NARZISSTISCHE PERSÖNLICHKEITSSTÖRUNGEN

NARCISSISTIC PERSONALITY DISORDERS

Rainer Sachse

Zusammenfassung
Der Beitrag behandelt die Theorie und Therapie von Klienten mit narzisstischer Persönlichkeitsstörung (PD). Ausgehend von dem Modell der doppelten Handlungsregulation wird beschrieben, welche zentralen Motive, Schemata und Handlungsstrategien Klienten mit narzisstischer PD aufweisen. Therapeutische Strategien wie komplementäre Beziehungsgestaltung, Konfrontation, Schemabearbeitungen werden abgeleitet. Zum Schluss wird auf die Besonderheit sogenannter erfolgloser Narzissten eingegangen.

Schlüsselwörter narzisstische Persönlichkeitsstörungen – Beziehungsmotive – Schemata – komplementäre Beziehungsgestaltung – Konfrontation

Summary
The paper deals with the theory and therapy of clients having narcissistic personality disorder (PD). Starting from the double action regulation model, the central motives, schemata and action strategies of clients having narcissistic PD are derived. Therapeutic strategies, such as complementary relationship structuring, confrontation, schema processing are derived. Finally, the paper deals with the particular case of so-called "unsuccessful narcissists".

Keywords Narcissistic personality disorder – Relationship motives – Schemata – Complementary relationship structuring – Confrontation

1 Einleitung

Kuhl und Kazen (1997; vgl. Kuhl, 2001) gehen in ihrem Konzept von Persönlichkeitsstörungen (PD) davon aus, dass diese Störungen nicht dichotom (gestört – ungestört) sind, wie die Klassifikationssysteme DSM-IV und ICD-10 dies nahe legen, sondern dass es ein *Kontinuum* gibt von „leichtem Stil" bis zu „schwerer Störung" und dass es willkürlich ist, den Grenzwert festzusetzen, ab dem ein Stil in eine Störung übergeht.

Das muss man auch über die narzisstische Persönlichkeitsstörung (NAR) sagen: Auch bei den Charakteristika dieser „Störung" gibt es alle möglichen Abstufungen von „leichtem Stil" bis zu „schwerer Störung". In der ambulanten Therapie kommen Klienten mit „narzisstischen Stilen" meiner Erfahrung nach sehr häufig vor, aber auch Klienten mit Ausprägungsgraden, die man schon als Störung bezeichnen könnte, sind noch durchaus häufig: Bei akademischen Klienten, aber nicht nur bei diesen, findet man z. T. beträchtliche Ausprägungen, die ihnen alle Arten von Kosten bereiten. Daher ist eine Beschäftigung mit narzisstischer PD relevant: Denn diese Patienten machen den Therapeuten durchaus eine Reihe von Interaktionsschwierigkeiten, und es ist ratsam zu wissen, wie man damit umgehen kann (Sachse, 1999, 2001, 2002).

2 Klassifikation und Symptomatik

Das DSM-IV gibt folgende Kriterien der Störung an:

- übertriebenes Selbstwertgefühl
- Phantasien grenzenlosen Erfolgs
- Ansicht, einzigartig zu sein
- Verlangen nach Bewunderung
- Anspruchsdenken
- Ausnützen zwischenmenschlicher Beziehungen
- Mangel an Einfühlungsvermögen
- Neid
- arrogantes Verhalten

Weitere Charakteristika der narzisstischen Persönlichkeitsstörung, die in der Literatur angegeben werden, sind z.B.:

- hohe positive Selbsteinschätzung (Emmons, 1984; Kernis und Sun, 1994; Morf und Rhodewalt, 1993; Raskin und Terry, 1988; Raskin et al., 1991; Watson et al., 1987)
- Gefühl von Grandiosität (Raskin et al., 1991)
- Gefühl, anerkannt zu werden (Rhodewalt und Morf, 1995)
- Selbstbezogenheit (Raskin und Shaw, 1988)
- geringe Fähigkeit zum „emotionalen Nachempfinden", dagegen keine Verminderung in der Dimension „intellektuelles Verstehen" von Empathie (Watson et al., 1984)
- hohe Dominanz (Emmons, 1984; Raskin et al., 1991)
- starkes kompetitives Verhalten (Rhodewalt und Morf, 1995)
- Extraversion (Emmons, 1984)
- erhöhte Feindseligkeit (Raskin et al., 1991; Rhodewalt und Morf, 1995), erhöhtes Ärger-Potential (Twenge und Campbell, 2003; Stucke und Sporer, 2002) und erhöhte Aggressivität
- hohe Unabhängigkeit (Emmons, 1987; Stolorow, 1975)
- erhöhte Kreativität (Raskin, 1980)
- Tagträume (Raskin und Novacek, 1991)

- „Sensation seeking" (Lasch, 1979)
- erhöhte Affektlabilität (Emmons, 1987)
- Selbstwertschwankungen (Rhodewalt et al., 1998)
- defensive Tendenzen gegenüber negativer Rückmeldung (Kernis und Sun, 1994)
- geringe Toleranz gegenüber Real-Ideal-Selbst-Diskrepanzen (Morf und Rhodewalt, 1993)
- Suizidalität (Bronisch, 2000)
- erhöhte Tendenz, eher selbstwerterhöhende Informationen aus dem Gedächtnis abzurufen (Rhodewalt und Eddings, 2002)
- erhöhte Tendenz, eher „spielerisch" mit Liebesbeziehungen umzugehen (Campbell et al., 2002)
- erhöhte Tendenz, sich in Beziehungen weniger stark zu binden und mehr Alternativen zur bestehenden Beziehung wahrzunehmen (Campbell und Foster, 2002; Neumann und Bierhoff, 2004)
- erhöhte Tendenzen, sich besser einzuschätzen als „Durchschnittspersonen" (Campbell et al., 2002)
- bessere Leistungen in Aufgaben, wenn die Chance besteht, dass der Effekt zur Selbstwerterhöhung benutzt werden kann, als wenn diese Chance nicht besteht (Wallace und Baumeister, 2002)
- mittlere Ausprägungen von Narzissmus korrelieren damit mit Maßen des Wohlbefindens, geringer Depressivität, geringer Einsamkeit, geringer Ängstlichkeit und geringem Neurotizismus: In mäßiger Ausprägung scheint Narzissmus ein eher protektiver Faktor zu sein (Sedikides et al., 2004)

3 Theorie

Als Grundlage für die Darstellung des „psychologischen Funktionierens" von Klienten mit narzisstischer Persönlichkeitsstörung und als Grundlage für die Ableitung therapeutischer Interventionen soll hier das „Modell der doppelten Handlungsregulation" verwendet werden.
Das Modell der doppelten Handlungsregulation (Sachse, 1999, 2001a,b, 2002, 2004a) ist ein allgemeines Störungsmodell für Persönlichkeitsstörungen, das für jede Einzelstörung spezifiziert werden kann. Nach diesem Modell weisen Klienten mit narzisstischer Störung die folgenden psychologischen Funktionscharakteristika auf.

3.1 Zentrale Beziehungsmotive

Alle Personen mit PD haben zentrale Beziehungsmotive, die hoch in der Motivhierarchie der betreffenden Person stehen (Kuhl, 1983) und damit das entsprechende Verhalten immer wieder steuern. Bei Klienten mit NAR sind dies vor allem zwei Motive:

- Das Motiv nach Anerkennung: Das Motiv, positives Feedback über die eigene Person zu erhalten, als Person anerkannt zu werden, Rückmeldungen zu erhalten, liebenswert zu sein, positive Eigenschaften zu haben usw.
- Das Motiv nach Autonomie: Das Motiv, eigene Entscheidungen über das eigene Leben treffen zu können, als Person unabhängig bleiben zu können.

3.2 Zentrale Schemata

Personen mit PD weisen negative Selbst- und Beziehungsschemata auf (Sachse, 2004b, 2005).
Selbstschemata sind dabei Schemata, die sich auf Aspekte des Selbst beziehen, z.B. auf eigene Kompetenzen, eigene Attraktivität u.a. Beziehungsschemata sind solche, die Annahmen darüber enthalten, wie Beziehungen funktionieren oder wie man in Beziehungen behandelt wird.
Personen mit NAR weisen ein *doppeltes Selbstkonzept* auf:

- Sie weisen zum einen ein (aus der frühen Biographie stammendes, durch negatives Feedback zustande gekommenes) negatives Selbstschema auf: Dies enthält Annahmen wie:
  - „Ich bin nicht o.k."
  - „Ich bin ein Versager."
  - „Ich kann Erwartungen nicht erfüllen."
  - u.Ä.

  Dabei können die Annahmen mehr oder weniger negativ sein (je nach Erfahrungen bzw. Schlussfolgerungen aus Erfahrungen).
- Sie weisen zum anderen ein (durch kompensatorisches Verhalten zustande gekommenes) *positives* Selbstschema auf, in dem Annahmen stehen wie:
  - „Ich bin toll."
  - „Ich bin hoch leistungsfähig."
  - „Ich kann jede Herausforderung annehmen."
  - u.Ä.

Auch hier kann das Schema mehr oder weniger positiv sein: Es kann relativ realistische Selbstannahmen enthalten oder (bei manchen NAR) auch völlig übersteigerte Selbstannahmen.
Die beiden Schemata existieren parallel: Positive Erfahrungen „triggern" das SK+ und erzeugen bei der Person einen positiven *state of mind*: Die Person aktiviert die positiven Annahmen, fühlt sich toll, ist annäherungsmotiviert, nimmt Herausforderungen an usw. Kritik oder Misserfolge triggern jedoch das SK- und erzeugen damit einen negativen *state of mind*: Die Person aktiviert die negativen Annahmen, fühlt sich depressiv, vermeidet Herausforderungen usw.
Die beiden Schemata *hemmen sich gegenseitig*: Ist SK+ stark aktiviert, dann ist SK- gehemmt: Der Person sind dann die negativen Annahmen nicht zugänglich. Ist aber SK- aktiviert, dann ist SK+ gehemmt: Die Person hat dann keinen Zugang mehr zu ihren Ressourcen, Erfolgen usw. und hält sich für einen völligen Versager.
Ist SK+ nur mittelmäßig aktiviert, dann ist SK- auch nicht völlig gehemmt: Dieses schickt dann ständig *Selbstzweifel* ins System: Die Klienten zweifeln daran, dass sie Aufgaben gewachsen sind (obwohl sie es sind und es schon oft bewiesen haben), dass sie kompetent genug sind usw. Sie denken oft auch, dass sie „eigentlich" inkompetent sind und dass dies irgendwann herauskommen wird („Mogelpackungssyndrom").

Klienten mit NAR weisen auch negative Beziehungsschemata auf, wie z.B.

- In Beziehungen wird man abgelehnt, kritisiert, abgewertet;
- in Beziehungen wird man kontrolliert.

3.3 Interaktionelle Ziele

Aus der Diskrepanz zwischen den starken Beziehungsmotiven und den negativen Schemata entwickeln die Personen nun interaktionelle Lösungen: Die erste Lösung besteht darin, solche interaktionellen Ziele zu bilden (und dann im Verhalten zu verfolgen), die eine *Kompensation der negativen Schemata* bilden; daraus resultieren dann überwiegend *Vermeidungsziele*. Vermeidungsziele bei Personen mit NAR sind z. B.

- Vermeide Abwertung und Kritik!
- Sei erfolgreich, um Anerkennung zu erhalten!
- Sei der Beste!
- Vermeide es, angreifbar zu sein!
- Vermeide es, kontrolliert zu werden!
- Vermeide es, abhängig zu sein!

Vermeidungsziele funktionieren psychologisch anders als Annäherungsziele: Die Verfolgung und Erreichung von Annäherungszielen befriedigt zentrale Motive und führt zu einem Zustand der Zufriedenheit (Brunstein, 1995), zu einem langsamen Absinken des Motivs in der Motiv-Hierarchie (Kuhl, 1983) und damit zu einem allmählichen Nachlassen der Bemühungen. Dagegen führt das Verfolgen und Erreichen von Vermeidungszielen zur Reduktion von Angst und Anspannung (C-), jedoch *nicht* zu einer Sättigung zentraler Motive und also auch *nicht* zu einem Zustand von Zufriedenheit (Brunstein, 1993, 2001; Brunstein und Schultheiß, 1996; Brunstein et al., 1998; Kuhl, 2001; Kuhl und Koole, 2005): Das zentrale Motiv Anerkennung steht trotz aller Verfolgung von Vermeidungszielen hoch in der Motiv-Hierarchie!

3.4 Manipulatives Handeln

Die zweite Lösung, die Personen finden, um das Dilemma aus extrem starken Beziehungsmotiven und negativen Schemata zu lösen, ist die Entwicklung manipulativen, intransparenten Interaktionsverhaltens: Da die Personen glauben, dass andere sie nicht als Person anerkennen werden, schließen sie, *dass andere somit gegen ihre eigene Intention dazu veranlasst werden müssen*, dies doch zu tun: Und das ist am besten mit intransparentem, manipulativem Verhalten möglich, bei dem der Interaktionspartner über die tatsächlichen interaktionellen Ziele getäuscht wird. Man muss hier sehen, dass im Prinzip *alle* Menschen manipulieren; man kann daher Manipulation nur als ein *wertungsfreies* psychologisches Konzept verwenden! Manipulation an sich ist daher nichts „Ehrenrühriges". Personen manipulieren jedoch umso stärker, je stärker ihre PD ausgeprägt ist, und damit sind ihre Beziehungen irgendwann nicht mehr reziprok; *deshalb* geraten sie über kurz oder lang in interaktionelle Schwierigkeiten!

Personen mit NAR entwickeln hier Strategien wie:

- viel leisten, Erfolge sammeln, Statussymbole sammeln („symbolische Selbstergänzungen")
- Leistungen und Erfolge „vor sich hertragen" und Anerkennungen dafür einfordern
- von anderen einen „VIP-Status" einfordern, Sonderbehandlung erwarten, Sonderrechte für sich reklamieren
- soziale Regeln definieren; Regeln setzen, wie man mit ihnen umzugehen hat; davon ausgehen, dass sie berechtigt sind, solche Regeln zu definieren und Regelverletzer zu bestrafen
- autonom bleiben, eigene Territorien definieren, sich nicht binden
- nur Personen vertrauen, die nicht bedrohlich (nicht „kritisierend") sind

3.5 Regelsetzer-Verhalten

Die NAR nehmen an, in ihrer Biographie sehr viel geleistet zu haben und auch gegen große Widerstände erfolgreich gewesen zu sein. Das ist in der Regel auch korrekt.

Nur leiten die NAR (aus nicht nachvollziehbaren Gründen) daraus ab, dass ihnen nun aufgrund der besonderen Leistungen besondere Rechte zustünden: VIP-Behandlung und das Recht, soziale Regeln zu definieren, wie man mit ihnen umzugehen hat, z. B.

- das Recht, zu verlangen, dass Bedienungen *sofort* kommen, wenn man bezahlen will;
- das Recht, an Kassen vorgelassen zu werden, weil die eigene Zeit viel kostbarer ist als die aller anderen;
- das Recht, dass langsame Autofahrer an die Seite fahren, wenn man (mit einem BMW oder Mercedes bewaffnet) ankommt, usw. usw.

Natürlich nimmt man auch an, dass man nicht nur das Recht hat, dies alles zu *fordern*, sondern auch das Recht hat, „Regelverletzer" zu strafen: Bedienungen, die nicht sofort kommen, zu beschimpfen, Leute, die einen nicht vorbeilassen, zu beleidigen und langsame Fahrer zu bedrängen. Dieses Interaktionsverhalten ist es, was NAR im Alltag viele Kosten einbringt: Denn andere Interaktionspartner lassen sich das nicht ohne weiteres bieten und lassen sich dann durchaus auf Konflikte ein!

3.6 Therapeutische Prinzipien

3.6.1 Komplementarität zur Motivebene

Klienten mit PD haben sehr starke und stark frustrierte interaktionelle Motive. Daraus resultiert, dass sie in *allen* Interaktionen ein extrem starkes Bedürfnis danach haben, diese Bedürfnisse befriedigt zu bekommen; das gilt auch in der Therapie: Die Klienten haben im Therapiekontakt *primär* das Bedürfnis, dass der Therapeut die zentralen Motive befriedigt. Erst wenn dies geschehen ist, treten andere Intentionen (z. B. Bearbeitung von Kosten, Arbeit an Veränderungen usw.) in den Vordergrund. *Daher sollte der Therapeut sich zu Therapiebeginn primär komplementär zur Motivebene des Klienten verhalten* (Sachse, 2001a, b).

Komplementäres Handeln zur Motivebene bedeutet, dass der Therapeut, soweit dies im Rahmen der therapeutischen Regeln möglich und vertretbar ist, die therapeutische Beziehung zum Klienten so gestaltet, dass die wesentlichen Beziehungsmotive des Klienten befriedigt werden.

Bei Klienten mit *narzisstischer* PD bedeutet komplementäres Handeln zur Motivebene,

- dass der Therapeut es *unbedingt vermeidet, den Klienten defizitär zu definieren*: Der Klient hat kein Problem, son-

dern er will sich „weiterentwickeln", und das ist völlig o.k.; der Klient hat ganz „normale" Anliegen, und es ist völlig o.k., ja sehr klug, damit einen Experten zu betrauen;
- dass der Therapeut die Leistungen, Erfolge usw. des Klienten deutlich wahrnimmt und deutlich positiv konnotiert;
- dass der Therapeut immer wahrnimmt, dass die „Probleme" des Klienten, verglichen mit den Erfolgen des Klienten, im Grunde marginal sind;
- dass der Therapeut sich kompetent zeigt als jemand, den der Klient als *Peer* anerkennen kann;
- dass der Therapeut die Autonomie des Klienten respektiert, dem Klienten also immer nur *Angebote* und keine Vorschriften macht.

3.6.2 Nicht komplementär zur Spielebene verhalten

Wenn eben möglich, sollte sich der Therapeut *nicht komplementär zur Spielebene des Klienten verhalten*, sich also nicht manipulieren und sich nicht in das System des Klienten verstricken lassen: Denn tut der Therapeut dies, dann bekräftigt er das dysfunktionale Interaktionsverhalten des Klienten damit noch!

Bei Klienten mit *narzisstischer* PD bedeutet nichtkomplementäres Handeln zur Spielebene,
- dass der Therapeut sich nicht vom Klienten einschüchtern lässt, sondern deutlich macht, dass er der Experte für psychologische Prozesse ist;
- dass der Therapeut dem Klienten zuvor Regeln der Therapie erläutern kann, die Regeln der Therapie aber nicht vom Klienten bestimmen lässt;
- dass der Therapeut sich nicht auf Machtkämpfe mit dem Klienten einlässt; entweder der Klient akzeptiert die Vorschläge des Therapeuten, oder er lässt es; er wird nicht gezwungen, nicht überredet, und es geht dem Therapeuten auch nicht darum zu „gewinnen".

Bei Klienten mit NAR kann es u. U. wichtig sein, dass ein Therapeut sich zur Spielebene komplementär verhält, z. B. wenn ein Klient für seine bisherigen Leistungen und Erfolge explizit vom Therapeuten gelobt werden will: Dies muss der Therapeut tun, da der Klient sonst annimmt, dass der Therapeut ihn nicht wahrnimmt, und dann kommt keine vertrauensvolle Therapeut-Klient-Beziehung zustande. Sollte ein Therapeut sich veranlasst sehen, sich zur Spielebene komplementär zu verhalten, dann sollte er
- das ganz *bewusst* tun, sich bewusst dafür entscheiden und sich nicht etwa „automatisch" in das System des Klienten „verwickeln" lassen;
- das so kurz wie möglich tun und diese Komplementarität so schnell wie möglich wieder beenden;
- es nur dann tun, wenn er damit *nicht* die Verfolgung wichtiger therapeutischer Ziele sabotiert.

3.6.3 Transparentmachen der manipulativen Strategien und ihrer Kosten

Persönlichkeitsstörungen sind meist ich-synton, d.h., die Klienten haben keine Vorstellung davon, dass sie ungünstige Schemata und ungünstiges Interaktionsverhalten aufweisen und dass dies hohe Kosten erzeugt. Damit haben die Klienten zu Therapiebeginn aber auch keinen Arbeitsauftrag im Hinblick auf Aspekte der PD. Dieses Problembewusstsein und damit der Arbeitsauftrag der Psychotherapie müssen im Therapieprozess erst geschaffen werden: Dazu sind konfrontative Interventionen des Therapeuten erforderlich - Interventionen, die den Klienten darauf aufmerksam machen, wie er handelt, warum er so handelt, wie er handelt, und welche (interaktionellen) Kosten sein Handeln hat. Erst wenn der Klient ein solches Problembewusstsein entwickelt, bildet sich auch eine Änderungsmotivation im Hinblick auf die PD. Konfrontative Interventionen „nehmen Beziehungskredit in Anspruch", daher muss der Therapeut, bevor er diese Interventionen realisiert, durch komplementäres Handeln zur Motivebene eine tragfähige Therapeut-Klient-Beziehung hergestellt haben.

Konfrontationen bei NAR betreffen z. B.
- die Kosten des Klienten: Therapeuten müssen den Klienten immer wieder mit den Kosten konfrontieren und vor allem damit, dass der Klient nicht nur Kosten „hat", sondern dass er die Kosten durch sein System und sein Handeln *erzeugt*;
- die Vermeidungsziele: Der Klient muss erkennen, dass er seine eigentlichen Motive (Anerkennung) durch seine Strategie gar nicht befriedigen kann und dass das Verfolgen von Vermeidungszielen „unstillbar" (Gollwitzer, 1987) ist;
- die manipulativen Strategien: Der Klient muss erkennen, *dass* er manipuliert, *warum* er manipuliert, *wie* er manipuliert und dass er dadurch hohe *Kosten* produziert;
- das Regelsetzer-Verhalten: Der Klient muss erkennen, dass er Regeln setzt, welche Effekte er damit bei Interaktionspartnern auslöst, und er muss erkennen, dass er im Grunde nicht die geringste Berechtigung hat, derartige Regeln aufzustellen.

Durch Konfrontationen kann der Klient erkennen, was er tatsächlich tut und wie sein Verhalten tatsächlich wirkt: Konfrontationen sind wichtig, um die Störung „ich-dyston" zu machen und beim Klienten somit eine Änderungsmotivation zu schaffen!

3.6.4 Bearbeitung der dysfunktionalen Schemata

Hat der Klient eine Änderungsmotivation aufgebaut und einen Arbeitsauftrag entwickelt, dann muss therapeutisch an den dysfunktionalen Schemata des Klienten gearbeitet werden: Hier kann man alle zur Verfügung stehenden kognitiven Techniken einsetzen; bewährt hat sich vor allem das Ein-Personen-Rollenspiel (Sachse, 2006).

3.6.5 Aufbau von Alternativverhalten

Klienten müssen ein neues, transparentes Interaktionsverhalten lernen: Sie müssen lernen, wie sie ihre Beziehungsmotive durch angemessenes Verhalten erreichen können. Dieses Verhalten muss zusammen mit dem Therapeuten entwikkelt und auch geübt werden, wofür sich Techniken des Rollenspiels eignen.

3.7 Erfolglose Narzissten

Die bisher dargestellten Ausführungen gelten für sogenannte erfolgreiche Narzissten, also solche Klienten, die ihr negati-

ves Selbstschema (sehr) erfolgreich durch Leistung und Erfolge kompensieren, die dadurch auch viele reale Kompetenzen aufbauen und im Grunde längst bewiesen haben, dass ihr negatives Selbstschema nicht stimmt (nur nimmt das Schema dies nicht zur Kenntnis).

Ganz anders sieht die Situation aus bei sogenannten erfolglosen Narzissten (Sachse, 2004c). Erfolglose Narzissten sind Personen, die ebenfalls durch negative Rückmeldungen in ihrer Biographie ein negatives Selbstschema entwickeln und deshalb ebenfalls ein kompensatorisches positives Schema brauchen. Anders als die erfolgreichen Narzissten zeigen sie jedoch keinerlei kompensatorisches Leistungsverhalten: Sie weisen meist ein Schema auf der Art: „Ich kann ohnehin nichts ändern" – „Ich kann den Erwartungen ohnehin nicht gerecht werden" – „Ich schaffe es sowieso nicht" o. Ä. Dieses Schema hindert sie daran, „den Kampf überhaupt erst aufzunehmen" und zu versuchen, durch Leistung Erfolge und Anerkennungen zu erreichen: Sie leisten, ganz anders als die Erfolgreichen, *wenig* und haben dadurch auch keinerlei Erfolge. Dadurch bauen sie auch nur relativ wenig reale Kompetenzen auf.

Wenn sie mit 20 oder mit 30 in Therapie kommen, haben sie abgebrochene Schulausbildungen, abgebrochene Lehren, abgebrochene Studien; sie leben von Arbeiten, für die sie eigentlich keine Ausbildung haben, wohnen oft noch bei den Eltern und werden noch von denen unterstützt.

Da sie dringend ein positives Selbstschema brauchen, jedoch keine realen Erfolge aufweisen, phantasieren sie sich ein positives Schema: Sie seien ja eigentlich ganz toll, superschlau, superkreativ usw.; in der Phantasie sind sie erfolgreich oder nehmen an, „relativ schnell und effektiv erfolgreich sein zu können" (wenn sie wollten). Die Klienten zeigen auch exkulpierende (selbstentschuldigende und selbstwertdienliche) Verarbeitungen ihrer Biographie: Sie sind nur deshalb so erfolglos, weil die Eltern sie nie gefördert und die Lehrer sie immer gemobbt haben; leider seien die Arbeitsbedingungen ungünstig und die Chefs hinterhältig gewesen usw. usw. und haben so nie die Chance gehabt, etwas Reales zu leisten. Hätten sie aber die Chance bekommen, dann könnten sie eben auch Akademiker, Schauspieler, Minister usw. sein. Und sie phantasieren sich selbst in solche großartigen Rollen, *halten* sich also real für sehr kompetent, sehr erfolgreich usw.: Sie weisen damit durchaus ein positives Selbstschema auf, allerdings ein *völlig illusionäres*, völlig unrealistisches, von der Realität abgehobenes.

Bedauerlicherweise leiten sie dann aus dem illusionären „Großartigkeitsschema" die gleichen VIP-Ansprüche ab wie erfolgreiche Narzissten: Rechte auf Sonderbehandlung, Sonderrechte in Interaktionen u. Ä. Da die erfolglosen Narzissten jedoch *nicht* den entsprechenden sozialen Status aufweisen, geraten sie durch dieses Verhalten noch in viel größere interaktionelle Schwierigkeiten als die erfolgreichen NAR: Ein Klient von mir, Mitte dreißig, kein Schulabschluss, Hausmeister an einem Gymnasium, sagten allen Ernstes dem Direktor, der ihn aufforderte, den Hof zu fegen: „Das ist unter meiner Würde", woraufhin er entlassen wurde.

Die erfolglosen NAR bringen sich immer wieder in Schwierigkeiten: Sie müssten eigentlich, aufgrund mangelnder Kompetenzen, beruflich *klein* anfangen und sich *niedrige, realistische Ziele* setzen, die sie auch erreichen, und so sich langsam eine reale Kompetenz aufbauen. Aber sie können keine niedrigen Ziele setzen, weil sie damit eingestehen würden, dass sie bisher nichts erreicht haben, und das würde massiv das negative Selbstschema triggern. Also setzen sie hohe Ziele: Sie bewerben sich z. B. für Stellen, die sie nicht bekommen können oder, falls sie sie doch bekommen, die sie nicht halten können, weil sie die erforderlichen Qualifikationen gar nicht aufweisen. Dadurch bringen sie sich aber immer und immer wieder zum Scheitern: beruflich wie sozial, was aber das negative Selbstschema ständig aktiviert und es erforderlich macht, das positive Schema noch weiter „aufzublasen", was aber alle Probleme weiter verschlimmert. So sitzen die Klienten in einer Falle fest.

Leider ist es sehr schwierig, den Klienten aus dieser Falle herauszuhelfen:

- Therapeuten, die die Klienten komplementär "füttern" wollen, können das nur sehr schlecht, da die Klienten kaum reale Kompetenzen aufweisen, für die man sie loben könnte.
- Da man nur schwer „Beziehungskredit" bekommt, ist es sehr schwierig, Klienten zu konfrontieren.
- Da die Klienten keine tragfähigen Erfolge haben, trauen sie sich so gut wie gar nicht, das negative Selbstschema therapeutisch anzugehen.
- Man kann Klienten auch nur sehr schwer dazu veranlassen, realistische Ziele zu setzen und an einem angemessenen schnellen Aufbau realer Kompetenzen zu arbeiten.

Das Einzige, das sich hier bisher als hilfreich erwiesen hat, ist

- dem Klienten ganz viel Verständnis dafür entgegenzubringen, dass er bisher real nichts erbringen konnte;
- dem Klienten seine Exkulpierungsstrategie für bisherige Misserfolge zu lassen (z. B. „Meine Lehrer haben mich gemobbt" – Therapeut: „Ich kann dazu nichts sagen, aber wenn Sie das so sagen, dann akzeptiere ich das");
- den Klienten lange (mehrere Stunden lang) für alles zu loben und zu bestätigen, was einigermaßen positiv ist;
- dem Klienten klar zu machen, dass er so weitermachen *kann und darf wie bisher: dass sich dann aber an seiner Situation mit Sicherheit nichts ändert;*
- dem Klienten klar zu machen, dass *er* sich ändern muss, wenn er will, dass sich etwas ändert,
- und dass der Therapeut ihm dabei gern so weit wie möglich helfen will.

Ist der Klient bereit, über Änderungen nachzudenken, dann sollte man an kleinen, ganz realen Schritten und an realen Zielen arbeiten, wie z. B.

- aus dem Elternhaus ausziehen und eine eigene Wohnung einrichten;
- daran arbeiten, was der Klient in Zukunft beruflich machen kann *und* machen will;
- Perspektiven für die Zukunft entwickeln: Welche Kompetenzen kann der Klient entwickeln, und wie schafft er das? Welche mittelfristigen Ziele kann der Klient sinnvollerweise anstreben? Womit kann der Klient zufrieden sein?

Wie deutlich wird, muss man in der Regel erfolgreiche NAR von einem *zu hohen* Leistungspegel *herunterbringen*; erfolglose NAR muss man dagegen zur angemessenen Leistung *motivieren*: Meine Therapie- und Supervisionserfahrung ist allerdings, dass sich erfolgreiche NAR sehr viel leichter und effektiver therapieren lassen als erfolglose NAR!

Literatur

Bronisch T (2000): Suizidalität. In: Bronisch T, Bohus M, Dose M, Reddemann L, Unckel C (Hrsg.): Krisenintervention bei Persönlichkeitsstörungen. Stuttgart: Pfeiffer bei Klett-Cotta, S. 37-67

Brunstein JC (1993): Personal goals and subjective well-being: A longitudinal study. J Pers Soc Psychol 65 :1061-1070

Brunstein JC (1995): Motivation nach Mißerfolg. Göttingen: Hogrefe

Brunstein JC (2001): Persönliche Ziele und Handlungs- versus Lageorientierung: Wer bindet sich an realistische und bedürfniskongruente Ziele? Z Diff Diagn Psychol 22:1-12

Brunstein JC, Schultheiß OC (1996): Persönliche Ziele, soziale Motive und Dimensionen des affektiven Erlebens. Abschlußbericht zum DFG-Projekt. BR 1056/2-1; Universität Erlangen-Nürnberg

Brunstein JC, Schultheiß OC, Grässmann R. (1998): Personal goals and emotional well-being: the moderating role of motive dispositions. J Pers Soc Psychol 75 :494-508

Campbell WK, Foster CA (2002): Narcissism and Commitment in Romantic Relationships: An Investment Model Analysis. Pers Soc Psychol Bull 28(4) :484-495

Campbell WK, Rudich EA, Sedikides C (2002): Narcissism, Self-Esteem, and the Positivity of Self-Views: Two Portraits of Self-Love. Pers Soc Psychol Bull 28(3) :358-368

Emmons RA (1984): Factor Analysis and Construct Validity of the Narcissistic Personality Inventory. J Pers Assess 48 (3):291-300

Emmons RA (1987): Narcissism: Theory and Measurement. J Pers Soc Psychol 52 :11-17

Gollwitzer PM (1987): Suchen, Finden und Festigen der eigenen Identität: Unstillbare Zielintentionen. In: Heckhausen H, Gollwitzer P, Weinert F (Hrsg.): Jenseits des Rubikon: Der Wille in den Humanwissenschaften. Berlin: Springer, S. 176-190

Kernis MH, Sun C (1994): Narcissism and reactions to interpersonal feedback. J Res Pers 28:4-13

Kuhl J (1983): Motivation, Konflikt und Handlungskontrolle. Berlin: Springer

Kuhl J (2001): Motivation und Persönlichkeit. Göttingen: Hogrefe

Kuhl J, Kazén M (1997): Das Persönlichkeits-Stil- und Störungs-Inventar (PSSI): Manual. Göttingen: Hogrefe

Kuhl J, Koole S (2005): Wie gesund sind Ziele? Intrinsische Motivation, Affektregulation und das Selbst. In: Vollmeyer R, Brunstein J (Hrsg.): Motivationspsychologie und ihre Anwendung. Stuttgart: Kohlhammer, S. 109-127

Lasch CL (1979): The Culture of Narcissism. New York: Norton

Morf CC, Rhodewalt F (1993): Narcissism and Self-Evaluation Maintenance: Explorations in Object Relations. Pers Soc Psychol Bull 19(6) :668-676

Neumann E, Bierhoff HW (2004): Ichbezogenheit versus Liebe in Paarbeziehungen. Narzissmus im Zusammenhang mit Bindung und Liebesstilen. Z Sozialpsychol 35(1):33-44

Raskin RN (1980): Narcissism and Creativity: are they related? Psychol Rep 46:55-60

Raskin RN, Novacek J (1991): Narcissism and the Use of Fantasy. J Clin Psychol 47 :490-499

Raskin RN, Shaw R (1988): Narcissism and the Use of Personal Pronouns. J Pers 56(2):393-404

Raskin RN, Terry H (1988): A Principal-Components Analysis of the Narcissistic Personality Inventory and Further Evidence of Its Construct Validity. J Pers Soc Psychol 54 (5) :890-902

Raskin RN, Novacek J, Hogan R (1991): Narcissistic Self-Esteem Management. J Pers Soc Psychol 60(6):911-918

Rhodewalt F, Eddings SK (2002): Narcissus Reflects: Memory Distortion in Response to Ego-Relevant Feedback among High- and Low-Narcissistic Men. J Res Pers 36 :97-116

Rhodewalt F, Morf CC (1995): Self and Interpersonal Correlates of the Narcissistic Personality Inventory: A Review and New Findings. J Res Pers 29:1-23

Rhodewalt F, Madrian JC, Cheney S (1998): Narcissism, Self-Knowledge Organization, and Emotional Reactivity: The Effect of Daily Experiences on Self-Esteem and Affect. Pers Soc Psychol Bull 24(1) :75-87

Sachse R (1999): Persönlichkeitsstörungen. Psychotherapie dysfunktionaler Interaktionsstile. 2. Aufl. Göttingen: Hogrefe

Sachse R (2001a): Psychologische Psychotherapie der Persönlichkeitsstörungen. Göttingen: Hogrefe

Sachse R (2001b): Persönlichkeitsstörung als Interaktionsstörung: Der Beitrag der Gesprächspsychotherapie zur Modellbildung und Intervention. Psychotherapie 5(2):282-292

(im Text auf S. 1 bitte bei Sachse 2001 noch „a" oder „b" zuordnen)

Sachse R (2002): Histrionische und narzisstische Persönlichkeitsstörungen. Göttingen: Hogrefe

Sachse R (2004a): Persönlichkeitsstörungen. Leitfaden für eine Psychologische Psychotherapie. Göttingen: Hogrefe

Sachse R (2004b): Histrionische und narzisstische Persönlichkeitsstörungen. In: Merod R (Hrsg.): Behandlung von Persönlichkeitsstörungen. Tübingen: DGVT-Verlag, S. 357-404

Sachse R (2004c): Selbstverliebt – aber richtig. Stuttgart: Klett-Cotta

Sachse R (2005): Was wirkt in der Behandlung von Persönlichkeitsstörungen? In: Saimeh N (Hrsg.): Was wirkt? Prävention – Behandlung – Rehabilitation. Bonn: Psychiatrie-Verlag, S. 222-229

Sachse R (2006, im Druck): Das Ein-Personen-Rollenspiel. In: Sachse R, Schlebusch P (Hrsg.): Perspektiven Klärungsorientierter Psychotherapie. Lengerich: Pabst

Sedikides C, Rudich EA, Gregg AP, Kumashiro M, Rusbult C (2004): Are Normal Narcissists Psychologically Healthy?: Self-Esteem Matters. J Pers Soc Psychol 87(3) :400-416

Stolorow R (1975): Toward a functional definition of narcissism. Int J Psychoanal 56:179-185

Stucke TS, Sporer SL (2002): When A Grandiose Self-Image Is Threatened: Narcissism and Self-Concept Clarity as Predictors of Negative Emotions and Aggression Following Ego-Threat. J Pers 70:509-532

Twenge JM, Campbell WK (2003): „Isn't It Fun to Get the Respect That We're Going to Deserve?" Narcissism, Social Rejection, and Aggression. Pers Soc Psychol Bull 29(2) :261-272

Wallace HM, Baumeister RF (2002): The Performance of Narcissists Rises and Falls With Perceived Opportunity for Glory. J Pers Soc Psychol 82(5) :819-834

Watson PJ, Grisham SO, Trotter MV, Biderman MD (1984): Narcissism and Empathy: Validity Evidence for the Narcissistic Personality Inventory. J Pers Assess 48(3):301-305

Watson PJ, Taylor D, Morris RJ (1987): Narcissism, sex roles, and self-functioning. Sex Roles 16:335-350

Prof. Dr. Rainer Sachse
Institut für Psychologische Psychotherapie
Prümerstr. 4 • 44788 Bochum
ippsachse@aol.com