

*Die narzisstische Persönlichkeitsstörung:
Genese, Diagnostik und Therapie aus
verhaltenstherapeutischer Sicht*

Michael Marwitz

Schön Klinik Roseneck

Am Roseneck 6

83209 Prien

E-Mail: mmarwitz@schoen-kliniken.de

Überblick

- Das klinische Bild
- Diagnostik und Differentialdiagnose
- Epidemiologie, Komorbidität, Verlauf und Ätiologie
- Therapie
- Die drei Phasen der Therapie

*Das klinische Bild der narzisstischen
Persönlichkeitsstörung*

Charakteristische Störungen der NPS

(Zusf. Cooper & Ronningstam, 1992)

- Fantasien über oder Sehnsucht nach Besonderheit und Vollkommenheit, Bedürfnis nach unkritischer Bewunderung, Perfektionismus, exhibitionistische Neigungen
- Scham, Verlegenheit und Gefühl der Demütigung, wenn eigene Defizite durch andere festgestellt werden, rachsüchtige Wut als Reaktion auf Kränkungen und persönliche Verletzungen
- Auffälliger Stimmungswechsel zwischen Depressivität und Euphorie, die eng mit Schwankungen in der Selbstwertschätzung zusammenhängen
- Das Gefühl stets im Recht zu sein, Fehlen von schlechtem Gewissen
- Unvermögen zu liebevoller Zuwendung und Empathie, mit der Folge keine stabilen Beziehungen eingehen zu können; fehlende Konsensfähigkeit; Neid auf die Leistung anderer
- Befriedigung wird aus Anerkennung und Lob gezogen und nicht aus einer inneren Zufriedenheit mit der erbrachten Leistung
- Hypochondrische Störungen als somatisierter Ausdruck der zentralen Unsicherheit im Bereich des Selbst

Diagnose und Differentialdiagnose

NPS in DSM 5: *Interpersonal Functioning*

(Übersetzung durch den Referenten)

- **Identität:** Exzessiver Abhängigkeit von anderen in Bezug auf Selbstdefinition und Selbstwertregulation, übertriebene Selbsteinschätzung, entweder überhöht oder erniedrigt, oder zwischen diesen Extremen schwankend; wobei die Emotionsregulation die Fluktuation im Selbstwerverleben widerspiegelt.
- **Selbststeuerung:** Das Setzen von Zielen orientiert sich am Erhalt von Bestätigung durch andere; die eigenen Ansprüche sind entweder übertrieben hoch, in der Absicht sich damit als außergewöhnlich zu definieren, oder, von einer hohen Anspruchshaltung ausgehend, zu niedrig; häufig besteht zudem eine Unklarheit im Bezug auf die eigenen Motive .

NPS in DSM 5: *Interpersonal Functioning*

(Übersetzung durch den Referenten)

- ***Empathie:*** Beeinträchtigte Fähigkeit Gefühle und Bedürfnisse anderer zu erkennen und zu deuten, übertriebene Orientierung an den Reaktionen anderer, jedoch nur, falls diese als bedeutsam für die eigene Person erlebt werden; Unter- oder Überschätzung der eigenen Wirkung auf andere.
- ***Intimität:*** Oberflächliche Beziehungen, die der eigenen Selbstwertregulation dienen; wenig echtes Interesse an anderen, in Beziehungen dominiert das Bedürfnis nach persönlichen Nutzen.

NPS in DSM 5: Personality Traits

- **Antagonismus (Feinseligkeit):**
 - ***Grandiosität:*** Verdeckte oder offene Ansprüchlichkeit, Selbstbezogenheit, es besteht die feste Überzeugung, besser zu sein als andere, herablassendes Verhalten gegenüber anderen.
 - ***Aufmerksamkeitssuche:*** Übertriebene Versuche die Aufmerksamkeit anderer auf sich zu ziehen und im Mittelpunkt zu stehen, Streben nach Bewunderung.

Diskriminationsmerkmale: NPS vs. andere PS

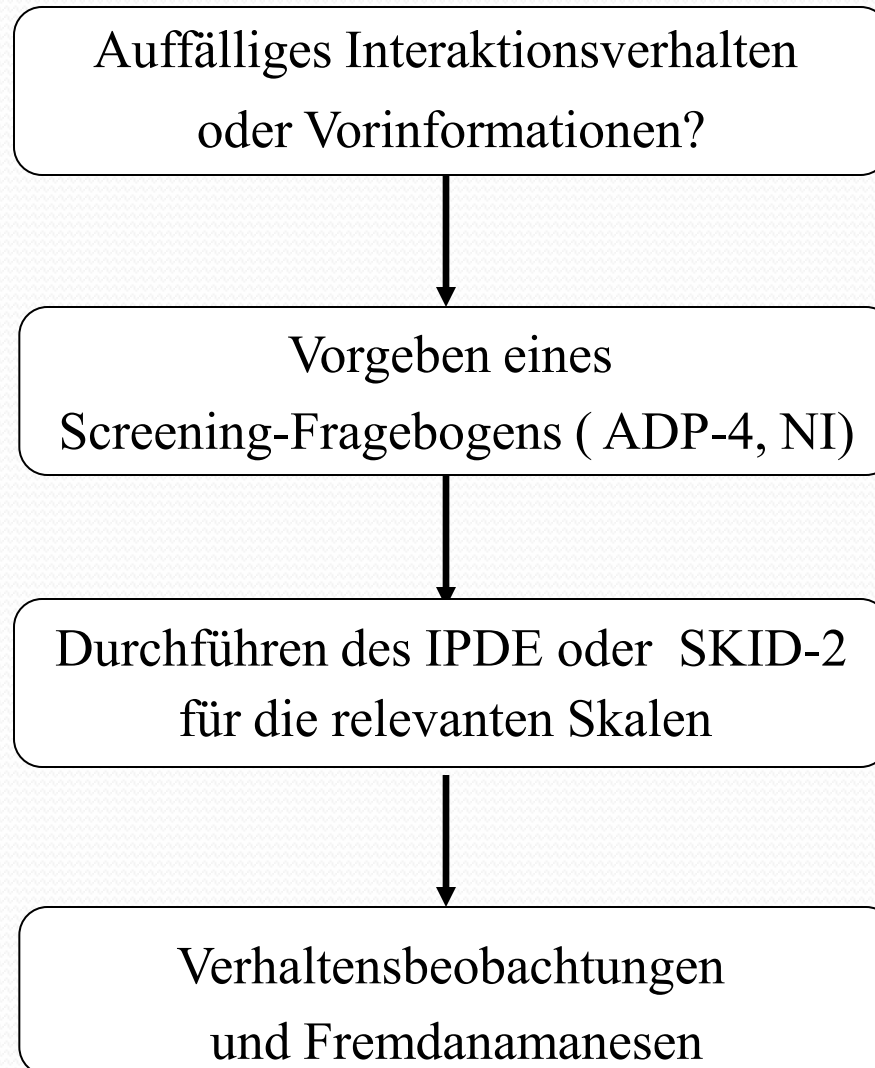
(Morey & Jones, 1998; Ronningstam & Gunderson, 1996)

- **Grandiositätserleben** (und dessen Darstellung)-> Alle PS
- Interpersonelle Feindseligkeit (direkt oder passiv-aggressiv)-> SPS, HPS, ÄVPS
 - Entwertung, Neid, Misstrauen, aggressives Verhalten, Wutausbrüche bei wahrgenommener Kritik
- Ausgeprägtes Bedürfnis nach Kontrolle und Dominanz (als Mittel der Statussicherung) -> PPS, HPS, ÄVPS, ZPS
- Fehlen (oder selteneres) selbstdestruktives Verhalten und chronische Suizidalität -> BPS
- Bestehende Fähigkeit sich an Regeln zu halten, wenn dies opportun erscheint -> DISPS

Subtypen der NPS: „offene“ und „verdeckte“ Narzissten (Gabbard, 2005; Wink, 1991)

- **Offen (unbeirrt)**
 - Exhibitionistische Darstellung der erlebten Grandiosität, anspruchsvoll-fordernd
 - arrogant, kühl, selbstsicher bis aggressiv auftretend
 - Will im Zentrum der Aufmerksamkeit stehen
 - Suchen Bewunderung von anderen, ausgeprägter Empathiemangel
 - Verführerisch, in Beziehungen ausbeutend, sexuell ungehemmt, Promiskuität
 - Unempfindlich gegenüber Kränkungen durch andere
- **Verdeckt (hypervigilant)**
 - Gehemmt, schüchtern und bescheiden auftretend
 - hypersensitiv bezüglich Kritik und Zurückweisung, Minderwertigkeitsgefühle sind bewusstseinsnah
 - Vermeidet, im Zentrum der Aufmerksamkeit zu stehen
 - Chronischer Neid, oberflächliche Empathie
 - Abhängigkeit wird nicht ertragen, Partner wird narzisstisch benützt
 - Fühlt sich leicht gekränkt; neigt dazu sich beschämt oder gedemütigt zu fühlen

Diagnostik



Beispiel 2:

2. Ich bin ein aggressiver Mensch.

Wie treffen die folgenden Aussagen auf Sie zu?

- 1 = überhaupt nicht
- 2 = nicht
- 3 = eher nicht
- 4 = weder noch

- 5 = eher schon
- 6 = schon
- 7 = ganz sicher

Hat diese Eigenschaft bei Ihnen oder anderen bereits zu Leid oder Schaden geführt?

- 1 = überhaupt nicht
- 2 = eher schon
- 3 = ganz sicher



Sie sind der Meinung, dass diese Ich-Aussage „schon“ auf Sie zutrifft und haben die Ziffer 6 eingekreist. Da Sie die Zahl 6 eingekreist haben, haben Sie auf der 3-stufigen Skala weiter eingeschätzt, dass diese Eigenschaft bei Ihnen oder anderen „eher schon“ zu Leid oder Schaden geführt hat.

Bevor Sie den Fragenbogen ausfüllen möchten wir Sie noch bitten, auf der folgenden Seite einige Angaben zu Ihrer Person zu machen.

Wir danken Ihnen für Ihre Mitarbeit.

ADP-4 Beispiel-Items der NPS

- *Zu meiner Überraschung halten mich andere für selbstgefällig, obwohl ich doch über hervorragende Fähigkeiten verfüge und Außergewöhnliches leiste.*
- *Häufig vereinnahmen mich Traumvorstellungen, in denen ich sehr erfolgreich, mächtig, großartig, schön oder beliebt bin.*
- *Ich bin überzeugt davon, dass ich jemand bin, dem Vorrang gebührt und der Anspruch auf bevorzugte Behandlung hat.*
- *Ich finde es lästig, Verständnis oder Interesse für die Gefühle und Bedürfnisse anderer aufzubringen oder zu zeigen.*

Das Narzissmusinventar

(Denecke & Hilgenstock, 1988; NI-90: Schoenreich et al., 2000)

1. *Das bedrohte Selbst*
Z.B. Ohnmächtiges Selbst
2. *Das "klassisch" narzisstische Selbst*
Z. B. Größenselbst
3. *Das idealistische Selbst*
Z.B. Autarkie-Ideal
4. *Das Hypochondrische Selbst*
Z. B. Hypochondrische Angstbindung

Schwierigkeiten der Diagnosestellung

- Hohe Ich-Syntonie der narzisstischen Persönlichkeitszüge (geringes Störungsbewusstsein)
- Externale Attribution bestehender Probleme
- Manipulatives Antwortverhalten
- Entwertung der diagnostischen Prozedur
- Misstrauen angesichts der Diagnostik
- **Lösung:** Diagnostik als *kollaborative Konstruktion* und nicht als diagnostische Exploration konzipieren

*Epidemiologie, Komorbidität,
Verlauf und Ätiologie*

Epidemiologie (Cooper et al., 2012 ; Dhawan et al., 2010)

- Prävalenz in der Bevölkerung: 0 – 6,4 % (M = 1,1)
- Diagnose durch Bekannte: 11% (1% Konsens)
- Prävalenz in klinischen Stichproben: 2 – 36%
 - (gegenüber der Allgemeinbevölkerung ca. um das 6-fache erhöht)
- Geschlechterverhältnis: 75% Männer

Komorbidität

- Ca. 10 bis 20% Komorbidität mit DSM-4 Achse 1 Störungen:
 - Affektive (auch Bipolare!) und Somatoforme Störungen, Essstörungen und Abhängigkeitssyndrome
- Hohe Komorbidität mit anderen Persönlichkeitsstörungen (ca. 15 bis 25%):
 - Paranoide, Antisoziale, Borderline, Histrionisch, Dependent und Zwanghaft

Verlauf der NPS

(Ronningstam, 1998; Stone, 1996)

- Im Vergleich zu Patienten mit BPS waren Patienten mit einer NPS 14 Jahre nach ihrer Therapie durch einen schlechteren Verlauf gekennzeichnet (mehr Suizidversuche, geringeres soziales Funktionsniveau u.a.m.)
- In einer 3-jährigen Katamnese ergab sich für 60% der narzisstischen Patienten eine signifikante Besserung bezüglich ihrer Symptomatik (DIN)
- Als korrigierende Lebensereignisse erwiesen sich hierbei:
 - Leistungsbezogene (schulisch/ berufliche) Erfolge
 - Positive Beziehungs- bzw. Bindungserfahrungen
 - Desillusionierende Erfahrungen
- Suizidrisiko liegt bei 8-14% (Stone, 1996)

Ätiologische Hypothesen: Genetik

(Marwitz)

- Heritabilität: 40 – 80%
- Hypothese:
 - Besondere Sensitivität des *mesolimbischen* bzw. *dopaminergen* Belohnungssystems
 - Psychologische Korrelate:
 - “Novelty Seeking” und “Reward Dependency” (Cloninger)
 - “Behavioral Approach System” (Gray)
 - “Anger Trait” (Lara & Akiskal, 2006)
- Intermittierende externe Induktion von dopaminergen Arousal durch positive Verstärkung
- Dann selbstinduzierte oder extern eingeforderte Aktivierung des dopaminergen Systems

„Auf einer Party ... wurde er erstmals aufgefordert, eine „Linie“ Kokain zu schnupfen. Dabei machte er eine für sich überwältigende Erfahrung: Die Droge verhalf ihm dazu, sich ganz leicht und ohne Anstrengung so zu fühlen, wie er das nur ansatzweise kannte, wenn er in seine grandiosen Phantasiewelten flüchtete: Er war selbstbewusst, charmant, fühlte sich sexy, erzählte ohne Scham von seinen beruflichen Erfolgen – mit einem Wort: Er fühlte sich großartig.“

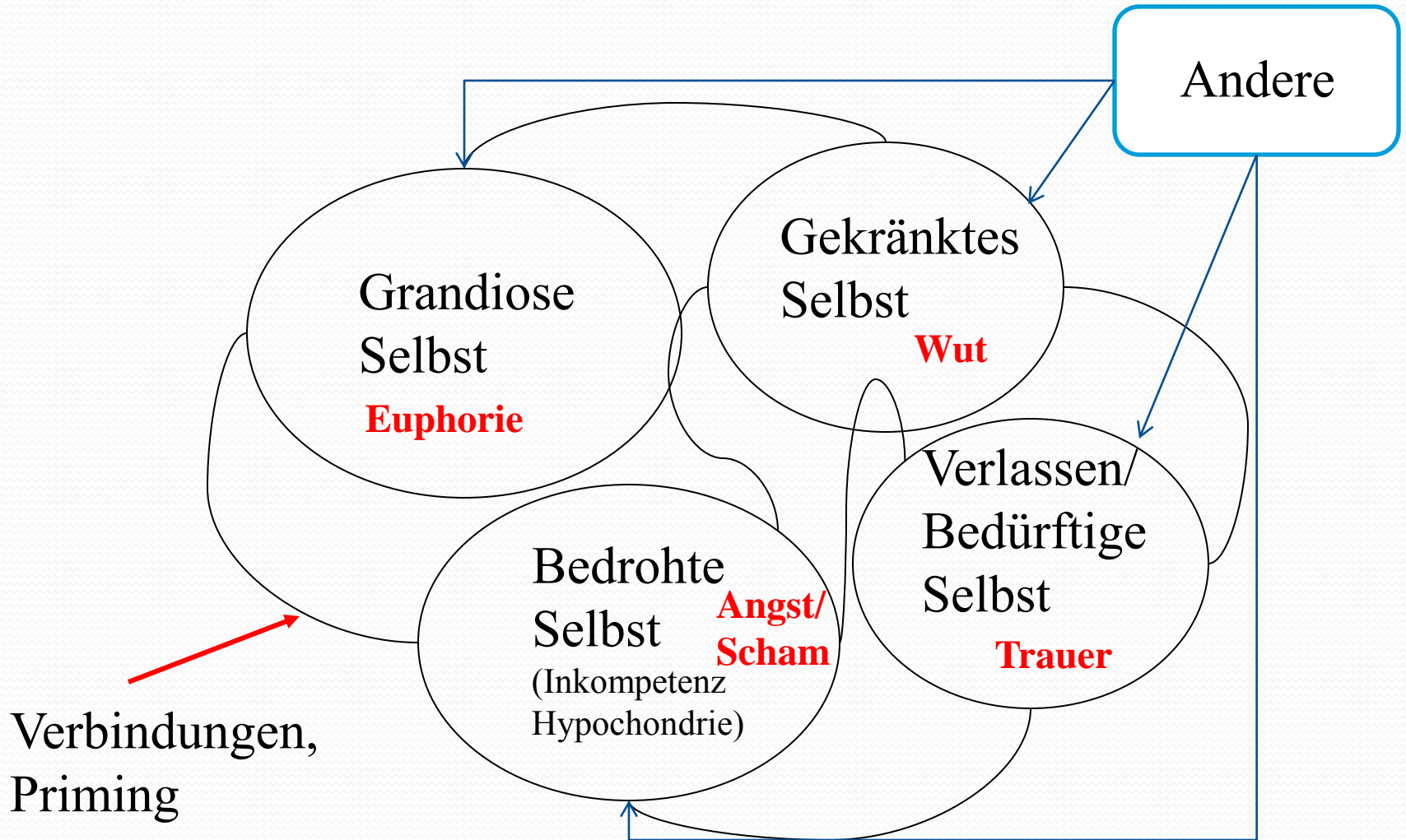
(Zitiert nach B. Sprenger, 2005, S. 122)

Ätiologische Hypothesen: Familiäre Faktoren

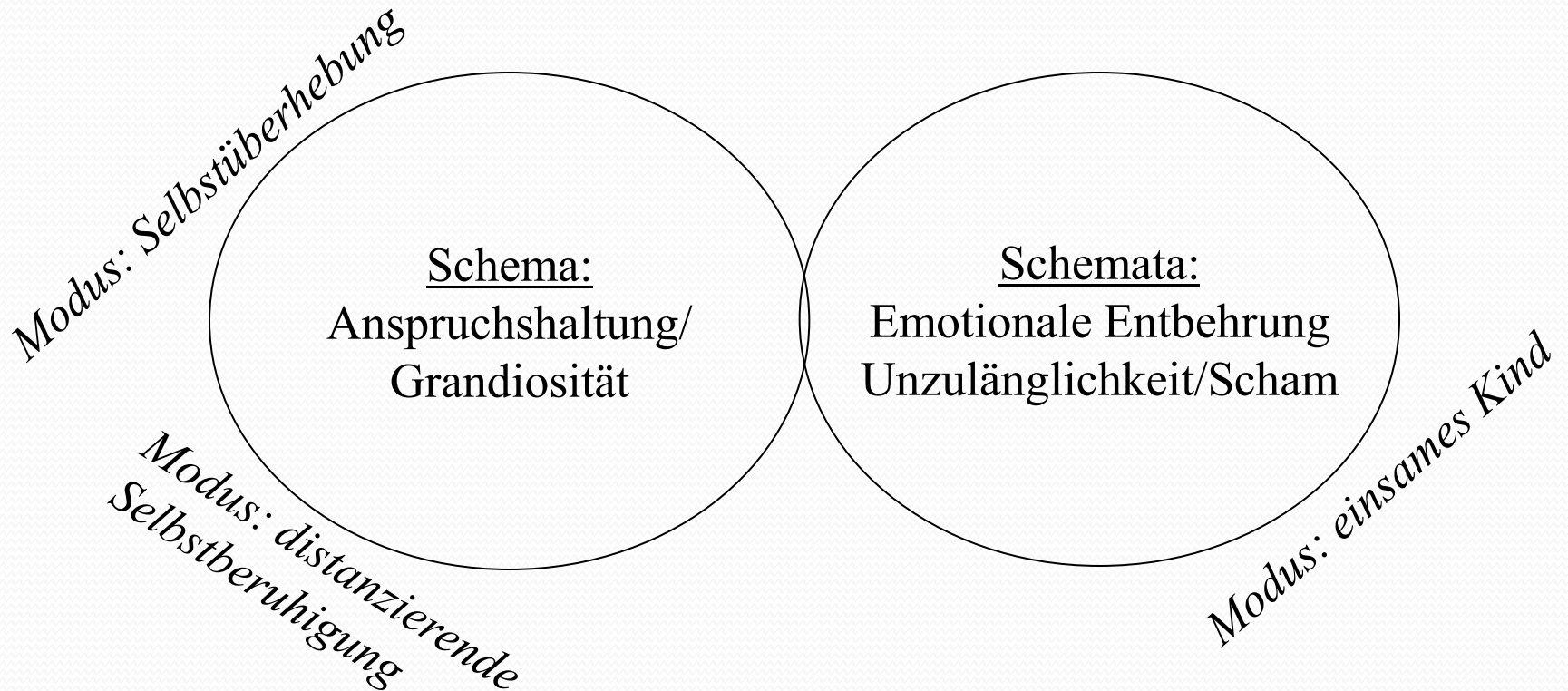
(Beck; Kernberg; Millon; Young)

- **Einerseits:**
 - Geschätzte Besonderheiten des Kindes oder Sonderrolle
 - (Nicht-kontingente) Überbewertung des Kindes und seiner tatsächlichen oder zugeschriebenen Besonderheit
- **Andererseits:**
 - Deprivationserfahrungen (Vernachlässigung, massive Abwertung, kalte und wenig einfühlsame Eltern)
 - Narzisstischer bzw. emotionaler Missbrauch durch die Eltern, nur bedingte (leistungsbezogene) Wertschätzung
- **Fazit:**
 - Inkonsistenter Erziehungsstil gekennzeichnet durch den Wechsel von Überbewertung und Entwertung sowie Verwöhnung und Vernachlässigung
- Interaktionelle Feedback-Problematik als zentraler aufrechterhaltender Faktor

Das entwicklungspsychologische Ergebnis: die Ausbildung inkompatibler Selbstschemata



Die Schemamodell von J. Young (aber auch Kernberg, 1975; Sachse, 2000)



Therapie

Therapiestudien

- Bis heute liegen *keine* randomisiert-kontrollierte Studien zur Therapie der Narzisstischen Persönlichkeitsstörung vor
- Es gibt einige Studien mit kleinen Stichproben
- Die Therapieempfehlungen orientieren sich im wesentlichen an theoretischen Überlegungen und Erfahrungsberichten aufgrund von Einzelfallstudien
- Therapieverfahren
 - Psychoanalyse (v.a. Kernberg, Kohut, Johnson)
 - Gesprächspsychotherapie (Sachse)
 - Kognitive Therapie (Beck et al.)
 - Schematherapie (Young)

Therapeutische Leitlinie

- Was verändert Narzissten?
 - Leistungsbezogene (schulisch/ berufliche) Erfolge
 - Positive Beziehungs- bzw. Bindungserfahrungen
 - Desillusionierende Erfahrungen
- Folgerung für die Therapie: Reduktion der Diskrepanz zwischen *Anspruch* (an sich und andere) und *Wirklichkeit*
 - Durch die Relativierung des Grandiosen Selbst
 - Durch den Erwerb bzw. der Verbesserung von Selbsteffizienz (Problemlösfertigkeiten) und sozial-kommunikativer Kompetenz

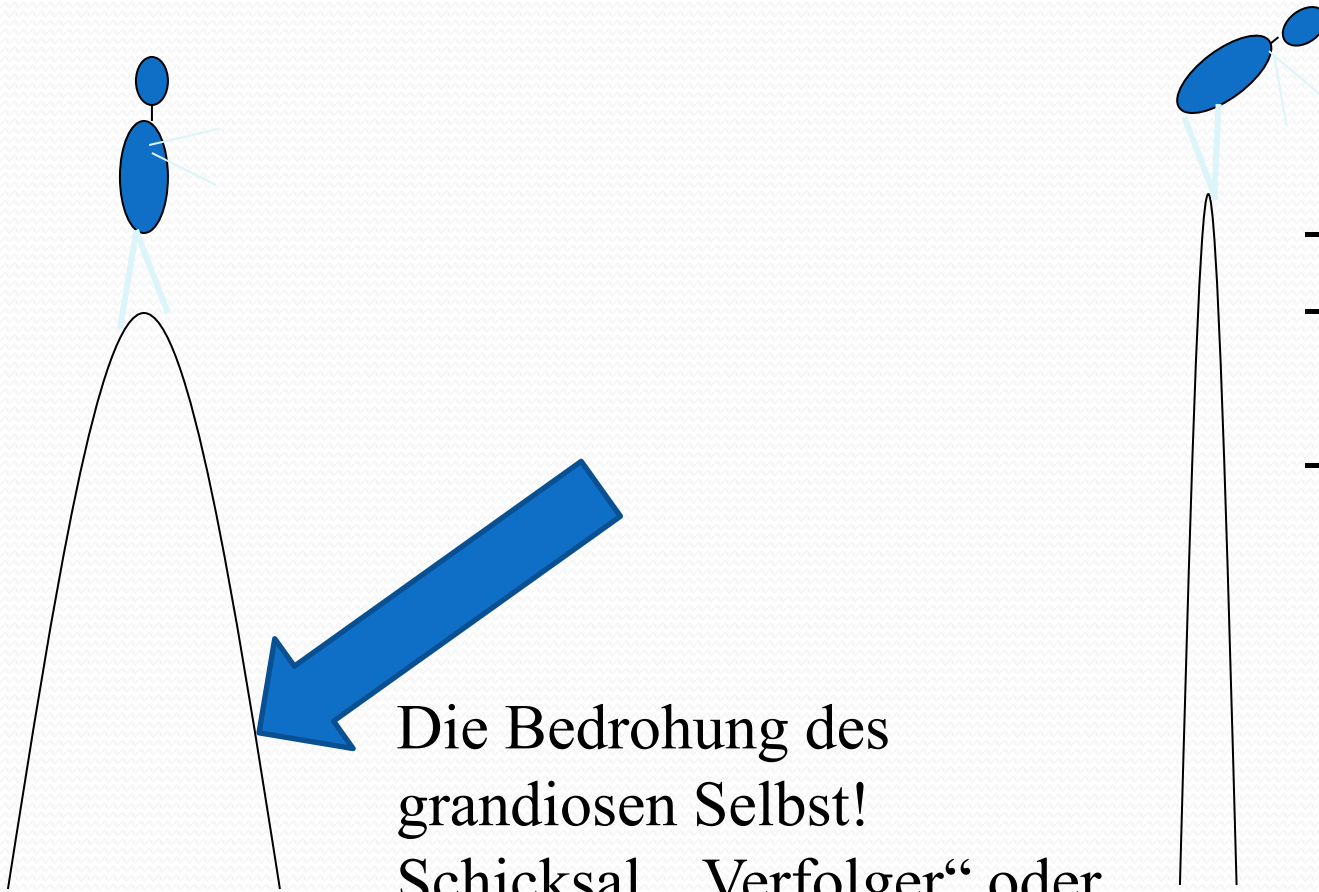
Die Behandlung der NPS: *Therapieziele*

- Etablierung eines realistischen Selbstkonzeptes
 - Integration inkompatibler Selbstschemata durch Exposition mit Reaktionsmanagement
 - Erwerb einer adäquaten Selbstwertregulation und Selbstachtung
 - Verbesserung der Selbsteffizienz und Problemlösefertigkeiten
- Erhöhung der Frustrationstoleranz
 - In Beziehungen (realistische Erwartungen an andere)
 - Realistische Lebensperspektiven (beruflich und privat)
- Verbesserung der Beziehungsfähigkeit
 - Beziehungsreziprozität statt Ausbeutung anderer
 - Erhöhung der Empathiefähigkeit/ Fähigkeit zum Perspektivwechsel
 - Adäquater Umgang mit Kritik bzw. Feedback
 - Angemessen assertives statt überheblich, arrogantes Verhalten
 - Pseudoautonomie aufgeben und echte Autonomie entwickeln, Lernen nahe, vertrauensvolle Beziehungen einzugehen – Abhängigkeit zulassen
- Werteklä rung und Sinnfindung

Der Anlass für die Therapie (Ronninngstam, 2011)

- Eine akute Krise (bzw. Kränkung) bedingt durch berufliche oder private Misserfolge (= Scheitern)
- Das Vorliegen einer komorbiden psychischen Störung
- Externer Druck
- Aufgrund des zunehmenden Gefühls von Leere und Sinnlosigkeit entsteht der Wunsch, sich zu verändern

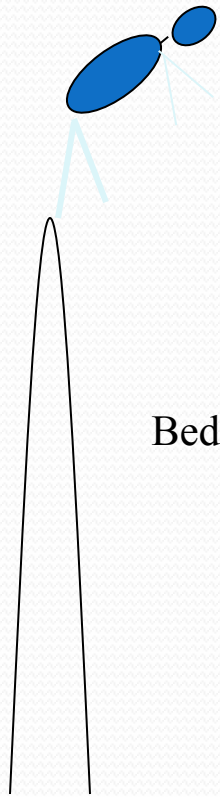
Der Anlass zur Therapie



Die Bedrohung des
grandiosen Selbst!
Schicksal, „Verfolger“ oder
Lebensüberdruß

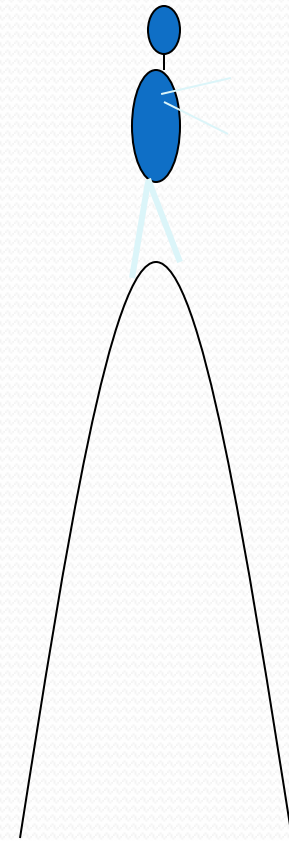
- Stabilisierung
- Therapie der Achse-1 St.
- Aufbau von Problembewusstsein und Therapiemotivation

Ziel erreicht - Therapie beendet!



Bedrohung...

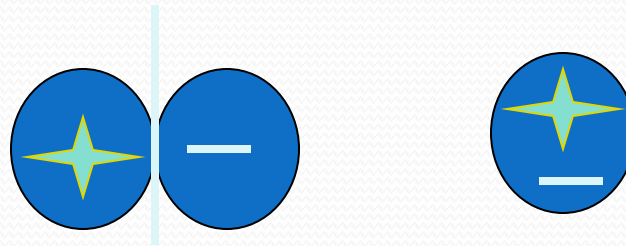
...und Rettung des
Grandiosen Selbst



Die drei Phasen der Therapie

Therapiephasen

Dauer: Zwei bis drei Jahre

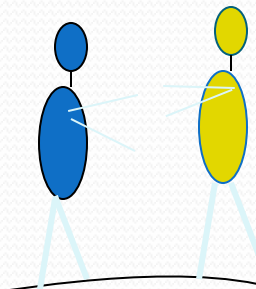


2. Integration
inkompatibler
Selbstschemata

1. Stabilisieren, informieren und
problematisieren: Relativierung
des Grandiosen Selbst

*Ggf. stationäre
Therapie*

3. Konsolidierung
eines realistischen
Selbstkonzeptes und
Aufbau von Bindungs-
fähigkeit



*Ggf. stationäre
Therapie*

Inhalte der Therapiephasen

1. Stabilisierung und Relativierung des grandiosen Selbst
 1. Beziehungsaufbau
 2. Stabilisierung und Problematisierung der NPS
 3. Konsensfähige therapeutische Perspektiven eröffnen
2. Integration inkompatibler Selbstschemata
 1. Elaboration der unterschiedlichen Selbstschemata in ihrer biographischen Bedingtheit
 2. Exposition mit den abgelehnten Selbstanteilen und Verbesserung der selbstbezogenen Emotionsregulation
 3. Aufbau eines realistischen Selbstkonzeptes
3. Konsolidierung des realistischen Selbstkonzeptes und soziales Neulernen. Werteklä rung und Sinnfindung

Phase 1: Beziehungsaufbau

- Eigene Frustration und latente sowie offene Abwertung antizipieren („Nehmer Qualitäten“ kultivieren)
 - Innere Distanzierung („Ich bin nicht gemeint“)
- Spiegelverstärkung
 - Selbsteffizienz zurückspiegeln
- Empathische Reflexion
- Empathische Konfrontation bei abwertendem, respektlosem, aggressivem oder grenzüberschreitendem Verhalten
- Begegnung auf Augenhöhe: selektiv den eigenen Standpunkt behaupten und eigene Interessen deutlich machen

Beispiele bezüglich der Gesprächsführung

- **Spiegelverstärkung:** „Es war nicht einfach für Sie, aber wie es scheint, haben Sie Ihr Ziel nie aus den Augen verloren.“
- **Empathische Reflexion:** „Es hört sich fast so an, als gäbe es etwas, das Sie trotz aller Erfolge, schmerzlich vermissen.“
- **Empathische Konfrontation:** “Wenn Sie in diesem Ton mit mir reden, fühle ich mich Ihnen sehr fern, obwohl mir klar ist, daß Sie aufgebracht sind und es brauchen, dass ich für Sie da bin. (Young, 2005).”
- **Begegnung auf Augenhöhe:** “Sie bezahlen mich für meine Zeit, nicht für das Recht, mich respektlos zu behandeln (Young, 2005).”

Phase 1: Stabilisierung und Problematisierung

- Abschätzen der Suizidalität oder möglicher Fremdgefährdung
- Orientierung am Prinzip der Krisenintervention
 - Pragmatische Problemlösung
- Systematische Ressourcenaktivierung
- Das Erleben des Patienten weitgehend validieren
- Ggf. Vermittlung von Achtsamkeitsfertigkeiten
- Ggf. Einweisung in eine Klinik
- Pharmakotherapie
- Nach Stabilisierung ausführliche Aufklärung bezüglich der Diagnose (*kollaborative Konstruktion*)

Phase 2: Integration inkompatibler Selbstschemata

- **Vorbereitung:** Explikation der Selbstschemata durch Verhaltensanalysen
 - Identifizieren des aktivierten Schemas
 - Elaborieren bezüglich
 - situativer Auslöser und der Lerngeschichte
 - Funktionale und dysfunktionale Bewältigungsstrategien
 - Bezüge und Verbindungen zu anderen Schemata herstellen
- **Bearbeitung:**
- *Kognitive Ebene:* Disputieren und Korrigieren
 - Durch den Einsatz von Disputetechniken zur Modifikation dysfunktionaler Annahmen und Denkfehler (Dichotomes Denken, Minimierung/Maximierung usw.) anleiten
- *Emotionale Ebene:* Exponieren und Regulieren
 - Aktivierung der bisher vermiedenen Emotionen, Erinnerungen und Bedürfnisse
 - Funktionale Regulation des Erlebten durch korrigierende Imagination, positive Selbstverbalisation und/oder achtsamkeitsbasierten Verfahren

Phase 3: Konsolidierung des realistischen Selbstkonzeptes und soziales Neulernen

- Durchführung von NON-VIP bzw. „Durchschnittlichkeitsexpositionen“
- Training sozialer Fertigkeiten und Kommunikationstraining
 - Zuhören können, auf andere eingehen, teilen
 - Sich adäquat öffnen
 - Angemessene Selbstbehauptung statt arrogantem Rückzug, aggressiver Entwertung und Überheblichkeit
 - Lernen angemessen mit Kritik umzugehen (z.B. Videofeedback)
- Verbesserung der Empathiefähigkeit und Perspektivübernahme
 - Öffentliche Fotos oder Gemälde ansehen und die Befindlichkeit der abgebildeten Personen einschätzen lassen
 - Analyse schwieriger Interaktionen unter besonderen Berücksichtigung der Perspektive der anderen Personen
 - Rückmeldung des Therapeuten
 - Paar- oder Familiengespräche
 - Teilnahme an der Gruppentherapie
- Existentielle Neuorientierung und Sinnfindung

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit

Ausgewählte Literatur

- Beck, A.T., Freeman, A. u.a. (1993). Kognitive Therapie der Persönlichkeitsstörungen.
- Dieckmann, Eva (2011). Die narzisstische Persönlichkeitsstörung mit Schematherapie behandeln. Stuttgart: Klett Cotta.
- Kernberg, O.F. & Hartmann, H. P. (2006) (Hrsg.). Narzissmus. Grundlagen – Störungsbilder – Therapie.
- Kohut, H. (1979). Die Heilung des Selbst.
- Potreck-Rose, F. & Jacob, G. (2004. 2. Aufl.). Selbstzuwendung, Selbstakzeptanz, Selbstvertrauen. Psychotherapeutische Interventionen zum Aufbau von Selbstwertgefühl.
- Paris, J. (1998). Working with traits. Psychotherapy of Personality Disorders.
- Sachse, R. (2002). Histrionische und Narzisstische Persönlichkeitsstörungen.
- Schoenreich, F., Rose, M., Danzer, G., Thier, P., Weber, C. & Klapp, B.F. (2000). Das Narzissmusinventar-90 (NI-90). Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie, 50, 396-405.
- Schmitz, B., Schuhler, P., Handke-Raubach, A. & Jung, A. (2001). Kognitive Verhaltenstherapie bei Persönlichkeitsstörungen und unflexiblen Persönlichkeitsstilen.
- Trautmann, R.D. (2004). Verhaltenstherapie bei Persönlichkeitsstörungen und problematischen Persönlichkeitsstilen.
- Young, J. E. Klosko, J.S. & Weishaar, M.E. (2005). Schematherapie. Ein praxisorientiertes Handbuch.

Literatur für Patienten

- Miller, A. (1979). Das Drama des begabten Kindes und die Suche nach dem wahren Selbst. Frankfurt a. M.: Fischer.
- Röhr. H.-P. (2005). Narzissmus. Das innere Gefängnis. München: DTV.
- Sachse, R. (2004). Selbstverliebt - aber richtig. Paradoxe Ratschläge für das Leben mit Narzissten. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Sprenger, B. (2005). Im Kern getroffen. München: Kösel
- Wardetzki, B. (2004). Weiblicher Narzissmus. Der Hunger nach Anerkennung. München: Kösel