ oder „Zuwenig“ eines Beziehungsangebots das Ende der Beziehung bzw. Behandlung sein kann.

Aus dieser Dynamik kann eine weitere „Falle“ entstehen, die „Verlassenheitsfalle“. Es ist naheliegend, dass Menschen, deren Verlassenheits- und Selbstentfremdungserfahrungen zum zentralen Erleben geworden sind, dazu tendieren, andere (real oder psychologisch) zu verlassen. Damit sind Rückzugs- und Entfremdungstendenzen gemeint, durch die das Gegenüber (z.B. die Therapeutin) zu einer „Schattengestalt“ wird. Plötzlich empfindet man sich als Therapeutin unwichtig, als nicht gesehen und spürt, dass der Zugang zur Patientin verschlossen ist, als stünde man „draußen vor der Tür“ und sei verlassen worden. Als Gegenübertragungsreaktion sind eine Reihe von Rackets denkbar, z.B. Depression, Versagensangst, Wut, narzisstischer Rückzug und Behandlungsabbruch oder Antreiber wie: „Ich muss mich noch mehr anstrengen.“

Warum sind all diese Manöver und psychologischen Spiele „Fallen“? Weil sie verdeckte Einladungen zum Beziehungsabbruch und damit zur Skript-Verstärkung beinhalten – und zwar bei beiden: bei der Patientin wie auch der Therapeutin.

*Warum sind all diese Manöver und psychologischen Spiele „Fallen“?*

Die letzte Falle, die ich hier erwähnen möchte – und es gibt natürlich noch viele weitere –, ist die „Performance-Falle“. Sie schnappt dann zu, wenn die Therapeutin sich verleiten lässt, ausschließlich über die Performance, das „Tun“, der Patientin zu sprechen (z.B. Erfolge im Beruf, Fitness, Aussehen usw.) statt über die Gefühle von Kränkung, Scham und Neid, die eine zentrale Rolle in der Psychodynamik des narzisstischen Menschen spielen.

*Scham ist einer der Schlüsselaffecte, die an den Störungen der frühen Entwicklung beteiligt sind.*

Scham ist einer der Schlüsselaffecte, die an den Störungen der frühen Entwicklung beteiligt sind. Menschen mit einer narzisstischen Störung sind eher durch eine Schamkultur als durch Schuldkultur bestimmt (Seidler 2001). Scham ist das Gefühl, „einer Beziehung nicht wert zu sein, ein tiefes Gefühl des Ungeliebt-Seins und zur gleichen Zeit ein starker Wunsch, mit anderen verbunden zu sein (relating with others). Während Scham mit einer starken Einschränkung verbunden ist, impliziert sie gleichzeitig ein starkes Verlangen nach Verbundenheit („relatedness““ (Jordan 1989).

Da eine andauernde Diskrepanz besteht zwischen dem, wie der narzisstische Mensch sein möchte (und von anderen darin gesehen werden möchte), und dem, wie er sich selbst empfindet und sieht, besteht eine große Schambereitschaft. Schamgefühle entstehen beim selbst unsicheren Menschen vor allem dann, wenn er selbst spürt, wie unsicher und übermäßig grandios er ist und wie wenig er den eigenen Ansprüchen genügt. Daher ist dies einer der wesentlichen Affecte, mit denen wir bei narzisstischen Patienten und Patientinnen umgehen müssen.

Die Tendenz zur Schamempfindung resultiert u.a. aus einem Skriptglauben, minderwertig, also existenziell nicht o.k. zu sein. Wie J. P. Sartre sagt: „Ich schäme mich für das, was ich bin. Scham zeigt eine intime Beziehung meiner selbst zu mir selbst“ (1943). Meist liegen reale Erfahrungen von Verlassen-Werden, Zurückweisung und Beschämung zugrunde. Damit einher geht die Angst, dass andere dies merken könnten und es zu erneuter Zurückweisung, Verlassenheit und Beschämung kommen könnte. Um dies zu vermeiden, haben manche narzisstische Menschen die Tendenz, Ausbeutungstransaktionen und manipulative Spiele zu benutzen. In narzisstischen Krisen kann es darüber hinaus zu Spielen dritten Grades und passiven Verhaltensweisen kommen (z.B. Gewalt, appellative Selbstmordversuche, eskalierende Konflikte).



Es ist wichtig, sich immer wieder klarzumachen, dass sowohl die Beziehung des Patienten zu sich selbst als auch die Beziehung zu anderen gestört ist. Was im Außen sichtbar wird, lässt nur schwer erahnen, welch unerträgliche innere Leere und welche unerträglichen Verlassenheits- und Einsamkeitsgefühle dieser Mensch in sich trägt. Es ist nicht so sehr die Angst, verlassen zu werden, die so quälend ist; es ist die Gewissheit, schon verlassen zu sein, d.h. sich selbst entfremdet und seinen Mitmenschen entfremdet zu sein.

Unter therapeutischen Gesichtspunkten ist es daher notwendig, dem Patienten in einer empathisch verstehenden Haltung zu begegnen, die auch Enttäuschungen und Rückzug erträgt. Destruktives und maladaptives Verhalten müssen aus einer O.k.-O.k.-Haltung heraus benannt werden, Grenzsetzungen müssen für den Patienten erkennbar sein (z.B. „Keine-Gewalt-Vertrag“), Idealisierungen sollten vermieden werden, stattdessen sollten reale Qualitäten des Patienten unaufgeregt benannt werden.

*Unter therapeutischen Gesichtspunkten ist es daher notwendig, dem Patienten in einer empathisch verstehenden Haltung zu begegnen, die auch Enttäuschungen und Rückzug erträgt.*

Bei der Bearbeitung der narzisstischen Selbstwertproblematik geht es u.a. darum, den zentralen Beziehungskonflikt im Gesamtverständnis der Biografie des Patienten herauszuarbeiten:

- ▀ die skript-prägenden Erfahrungen des Verlassen- und Zurückgewiesen-Werdens,
- ▀ die unterdrückten Bedürfnisse des „abgelehnten Kindes“, nämlich „zu brauchen“ und „zu wollen“,
- ▀ die Funktion grandioser Selbstvorstellungen (und deren Enttäuschungen),
- ▀ die Widerspiegelung des „wahren Selbst“ mit seinen Stärken und Schwächen,
- ▀ die „Erlaubnis, zu sein“ und „authentisch sein zu dürfen“,
- ▀ die Erfahrung des Angenommen-Seins und der Zugehörigkeit.

Wenn wir den Patienten helfen wollen, mit ihrem „wahren Selbst“ in Kontakt zu kommen (und damit eben auch mit all den schmerzlichen Erfahrungen der frühen Kindheit), müssen wir eine sichere, tragende therapeutische Beziehung bereitstellen, durch die eine korrigierende Beziehungserfahrung möglich werden könnte. Der Therapeut darf sich dabei nicht hinter seiner „Therapeutenrolle“ verstecken, sondern muss ebenfalls sein „wahres Selbst“ zeigen und authentisch agieren.

*korrigierende  
Beziehungserfahrung*

In der Behandlung ist es wichtig, die verdeckten Bedürfnisse des „abgelehnten Kindes“ herauszuarbeiten, seine Grandiositäten und Entwertungen liebevoll zu konfrontieren und auch dann die Beziehung aufrechtzuerhalten, wenn der Patient sich kritisch-ab-lehnend, überanspruchsvoll-frustriert, kindlich-bedürftig oder chronisch überheblich zeigt. Grenzen zu setzen ist ebenso notwendig wie ein Beharren auf der Haltung, dass dieser Mensch in seinem innersten Kern liebenswert, wertvoll und berechtigt ist.

Der Zugang zu den ungelösten Konflikten, Skriptüberzeugungen, geheimen Fantasien, Beziehungswünschen und -ängsten kann nur gelingen, wenn der/die Therapeut/in bereit ist, sich auf die Beziehung zu einem tief verletzten Menschen einzulassen. Daher geht es in der Behandlung vor allem darum, dem narzisstisch gekränkten Menschen seinen Liebeswert zu spiegeln – und dies selbst dann, wenn er uns nachdrücklich vom Gegenteil zu überzeugen versucht.

---

**Zusammenfassung**

Im vorliegenden Beitrag wird Narzissmus unter beziehungspsychologischen Aspekten dargestellt und die Entwicklung der narzisstischen Symptomatik im Zusammenhang mit Störungen der Affektregulation und Mentalisierung gesehen.

---

**Summary**

This contribution refers to narcissism as a relational phenomenon and a disturbance of the regulation of affects and mentalisation.

---

**Literatur**

- Altmeyer, M. (2000): *Narzissmus und Objekt*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Asper, K. (1999): *Verlassenheit und Selbstentfremdung*. München: dtv.
- Astington J. W. et. al. (1994): *The Child's Discovery of the Mind*. Cambridge: Series Editors.
- Battagay, R. (1991): *Narzissmus und Objektbeziehungen*. Bern: Hans Huber.
- Bierhoff, H.W. & Herner, M.J. (2009): *Narzissmus – die Wiederkehr*. Bern: Hans Huber.
- Deutsch, H. (1965): *Some Forms of Emotional Disturbance*. In: *Neurosis and Character Types*. New York: International University Press.
- Ermann, M. (1997): *Psychotherapeutische und Psychosomatische Medizin*. Stuttgart: Kohlhammer.



## FOCUS

- Fonagy, P. (2006): *Affektregulierung, Mentalisierung und die Entwicklung des Selbst*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Grunberger, B.(1988): *Narziss und Anubis. Die Psychoanalyse jenseits der Triebtheorie*. München: Verlag internationale Psychoanalyse .
- Henseler, H. (2000): *Narzisstische Krisen. Zur Psychodynamik des Selbstmords*. Wiesbaden: Westdeutscher Verlag.
- Johnson, S. M. (1988): *Der narzisstische Persönlichkeitsstil*. Köln: Edition Humanistische Psychologie.
- Jordan, J. (1989): *Relational Development*. In: *Women's Growth in Diversity*. Wellesley Centers for Woman Studies. New York: Guilford.
- Kast, V. (2004): *Selbstwertgefühl und narzisstische Störung*. *Psychotherapie im Dialog* 3, Stuttgart: Thieme.
- Kernberg, O. (1983): *Borderline-Störungen und pathologischer Narzissmus*. Frankfurt: Subrkamp.
- Kernberg O.F. & Hartmann H.P. (2006): *Narzissmus. Grundlagen, Störungsbilder, Therapie*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Kohut, H. (1983): *Narzissmus*. Frankfurt: Subrkamp.
- Lowen, A. (1984): *Narzissmus*. München, Kösel.
- Manfield, Ph. (1992): *Split Self/Split Object*. London: Jason Aronson.
- Mahler, M.(1982): *Die psychische Geburt des Kindes*. Frankfurt: Subrkamp.
- Miller, A. (1980): *Das Drama des begabten Kindes*. Frankfurt: Subrkamp.
- Ovid: *Metamorphosen – Narcissus und Echo*, aus: *The Internet Classic Archive*, 27.08.2012.
- Röhr, H.P.(1999): *Narzissmus, das innere Gefängnis*. München: dtv.
- Rudolf, G. (2000): *Psychotherapeutische Medizin und Psychosomatik*. Stuttgart: Thieme.
- Schiff, J. et al. (1975): *Cathexis Reader*. New York: Harper & Row.
- Seidler, G. (2001): *Phänomenologische und psychodynamische Aspekte von Scham und Neidaffekten*. *Psyche* 55, Stuttgart: Klett-Cotta.
- Symington, N. (1999): *Narzissmus. Bibliothek der Psychoanalyse*, Gießen: Psychosozial-Verlag.
- Volkan, D.V. & Ast, G. (2002): *Spektrum des Narzissmus*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Wardetzky, B.(1991): *Weiblicher Narzissmus*. München: Kösel.
- Willi, J. (1979): *Die Zweierbeziehung*. Reinbek: Rowohlt.
- Winnicott, D. W. (2002): *Reifungsprozess und fördernde Umwelt*. Gießen: Psychosozial-Verlag.
- Ziehe, T. (1975): *Pubertät und Narzissmus*. Hamburg: EVA.

BERND KREUZBURG, DIPL. - PSYCHOLOGE, PSYCHOLOGISCHER PSYCHOTHERAPEUT; GEB. 1947; PSYCHOLOGIE-STUDIUM IN FRANKFURT UND HEIDELBERG; BERUFSTÄTIGKEIT ALS PSYCHOLOGE UND PSYCHOTHERAPEUT SEIT 1975, ZUNÄCHST IN DER AMBULANTEN SUCHTBEHANDLUNG (HEIDELBERG FREE CLINIC); AUSBILDUNG IN GESPRÄCHSPSYCHOTHERAPIE, GESTALT-THERAPIE, TRANSAKTIONSANALYSE, TIEFENPSYCHOLOGIE. LANGJÄHRIGE EINZEL- UND GRUPPENTHERAPEUTISCHE TÄTIGKEIT. SEIT 1986 IN EIGENER PRAXIS IN HEIDELBERG TÄTIG; SCHWERPUNKTE: NEUROTISCHE, PSYCHOSOMATISCHE UND PSYCHOTISCHE STÖRUNGEN, BORDERLINE-STÖRUNGEN, PAARTHERAPIE. LEITUNG VON WEITERBILDUNGSSEMINAREN (TRANSAKTIONSANALYSE, SYSTEMISCHE THERAPIE, TIEFENPSYCHOLOGIE); LEHR-THERAPEUT; SUPERVISOR FÜR EINZEL- UND TEAMSUPERVISION.

KONTAKT: ROHRBACHERSTR. 87, 69115 HEIDELBERG, TEL.: 06221-20407, E-MAIL: BERNDKREUZBURG@AOL.COM