Otto F. Kernberg
Hans-Peter Hartmann

Narzissmus

Grundlagen – Störungsbilder – Therapie

Übersetzungen der englischen Beiträge von Petra Holler

2006,
Schattauer Verlag, Stuttgart & New York

Orange DM (1995). Emotionales Verständnis und Intersubjektivität. Frankfurt/M.: Brandes und Apsel 2004.
Orange DM, Atwood GE, Stolorow RD (1997). Working Intersubjectively. Contextualism in psychoanalytic practice. Hillsdale, NJ: Analytic Press.
Ornstein A, Ornstein PH (1975). On the interpretive process in psychoanalysis. Int J Psychoanal Psychother; 4: 219–71.
Ornstein A, Ornstein PH (1977). Clinical interpretations in psychoanalysis. In: Wolman B (ed). International Encyclopedia of Neurology, Psychiatry and Psychology. New York: Aesculapius; 176–81.
Ornstein PH (1974). On narcissism: beyond the introduction. Highlights of Heinz Kohut's contributions to the psychoanalytic treatment of narcissistic personality disorders. Ann Psychoanal; 2: 127–49.
Ornstein PH, Ornstein A (1977). On the continuing evolution of psychoanalytic psychotherapy: reflections and predictions. Ann Psychoanal; 5: 329–70.
Ornstein PH, Kay J (1990). Development of psychoanalytic self psychology: a historical-conceptual overview. In: Tasman A, Goldfinger SM, Kaufmann CA (eds). American Psychiatric Press Review of Psychiatry. Vol. 9. Washington, DC: American Psychiatric Press; 303–22.
Ornstein PH, Ornstein A (2001a). Allgemeine Grundsätze der psychoanalytischen Psychotherapie. In: Ornstein A, Ornstein PH. Empathie und therapeutischer Dialog. Hrsg. v. H.-P. Hartmann. Gießen: Psychosozial-Verlag; 199–217.
Ornstein PH, Ornstein A (2001b). Klinisches Verstehen und Erklären: der empathische Blickwinkel. In: Ornstein A, Ornstein PH. Empathie und therapeutischer Dialog. Hrsg. v. H.-P. Hartmann. Gießen: Psychosozial-Verlag; 31–57.
Rosenfeld HA (1964). On the psychopathology of narcissism. Int J Psycho-Anal; 45: 332–7 (dt. Zur Psychopathologie des Narzissmus – ein klinischer Beitrag. In: Zur Psychoanalyse psychotischer Zustände. Frankfurt/M.: Suhrkamp 1981; 196–208).
Ringstrom P (2000). Zwischen zwei Revolutionen schwanken. Selbstpsychologie; 1: 38–49.
Rizzolatti G, Fadiga L, Fogassi L, Gallese V (1999). Resonance behaviors and mirror neurons. Archives Italiennes de Biologie; 137: 85–100.
Sander LW (1983). To begin with – reflections on ontogeny. In: Lichtenberg JD, Kaplan S (eds). Reflections on Self Psychology. Hillsdale, NJ: Analytic Press; 85–104.
Sandler J (1974). Psychological conflict and the structural model: some clinical and theoretical implications. Int J Psycho-Anal; 55: 53–62.
Sandler J (1976). Dreams, unconscious phantasies and »identity of perception«. Int Rev Psychoanal; 3: 33–42 (dt. Träume, unbewusste Phantasien und »Wahrnehmungsidentität«. Psyche 1976; 30: 769–85).
Siegel DJ (1999). The Developing Mind. New York, London: Guilford.
Spezzano C (1996). The three faces of two-person psychology: development, ontology, and epistemology. Psychoanal Dialogues; 6: 599–622.
Stern DN (1985). Die Lebenserfahrung des Säuglings. Stuttgart: Klett-Cotta 1992.
Stolorow RD, Brandchaft B, Atwood GE (1987). Psychoanalytische Behandlung. Ein intersubjektiver Ansatz. Frankfurt/M.: Fischer 1996.
Tronick EZ (1998). Dyadically expanded states of consciousness and the process of therapeutic change. Inf Ment Health J; 19: 290–9.

5.2 Übertragung und Gegenübertragung in der Behandlung von Patienten mit Narzisstischer Persönlichkeitsstörung

Glen O. Gabbard

Würde Sigmund Freud heute leben, so wäre er zweifelsohne überrascht angesichts der umfangreichen Literatur zum Thema Übertragung bei narzisstischen Patienten. »Narzisstische Neurosen« (ein weit gefasster Begriff, der auch die Psychosen mit einschloss) galten für Freud als psychoanalytisch nicht behandelbar (Freud 1914). Im Gegensatz zu den heftigen Übertragungen, wie sie hysterische Patienten an den Tag legten, schienen narzisstische Patienten distanziert und unbeteiligt. Ausgehend von der zeitgenössischen psychoanalytischen Auffassung, dass alle Patienten ihren ganz spezifischen Modus der Objektbezogenheit wiederholen, sobald sie eine analytische Behandlung beginnen, wissen wir heute, dass genau dieser scheinbare Mangel an Übertragungsmanifestationen die Übertragung narzisstischer Patienten ausmacht (Brenner 1982).

Freud wäre ebenso erstaunt zu sehen, wie wir uns der Gegenübertragung zum Verständnis narzisstischer Patienten bedienen. Er selbst hatte die Gegenübertragung in seiner ursprünglichen, oft als »eng« bezeichneten Auffassung als analysehinderlich angesehen (Freud 1910) und sie in Anlehnung an sein Übertragungskonstrukt konzeptualisiert, eben mit dem Unterschied, dass es jetzt um die Frage ging, wie der Analytiker den Patienten wahrnahm. Eine Sichtweise, die nach Freud grundlegend modifiziert wurde. Mit Paula Heimann (1950) und Donald Winnicott (1949) begannen zahlreiche Analytiker die Gegenübertragung als wichtige Botschaft des Patienten zu verstehen, in der bedeutsames Material über dessen innere Welt vermittelt werden soll. Diese eher »weite« Auffassung bezieht sich nicht so sehr auf die Konflikte oder vergangenen Objektbeziehungen des Analytikers selbst, sondern darauf, was der Patient in anderen, den Therapeuten mit eingeschlossen, induziert.

S. 693

In den vergangenen zehn Jahren hat sich zunehmend ein Konsens darüber gebildet, Gegenübertragung als gemeinsame Schöpfung zu verstehen, in die sowohl die Vergangenheit des Analytikers als auch seitens der inneren Objektbeziehungswelt des Patienten induzierte Gefühle einfließen (Gabbard 1995a). Vor allem die Schriften zur projektiven Identifizierung haben in dieser aktuellen Sichtweise Eingang gefunden, ein Konzept, mit dem Melanie Klein (1946) als Erste eine spezifische intrapsychische Phantasie umschrieb. Racker (1968), Bion (1984) und Ogden (1979; 1982) erweiterten das Konzept um die These, dass über interpersonelle Kommunikation das Objekt oder Ziel der Projektion innerlich bewegt wird. Mit anderen Worten, Patienten verleugnen unbewusst eine innere Selbst- oder Objektrepräsentanz, projizieren diese in den Analytiker und bringen ihn via interpersonellen Druck dazu, sich mit diesem Anteil zu identifizieren. Die Art und Weise der Gegenübertragungsreaktion des Analytikers wird zum Teil davon bestimmt sein, wie seine eigenen inneren Konflikte und Objektbeziehungen beschaffen sind und welchen inneren »Anknüpfungspunkt« sie diesen Projektionen bieten (Gabbard 1995a). Bei der projektiven Identifizierung geht es also um eine gemeinsame Schöpfung von Patient und Analytiker.

Diese konzeptuelle Weiterentwicklung hat dazu geführt, Übertragung und Gegenübertragung als zwei Seiten einer Medaille zu verstehen. Die Übertragung des Patienten evoziert spezifische Gegenübertragungsreaktionen im Analytiker. Eine zeitgenössische Perspektive würde somit die Vorstellung mit einschließen, dass sich eine bestimmte Version der inneren Objektbeziehungen des Patienten im Übertragungs-Gegenübertragungs-Geschehen zwischen Patient und Analytiker reinszeniert. Im Folgenden soll somit Gegenübertragung im Kontext spezifischer Übertragungen betrachtet werden.

Narzisstische Übertragungen in der Selbstpsychologie

Heinz Kohut (1971) verdanken wir bahnbrechende Überlegungen zum Verständnis der Narzisstischen Persönlichkeitsstörung. Er erkannte, dass ein klassischer Deutungsansatz der Entwicklung solcher Übertragungen im Wege steht, und betonte daher die Notwendigkeit für den Analytiker, sich empathisch auf das Erleben des Patienten einzulassen. Hat der Analytiker diese empathische Brücke zum Patienten hergestellt, werden sich narzisstische Übertragungen von allein einstellen.

Kohuts Übertragungsverständnis bei Narzisstischen Persönlichkeitsstörungen besagt, dass der Patient den Analytiker dazu benutzt, ein Gefühl der Selbstkohäsion aufrechtzuerhalten. In der so genannten **Spiegelübertragung** sah Kohut den Versuch des Patienten, den Glanz im Auge der Mutter zu erhaschen. In seinem Bemühen, spannende Geschichten zum Besten zu geben oder sich vor dem Analytiker zu produzieren, versucht der Patient, den Analytiker zu beeindrucken und sich seiner Bewunderung zu versichern. In der zweiten von Kohut beschriebenen primärnarzisstischen Übertragungsform, der **idealisierenden Übertragung**, werden dem Analytiker überzogene und nahezu perfekte Qualitäten zugeschrieben, was dem Patienten ein Gefühl der Selbstkohäsion verleiht, indem er sich im Schatten des idealisierten Objekts bewegt.

Kohuts grundlegende Revision der psychoanalytischen Theorie umfasst ein defizitorientiertes Modell, in dem er den Bedürfnissen nach Selbstkohäsion die gleiche oder sogar größere Bedeutung zuschreibt wie den aggressiven und sexuellen Triebregungen (1977). So verstand er die Spiegelübertragung als einen Pol des bipolaren Selbst – den des Größen-Selbst –, während die idealisierende Übertragung am anderen Pol – dem der idealisierten Eltern-Imago – angesiedelt ist. Im Rahmen der Spiegelübertragung soll der Analytiker die Grandiosität des Patienten bestätigen und so dessen Bedürfnis nach Selbstkohäsion erfüllen. Die idealisierende Übertragung wiederum dient dem Patienten dazu, sich im Ruhm des Analytikers zu sonnen und dadurch seine Selbstkohäsion zu bewahren.

Diesen beiden Übertragungsfigurationen stellt Kohut schließlich eine dritte, gleichermaßen bedeutsame Formation an die Seite, die der **Zwillingsübertragung** (1984), derzufolge narzisstische Patienten nicht selten das Bedürfnis entwickeln, ihren Analytiker als Zwilling wahrzunehmen.

Alle drei Übertragungsformationen wurden schließlich als so genannte **Selbstobjektübertragungen** zusammengefasst, in denen sich laut Kohut fehlende Funktionen des defizitären Selbst des Patienten widerspiegeln.

Nach Kohuts Tod im Jahr 1981 konzeptualisierte sein Mitarbeiter Ernest Wolf (1988) zwei weitere Selbstobjektübertragungen: Im Rahmen der **Wirkmächtigkeit als Selbstobjektübertragung** (efficacy selfobject transference) erlebt der Patient den Analytiker als jemanden, der es ihm gestattet, das notwendige Selbstobjektverhalten im Analytiker zu induzieren. Obwohl der Spiegelübertragung nicht unähnlich, hielt Wolf doch ein gesondertes Konzept für gerechtfertigt, mit dem er dem intrinsisch motivierten Bedürfnis nach Wirkmächtigkeit Rechnung tragen wollte. Patienten, die das Gefühl haben, bei ihren Eltern nichts bewirken zu können, können durch die Erfüllung dieser Phantasie im analytischen Setting eine Stärkung ihres Selbstwertgefühls und ihrer Selbstkohäsion erfahren.

Die zweite Konfiguration einer Selbstobjektübertragung ist die der **Gegensätzlichkeit als Selbstobjektübertragung** (adversarial selfobject transference). Der Patient erlebt den Analytiker als ein sich wohlwollend widersetzendes Individuum, das nichtsdestotrotz den Anstrengungen des Patienten bis zu einem gewissen Grad unterstützend zur Seite steht. Er akzeptiert das Bedürfnis des Patienten nach Gegensätzlichkeit und ermutigt so dessen Autonomiebestreben.

Otto Kernbergs Theorie der narzisstischen Übertragung

Kernbergs (1970; 1974) Verständnis der narzisstischen Übertragung gründet auf einem anderen theoretischen Modell, das sich aus Ich-psychologischen und objektbeziehungstheoretischen Ansätzen zusammensetzt. Er erkennt Kohuts Beobachtung spiegelnder und idealisierender Phänomene im analytischen Setting durchaus an, interpretiert diese Entwicklungen jedoch in einer anderen Richtung. Während Kohut Spiegelung und Idealisierung als Erfüllung normaler Entwicklungsbedürfnisse im Rahmen eines defizitären Entwicklungsstillstandes versteht, betrachtet Kernberg diese Übertragungskonfigurationen als Abwehrstrukturen, hinter denen sich Wut, Neid und Verachtung verbergen. Das Selbst des Patienten ist bei Kernberg keine defizitäre Struktur, die der Selbstobjektfunktionen des Analytikers bedarf, um seine Kohäsion nicht zu gefährden. Vielmehr weisen Patienten mit einer Narzisstischen Persönlichkeitsstörung laut Kernberg ein hochpathologisches Größen-Selbst auf, das auf den Analytiker projiziert wird, um ihn anschließend idealisieren zu können. Wird dieses Größen-Selbst reintrojiziert und zum festen Bestandteil der inneren Welt des Patienten, dann, so Kernberg, ähnele es der Spiegelübertragung, wie sie von Kohut beschrieben wurde.

Kernberg zeigte sich beeindruckt von der Distanziertheit vieler narzisstischer Patienten, die er auf ein zugrunde liegendes Gefühl der Verachtung seitens des Patienten für den Analytiker zurückführte. Kernbergs Verständnis des pathologischen Narzissmus schließt auch die Annahme mit ein, dass intensiver unbewusster Neid auf die Fähigkeit des Analytikers, hilfreich zu sein und Einsichten anzubieten, den Kern der narzisstischen Übertragung ausmache. Um diesen Neid abzuwehren, entwerte und zerstöre der Patient die Arbeit des Analytikers und weigere sich, von ihm in irgendeiner Form abhängig zu werden.

Variationen der Narzisstischen Persönlichkeitsstörung

Die Gruppe der Patienten mit einer Narzisstischen Persönlichkeitsstörung ist sehr heterogen und umfasst Individuen mit den unterschiedlichsten interpersonellen Merkmalen. Am einen Ende des Kontinuums finden wir die völlig selbstbezogenen Menschen, die nichts um sich herum wahrnehmen und in scheinbarer narzisstischer Unverwundbarkeit jegliche Reaktion von anderen ausblenden (Gabbard 2005). Arrogant, großspurig und mit sich selbst beschäftigt, benutzen sie andere als Resonanzboden. Ein undurchdringlicher Charakterpanzer schützt

sie vor negativen Reaktionen, und sie ähneln jenen Menschen, die Rosenfeld (1987) als »dickfellige« Narzissten beschrieben hat. Sie sprechen in der Regel viel, können jedoch nur sehr schwer zuhören. In der Übertragung wird der Analytiker nicht selten zum bloßen Zuschauer degradiert, was die zugrunde liegende Verachtung und Entwertung seitens des Patienten deutlich macht. Der Therapeut wird nicht als hilfreich wahrgenommen, sondern seine Nützlichkeit beschränkt sich darauf, dem Patienten zuzuhören, ohne ihn in seiner anmaßenden Selbstbezogenheit zu stören.

Patienten mit einer eher **hypervigilanten narzisstischen Persönlichkeit** bieten ein ganz anderes Übertragungsmuster (Gabbard 2005). Sie reagieren ausgesprochen empfindlich auf die Reaktionen des Analytikers, bis dahin, dass sie sich auf der Couch umdrehen, um sich seiner Aufmerksamkeit zu versichern. Sie wittern hinter jeder Äußerung eine narzisstische Kränkung, Demütigung oder Zurückweisung. Obwohl sie nicht so ungeniert großspurig auftreten wie der selbstbezogene Typus, sind ihre Größenphantasien doch beträchtlich. Sie sind davon überzeugt, etwas Besonderes zu sein und demzufolge auch ein Recht auf eine besondere Behandlung zu haben. Ist der Analytiker nicht voll und ganz auf sie eingestimmt, fühlen sie sich gekränkt. Rosenfeld (1987) bezeichnete diese narzisstischen Persönlichkeiten als »dünnhäutig« – mit einer großen Neigung, sich vom Analytiker beschämt und gedemütigt zu fühlen.

Die Bindungstheorie stellt uns einen sehr nützlichen Bezugsrahmen zur Verfügung, um die Übertragung Narzisstischer Persönlichkeitsstörungen zu verstehen (Gabbard 2005). Die Fähigkeit zur Mentalisierung oder Bildung einer eigenen Theorie des Mentalen (theory of mind) entwickelt sich im Kontext einer sicheren Bindung zu einem Elternteil oder bestimmten Bezugsperson (Fonagy 2001). Mentalisierung impliziert die Fähigkeit, aus Mimik, Gestik, Stimme und anderen nonverbalen Mitteilungen Rückschlüsse darauf zu ziehen, was in jemandem vorgeht. Im Wesentlichen handelt es sich um die Fähigkeit, das eigene, aber auch das Verhalten anderer im Sinne mentaler Zustände – Gefühle, Überzeugungen und Motive – zu verstehen. Fehlt diese sichere Bindung, haben Kinder Schwierigkeiten, ihre eigenen mentalen Zustände und die anderer Menschen zu erkennen. Narzisstische Persönlichkeiten vom selbstbezogenen Typus können nicht mentalisieren, weil sie unfähig sind, sich in einen anderen Menschen hineinzuversetzen und sich vorzustellen, wie sie auf diese Person wirken. Nicht selten entfremden sie sich durch ihr Verhalten von ihrer Umgebung, ohne sich dessen bewusst zu sein.

Auch narzisstische Persönlichkeiten vom hypervigilanten Typus haben Mentalisierungsschwierigkeiten, wenngleich in anderer Form. Sie neigen zu **Fehlinterpretationen** dessen, wie sie andere erleben und wahrnehmen. In der Annahme, die anderen seien nur darauf aus, sie zu kränken, spiegelt sich das Unvermögen wider, zu erkennen, dass es sich beim anderen um ein eigenständiges, autonomes Subjekt mit eigenen Überzeugungen, Gefühlen und Beweggründen handelt. Hypervigilante narzisstische Persönlichkeiten gestatten es dem

Analytiker nicht, der zu sein, der er ist, sondern bestehen darauf, aus seinem Verhalten eine narzisstische Kränkung herausgehört zu haben. Sowohl die selbstbezogenen als auch die hypervigilanten narzisstischen Persönlichkeiten haben in ihrer Kindheit häufig die Erfahrung traumatischer Beschämung und Demütigung machen müssen. Um einer gefürchteten Wiederholung aus dem Weg zu gehen, verschließt sich der selbstbezogene Narzisst jeglicher Neugier gegenüber den inneren Beweggründen eines anderen Menschen (Gabbard 2005), während der hypervigilante Typus über weite Strecken die Illusion aufrechterhält, derartige Erfahrungen kontrollieren zu können, indem er sie antizipiert – was ihm das Gefühl verleiht, ein passiv erlittenes Trauma aktiv zu bewältigen. Durch ihre heroischen Anstrengungen, die Zurückweisung des Analytikers zu antizipieren, rufen diese narzisstischen Persönlichkeiten paradoxerweise gerade das hervor, was sie fürchten, nämlich Beschämung und Demütigung, denn schließlich wird sich auch der Analytiker, wie andere Menschen auch, permanent angegriffen und falsch verstanden fühlen.

Gegenübertragung

In der Arbeit mit Narzisstischen Persönlichkeitsstörungen haben wir es mit einer ganzen Reihe von Gegenübertragungsmanifestationen zu tun, die nicht selten direkt jenen Übertragungsmustern entspringen, wie ich sie oben beschrieben habe. Zuweilen löst ein Patient mit seiner spezifischen Art und Weise, wie er den Analytiker wahrnimmt, bestimmte Reaktionen in diesem aus, die sich dann auf bereits existierende Konflikte, Wünsche, Phantasien und innere Objektbeziehungen des Analytikers aufpfropfen.

Kollusion mit Idealisierung

Einem Beruf nachzugehen, in dem man seine Zeit damit verbringt, den Problemen anderer zuzuhören, entspringt bei vielen Analytikern dem Wunsch, geliebt, idealisiert und gebraucht zu werden (Finnell 1985; Gabbard 1995b). Eine idealisierende Übertragung seitens eines narzisstischen Patienten kann den Analytiker dazu verführen, sich in ihr zu sonnen, anstatt sie als Teil einer Übertragungs-Gegenübertragungs-Inszenierung zu erkennen. Folgende Vignette soll dieses Muster verdeutlichen:

> Nach zwei, nie länger als sechs Monate dauernden Therapieanläufen bei zwei verschiedenen Analytikern kam Herr A. in Analyse zu Dr. B. Ungefähr zwei Monate nach Behandlungsbeginn eröffnet er seinem neuen Analytiker: »Ich kann kaum glauben, wie anders es mit Ihnen ist. Ich hatte immer das Gefühl, dass die anderen Analytiker eher daran interessiert waren zu reden, anstatt zuzuhören. Ihnen aber scheint tatsächlich daran gelegen, etwas über mich zu erfahren und zu verstehen, wo ich herkomme.« Dr. B. konnte die Bemerkung seines Patienten durchaus nachvollziehen. Er gehörte einer kleinen analytischen Gemeinschaft an und kannte die beiden Kollegen, bei denen Herr A. gewesen war. Er bezweifelte, dass sie über ausreichend Geduld verfügten, zuzuhören und sich die Dinge entwickeln zu lassen. Herr A. weiter: »Ich habe das Gefühl, dass Sie wissen, was es bedeutet zu leiden und dass Sie sich deshalb besonders gut in andere einfühlen können, die auch Leid in ihrem Leben erfahren haben.« Auch in dieser Charakterisierung fand sich Dr. B. wieder. Herr A.: »Ich glaube, dass das zwischen uns gut passt. Sie schaffen eine Atmosphäre, in der ich alles sagen kann, ohne dass ich mir Sorgen machen muss, wie Sie wohl reagieren werden.« Offensichtlich, so dachte Dr. B. bei sich, ist es mir gelungen, genau die haltende Umgebung zu schaffen, die ich für alle meine Patienten bemüht bin herzustellen.

An dieser kurzen Vignette lässt sich gut ablesen, wie der Analytiker die idealisierende Übertragung seines Patienten als genaue Wahrnehmung seiner therapeutischen Fähigkeiten zu akzeptieren beginnt, anstatt sie als gewöhnliche Übertragung zu erkennen. Entsprechend kann seine Gegenübertragung nicht als Reaktion auf die idealisierende Übertragung des Patienten erkannt und verstanden werden. Vielmehr nimmt der Analytiker gar nicht wahr, dass es sich um eine Gegenübertragungsreaktion handelt. Andererseits kann es manchmal vonnöten sein, die eigene Gegenübertragung umfassend zu reinszenieren, um sich ihrer voll und ganz bewusst zu werden, sodass wir uns diesbezüglich mit Kritik zurückhalten und diese Entwicklung stattdessen als normale Phase in der Behandlung idealisierender narzisstischer Persönlichkeiten sehen sollten.

Manche Analytiker fühlen sich beschämt und schuldig, wenn sie plötzlich erkennen, wie sehr sie die Idealisierung des Patienten genossen und sich in ihr gesonnt haben. Andere wiederum fühlen sich äußerst unangenehm berührt, über einen längeren Zeitraum idealisiert zu werden, und laufen Gefahr, dies zu früh zu deuten, um ihre eigenen negativen Gefühle, wie etwa Angst oder Scham, zu umgehen (Kohut 1984). Wieder andere haben ein großes Bedürfnis, sich selbst mithilfe ihrer Patienten aufzuwerten, und fördern aus diesem Grund die Idealisierungstendenzen ihrer Patienten, indem sie jedes Anzeichen von Feindseligkeit in der Übertragung ersticken. Nicht selten kommt es zu einer Kollusion mit dem Patienten, in der aggressive Empfindungen auf Figuren außerhalb gerichtet wer

den, während der Analytiker selbst im Lichte beispielloser Vollkommenheit und Liebe bestehen bleibt. (In solchen Fällen kann es dann durchaus zu Kommentaren kommen wie: »Ich bin wahrscheinlich der Einzige, der Sie voll und ganz versteht«, ein Kommentar, dem der Patient dann pflichtbewusst zustimmt und der die Idealisierungsneigung noch verstärkt.)

Langeweile und Verachtung

Eine Folge der beeinträchtigten Mentalisierungsfähigkeit narzisstischer Patienten lässt im Analytiker nicht selten das Gefühl entstehen, vom Patienten entpersonifiziert zu werden. Selbstbezogene Narzissten und eine Subgruppe jener Patienten, die Spiegelübertragungen entwickeln, können den Eindruck vermitteln, als existiere man als Therapeut nur, um die Bedürfnisse des Patienten zu erfüllen. Langeweile und Verachtung können sich breit machen, wenn der Analytiker mit dem kämpft, was Kernberg (1970) als »Satelliten-Existenz« beschrieben hat. Die meisten Analytiker haben das Bedürfnis, gebraucht zu werden (Gabbard 1995b), doch Patienten mit einer Narzisstischen Persönlichkeitsstörung bringen den Analytiker häufig um die Erfüllung genau dieses Bedürfnisses. Es ist, als werde »zu«, aber nicht »mit« einem gesprochen. Die Schwierigkeit des Patienten, aufgrund seiner mangelhaft ausgebildeten Mentalisierungsfähigkeit den Analytiker als getrennt von sich selbst wahrzunehmen, beeinträchtigt wiederum dessen Selbstempfinden als getrennt und autonom funktionierendes Subjekt mit einer eigenen Existenz. Groopman und Cooper (2001) weisen darauf hin, dass narzisstische Patienten den Analytiker als Erweiterung ihres Selbst behandeln, was unweigerlich zur Folge hat, dass dieser wie sein Patient zu fühlen beginnt. Langweile und Verachtung können somit als emotionale Zustände im Patienten verstanden werden, die über projektive Identifizierung »ausgelagert« und im Analytiker gehalten (contained) werden.

Die Erfahrung, benutzt oder zum bloßen Zuhörer degradiert zu werden, ist für die meisten Analytiker schwer auszuhalten. Nicht wenige werden in ihrer Gegenübertragung den Wunsch verspüren, sich präsent zu machen, mehr zu reden, deutlichere Reaktionen zu zeigen und zu versuchen, mehr bei ihrem Patienten zu bewirken. Allerdings kann der Schuss nach hinten losgehen, denn der Patient wird das Gefühl haben, dass die Subjektivität des Analytikers nun im Zentrum steht und dieser nicht bereit ist, zuzuhören und zu verstehen, was der Patient aushalten muss. Sinnvoller wäre es anzuerkennen, dass das Verhalten des Analytikers dem entspricht, wie auch andere auf den Patienten reagieren könnten. Es geht um die Re-Inszenierung einer inneren Objektbeziehung, die gemeinsam mit dem Patienten betrachtet werden kann. Auf diese Weise versucht der Analytiker, einen Zustand der Langeweile in ein interessantes klinisches Problem zu

transformieren. Schleicht sich Verachtung ein, so müssen wir uns als Analytiker daran erinnern, dass Patienten nicht dazu da sind, uns zu unterhalten.

Das Gefühl, omnipotenter Kontrolle zu unterliegen

Viele narzisstische Patienten versuchen verzweifelt, den Analytiker zu kontrollieren. Die hypervigilante narzisstische Persönlichkeit ist besonders darauf bedacht, auf eine Art und Weise behandelt zu werden, die ihr ihrer Meinung nach zusteht. Jedes Räuspern, jede Änderung der Körperhaltung oder des Atems wird so zur narzisstischen Kränkung. Diese hohe Kränkungsneigung kann einschüchternd wirken und im Analytiker das Gefühl auslösen, der omnipotenten Kontrolle des Patienten zu unterliegen. Das kann so weit gehen, dass Analytiker zögern, ihre Beine übereinander zu schlagen oder sich zu räuspern – aus Sorge, vom Patienten fehlinterpretiert zu werden. Ein Gefühl subtilen Zwangs stört die Fähigkeit zur gleichschwebenden Aufmerksamkeit und optimalen Responsivität. Als Erweiterung des Selbst des Patienten erfüllt der Analytiker die Erwartungen des Patienten, riskiert dabei jedoch Missbilligung und Tadel für jede nicht perfekte Antwort.

Das Auftauchen verleugneter Motive und Konflikte

Narzisstische Übertragungen können dergestalt für das Aufbrechen latenter Konflikte im Analytiker sorgen, dass dieser selbst überrascht ist (Gabbard 2005). So beschreibt Cohen (2002), wie er in einer Behandlung das Gefühl entwickelte, die Ablehnung seines Patienten sei gerechtfertigt. Gefühle der Unsicherheit und des Nicht-Genügens, die schon lange in ihm schlummerten, wurden von einer pseudo-selbstgenügsamen Haltung des Patienten ausgelöst. Narzisstische Patienten führen uns vor Augen, wie unsere eigenen Wunschvorstellungen eines bestimmten Verhaltens unserer Patienten deren narzisstische Widerstände verstärken (Gabbard 2000; Wilson 2003). Während wir von uns selbst gerne das Bild altruistischer Helfer zeichnen, müssen wir uns auch unsere weniger altruistischen Motive eingestehen, die von narzisstischen Patienten an die Oberfläche geholt werden. Die meisten Analytiker hoffen insgeheim auf die Herstellung einer bestimmten Objektbeziehung zwischen einem selbstlosen und engagierten Helfer einerseits und einem dankbaren Patienten andererseits (Gabbard 2000). Ein nar-

zisstischer Patient, der selbstgenügsam und undankbar erscheint, kann die Entwicklung dieser Wunschbeziehung vereiteln. Viele Analytiker reagieren auf das Gefühl mangelnder Wertschätzung mit der Botschaft, der Patient solle anders sein in seiner Art, sich auf den Analytiker zu beziehen. Dies wiederum kann den Patienten dazu veranlassen, dem unbewussten oder vorbewussten Wunsch des Analytikers nach einem »guten« Patienten und einem »guten« analytischen Prozess entgegenzuwirken. Dieser Druck seitens des Analytikers kann wiederum die narzisstische Widerstände verstärken (Wilson 2003).

Weigert sich der Patient, sich den Vorstellungen seines Analytikers entsprechend zu verändern, kann es zu verschiedensten problematischen Gegenübertragungsreaktionen kommen: Ignorieren des Patienten, oberflächliche Deutungsangebote, um den Patienten dazu zu bewegen, das Thema zu wechseln, bis hin zu einem Gefühl völliger Erschöpfung, die jegliche analytische Potenz zum Verschwinden bringt. Im Fall jener narzisstischen Patienten, die durch ihren Charme und Witz bestechen, kann es zu Kollusionen kommen, indem der Analytiker auf die Klugheit und den Esprit des Patienten mit Bewunderung reagiert, sich von ihm »einwickeln« und verführen lässt, die Zuschauerrolle zu übernehmen und dadurch seine Verantwortung abzugeben, dem Patienten zu helfen, sich besser zu verstehen.

Behandlungstechnische Überlegungen

Um mit den beschriebenen Übertragungs- und Gegenübertragungs-Mustern umzugehen, bedienen wir uns verschiedenster Strategien, die je nach theoretischen und behandlungstechnischen Überzeugungen und Präferenzen des Analytikers variieren. Während Kohut dafür plädieren würde, die Idealisierung eines Patienten erst einmal anzunehmen und nicht zu deuten, betont Kernberg, wie wichtig es ist, dem Patienten den sich dahinter verbergenden Neid bzw. die dahinter liegende Verachtung aufzuzeigen. Kohut würde das Bedürfnis nach Idealisierung als Entwicklungsschritt auffassen, der dem Patienten als Kind verschlossen war, ihm nunmehr aber als Erwachsener offen steht. Für Kernberg hingegen käme das Annehmen der idealisierenden Übertragung der Vermeidung negativer Affekte gleich, die dadurch abgewehrt werden sollen.

Kohut plädierte dafür, sich empathisch auf das Erleben des Patienten einzulassen, um seine Selbstobjektübertragungen nicht abzuwürgen. Nicht selten, so seine Erfahrung, ebnen diese den Weg für eher klassische Übertragungsthemen, die um Rivalität, Konkurrenz und Vergeltung kreisen, vorausgesetzt, man erlaubt ihnen, sich zu entwickeln. Für Kernberg wiederum steht die systematische Deutung der pathologischen narzisstischen Abwehr an erster Stelle, die in eine paranoide Übertragung, aber auch in Schuldgefühle und eine schwere Depression münden kann. Wenn narzisstische Patienten ihre zerstörerischen Auswirkungen auf andere zu erkennen beginnen, kann es passieren, dass sie ihren Sadismus auf den Analytiker projizieren und paranoid werden. Oder aber sie verfallen in Depression, wenn sie sich ihres Sadismus und des Ausmaßes ihrer Destruktivität bewusst werden. Sowohl Kernberg als auch Kohut vertreten die Auffassung, dass das Durcharbeiten der narzisstischen Übertragung in die Entwicklung einer klassischen Übertragungsneurose münden kann.

Setzt man die narzisstische Übertragung in Bezug zur Mentalisierungsfähigkeit, so wird man als Analytiker womöglich andere Behandlungsstrategien einschlagen und das Augenmerk zunächst darauf richten, dem Patienten beim Aufbau einer sicheren Bindung zu helfen, um etwa ein erhöhtes Erregungsniveau (z. B. beim hypervigilanten Patienten) zu senken (Allen 2003). Oder aber man ermutigt den Patienten aktiv, über die innere Welt des Analytikers zu phantasieren, um dadurch dessen Fähigkeit zur Mentalisierung zu fördern. Dazu würde auch gehören, dem Patienten bei der Identifizierung und Benennung seiner Gefühle zu helfen und ihm aufzuzeigen, wie Gefühle und Überzeugungen bestimmte Verhaltensweisen erzeugen. Der Mentalisierungsansatz würde außerdem das Bewusstsein des Patienten dafür schärfen, wie seine Kommentare und Verhaltensweisen auf andere Menschen wirken (Fonagy 2001).

Unabhängig von der jeweiligen theoretischen Position liegt sehr viel Weisheit darin, sich in die innere Welt des Patienten zu begeben, indem man sich in den Mahlstrom des Übertragungs-Gegenübertragungs-Geschehens hineinziehen lässt. Ein gewisses Maß an Mitagieren der vom Patienten induzierten Gegenübertragung versetzt den Analytiker in die Lage, die charakteristischen Objektbeziehungsmodi und Beziehungskämpfe des Patienten nachzuvollziehen, die ihn in Behandlung geführt haben. Der Begriff »Narzisstische Persönlichkeitsstörung« wird in unserem Bereich allzu häufig abwertend gebraucht, während wir als Analytiker doch die Aufgabe haben, zu erkennen, dass narzisstische Patienten sich auf eine Art und Weise verhalten müssen, die anstrengend und schwierig ist, weil sie so sind, wie sie sind. Jeder Patient muss seine Analyse auf seine ganz spezifische Art und Weise machen, unabhängig davon, wie unsere Präferenzen liegen (Gabbard 2000).

Literatur

Allen JG (2003). Mentalizing. Bull Menninger Clin; 67: 91–112.

Bion WR (1984). Second Thoughts. Selected Papers on Psychoanalysis. New York: Jason Aronson.

Brenner C (1982). The Mind in Conflict. New York: International Press 1982 (dt.: Elemente des seelischen Konflikts. Theorie und Praxis der modernen Psychoanalyse. Frankfurt/M.: Fischer 1986).

Cohen DW (2002). Transference and countertransference states in the analysis of pathological narcissism. Psychoanal Rev; 89: 631–51.

Finnell JS (1985). Narcissistic problems in analysis. Int J Psychoanal; 66: 433–45.

›nagy P (2001). Attachment Theory and Psychoanalysis. New York: Other Press (dt.: Bindungstheorie und Psychoanalyse. Stuttgart: Klett-Cotta 2003).
eud S (1910). Die zukünftigen Chancen der psychoanalytischen Therapie. GW VIII. London: Imago; 103–15.
eud S (1914). Zur Einführung des Narzißmus. GW X. London: Imago; 137–70.
ıbbard GO (1995a). Countertransference. The emerging common ground. Int J Psychoanal; 76: 475–85.
ıbbard GO (1995b). When the patient is a therapist. Special challenges in the psychoanalysis of mental health professionals. Psychoanal Rev; 82: 709–25.
ıbbard GO (2000). On gratitude and gratification. J Am Psychoanal Assoc; 48: 697–716.
ıbbard GO (2005). Psychodynamic Psychiatry in Clinical Practice. 4th ed. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
·oopman LC, Cooper A (2001). Narcissistic personality disorder. In: Gabbard GO (ed). Treatment of Psychiatric Disorders. 3rd ed. Vol. 2. Washington, DC: American Psychiatric Press; 2309–26.
ɛimann P (1950). On countertransference. Int J Psychoanal; 31: 81–4.
ein M (1946). Notes on some schizoid mechanisms. In: Envy and Gratitude and Other Works, 1946–1963. New York: Delacorte 1975 (dt.: Bemerkungen über einige schizoide Mechanismen. In: Das Seelenleben des Kleinkindes. Stuttgart: Klett-Cotta 1962).
ɛrnberg OF (1970). Factors in the psychoanalytic treatment of narcissistic personalities. J Am Psychoanal Assoc; 18: 51–85.
ɛrnberg OF (1974). Further contributions to the treatment of narcissistic personalities. Int J Psychoanal; 55: 215–40.
›hut H (1971). The Analysis of the Self. New York: International Universities Press (dt.: Narzißmus. Eine Theorie der psychoanalytischen Behandlung narzißtischer Persönlichkeitsstörungen. Frankfurt/M.: Suhrkamp 1973).
›hut H (1977). The Restoration of the Self. New York: International Universities Press (dt.: Die Heilung des Selbst. Frankfurt/M.: Suhrkamp 1979).
›hut H (1984). How Does Analysis Cure? Chicago: University of Chicago Press (dt.: Wie heilt die Psychoanalyse? Frankfurt/M.: Suhrkamp 1987).
;den TH (1979). On projective identification. Int J Psychoanal; 60: 357–73 (dt.: Die projektive Identifizierung. Forum Psychoanal 1988; 4: 1–21).
;den TH (1982). Projective Identification and Psychotherapeutic Technique. New York: Jason Aronson.
.cker H (1968). Transference and Countertransference. New York: International Universities Press.
ısenfeld H (1987). Impasse and Interpretation. Therapeutic and anti-therapeutic factors in psychoanalytic treatment of psychotic, borderline and neurotic patients. London: Tavistock (dt.: Sackgassen und Deutungen. Therapeutische und antitherapeutische Faktoren bei der psychoanalytischen Behandlung von psychotischen, Borderline- und neurotischen Patienten. Stuttgart: Verlag Internationale Psychoanalyse 1997).
ilson M (2003). The analyst's desire and the problem of narcissistic resistances. J Am Psychoanal Assoc; 51: 71–99.
innicott DW (1949). Hate in the countertransference. Int J Psychoanal; 30: 69–74 (dt.: Haß in der Gegenübertragung. In: Von der Kinderheilkunde zur Psychoanalyse. München: Kindler 1974).
olf E (1988). Treating the Self. Elements of clinical self psychology. New York: Guilford.

5.3 Der nahezu unbehandelbare narzisstische Patient[1]

Otto F. Kernberg

Unsere Erfahrungen am Personality Disorders Institute des Weill Cornell Medical College in der Behandlung von Patienten mit einer Borderline-Persönlichkeitsorganisation – also das gesamte Spektrum schwerer Persönlichkeitsstörungen – haben gezeigt, dass Patienten mit einer Narzisstischen Persönlichkeitsstörung auf dem Niveau einer Borderline-Persönlichkeitsorganisation eine schlechtere Prognose aufweisen als alle anderen Persönlichkeitsstörungen, die auf diesem Strukturniveau funktionieren. Liegen zudem eindeutige antisoziale Züge vor, so ist die prognostische Einschätzung noch ungünstiger zu beurteilen. Diese Negativtendenz kulminiert in den praktisch unbehandelbaren Patienten mit Antisozialer Persönlichkeitsstörung, die nach unserem Dafürhalten die schwersten Fälle von pathologischem Narzissmus darstellen. Unsere klinische Erfahrung mit diesen prognostisch ungünstigen Fällen zeigt, dass es schwere Persönlichkeitsstörungen gibt, die auf einem offenen Borderline-Niveau funktionieren und bedeutsame antisoziale Züge an den Tag legen, aber keine Antisoziale Persönlichkeitsstörung im eigentlichen Sinne darstellen, wobei manche dieser Patienten durchaus auf Behandlung ansprechen, während dies bei anderen aus der gleichen Gruppe nicht der Fall ist. Auf eben jene Patienten möchte ich im Folgenden näher eingehen und mein Augenmerk dabei auf den Nutzen, aber auch die Grenzen bestimmter therapeutischer Techniken legen.

1 Die vorliegende Arbeit wurde unterstützt von der Borderline Personality Disorders Research Foundation und ihrem Gründer, Dr. Marco Stoffel, dem der Autor an dieser Stelle seinen tiefen Dank aussprechen möchte.

S.705

Kurzer Überblick über die Pathologie der Narzisstischen Persönlichkeitsstörung (NPS)

Die NPS präsentiert sich klinisch gesehen auf drei unterschiedlichen Schweregraden. Die mildesten, »neurotisch« anmutenden Fälle lassen normalerweise eine Psychoanalyse als indiziert erscheinen. Die Betroffenen ersuchen um Behandlung aufgrund eines schwerwiegenden Symptoms, das so eng an ihre Charakterpathologie geknüpft ist, dass eine Psychoanalyse als die einzig angemessene Behandlungsmethode erscheint. Im Gegensatz dazu leiden andere narzisstische Patienten auf diesem Organisationsniveau an Symptomen, die behandelt werden können, ohne die jeweilige narzisstische Persönlichkeitsstruktur zu modifizieren oder aufzulösen. Diese Patientengruppe scheint im Allgemeinen sehr gut zu funktionieren, ausgenommen in langfristigen beruflichen oder intimen Beziehungen, in denen es zu ernsthaften Symptombildungen kommt.

Der zweite Schweregrad narzisstischer Pathologie umfasst das typische narzisstische Syndrom mit all seinen unterschiedlichen klinischen Erscheinungsbildern, die im Folgenden noch dargestellt werden. Hier muss definitiv die Persönlichkeitsstörung behandelt werden, wobei die Entscheidung zwischen analytischem Standardverfahren und psychoanalytischer Psychotherapie auf der Basis einer von Fall zu Fall zu überprüfenden Indikation bzw. Kontraindikation getroffen wird.

Die dritte Kategorie Narzisstischer Persönlichkeitsstörungen bewegt sich auf offenem Borderline-Niveau: Neben den typischen Manifestationen einer NPS legen die Patienten hier einen allgemeinen Mangel an Angsttoleranz und Impulskontrolle sowie eine schwere Beeinträchtigung ihrer sublimatorischen Funktionen an den Tag (d. h. der Fähigkeit zu Produktivität und Kreativität, die über die Gratifikation von lebenswichtigen Bedürfnissen hinausgeht). Chronisches Scheitern in Arbeit und Beruf sowie in der Entwicklung und Aufrechterhaltung intimer Liebesbeziehungen sind an der Tagesordnung. In einer anderen Patientengruppe, die diesem Schweregrad entspricht, jedoch keine offenen Borderline-Züge zeigt, kann es zu schwerwiegendem antisozialen Verhalten kommen, das sie prognostisch gesehen in der gleichen Kategorie ansiedelt wie jene Patienten, die auf einem offenen Borderline-Niveau funktionieren.

All diese Patienten bedürfen einer psychoanalytischen Übertragungsfokussierten Psychotherapie (vgl. Clarkin et al. 2001) – außer es sprechen bestimmte individuelle Gründe gegen diesen Ansatz, sodass supportive oder kognitiv-verhaltenstherapeutische Verfahren die Behandlungsmethode der Wahl scheinen. Patienten, deren antisoziales Verhalten vorwiegend passiver und parasitärer Natur ist, stellen für sich oder den Therapeuten weniger eine Bedrohung dar als jene, die schweres suizidales oder parasuizidales Verhalten an den Tag legen bzw.

andere durch ihre Gewalttätigkeit bedrohen. Aggression gegen andere oder sich selbst ist typisch für antisoziales Verhalten vom aggressiven Typus, insbesondere wenn diese Patienten die Kriterien des malignen Narzissmus erfüllen. Das Syndrom des malignen Narzissmus umfasst neben der Narzisstischen Persönlichkeitsstörung schwere antisoziale Verhaltensweisen, ernsthafte paranoide Tendenzen sowie eine Ich-syntone, gegen das eigene Selbst oder andere gerichtete Aggression.

Im Folgenden möchte ich kurz die wichtigsten Merkmale der Narzisstischen Persönlichkeitsstörung zusammenfassen, wie sie typischerweise auf dem zweiten bzw. mittleren Schweregrad anzutreffen sind (Kernberg 1997).

- **Pathologie des Selbst:** Diese Patienten sind überaus selbstzentriert und abhängig von der Bewunderung durch andere. Es herrschen Phantasien von Erfolg und Grandiosität vor, während Realitäten, die das aufgeblähte Selbstbild infrage stellen, vermieden werden. Schließlich können wahre Anfälle von Unsicherheit das Gefühl der Grandiosität oder Besonderheit erschüttern.
- **Pathologie der zwischenmenschlichen Beziehungen:** Die Patienten leiden bewusst und unbewusst unter außergewöhnlich starkem Neid. Ihr Verhalten ist von großer Gier und ausbeuterischen Tendenzen geprägt, sie sind maßlos, begegnen anderen Menschen mit Missachtung und Entwertung, zeigen sich aber unfähig, tatsächlich von ihnen abhängig zu sein (während ihr Bedürfnis, Bewunderung von ihnen zu erlangen, jedoch unvermindert stark ist). Ihr Einfühlungsvermögen ist erstaunlich begrenzt und ihr emotionales Leben schal. Sie sind unfähig, sich auf Beziehungen, Ziele oder gemeinsame Vorhaben mit anderen einzulassen.
- **Pathologie des Über-Ichs** (bewusste und unbewusste internalisierte Wertsysteme): Auf einem höher strukturierten Niveau ist die Fähigkeit zur Trauer eingeschränkt. Das Selbstwertsystem wird von schweren Stimmungsschwankungen reguliert, weniger von fokussiert-begrenzter Selbstkritik. Die Patienten scheinen eher durch eine »Schamkultur« als durch eine »Schuldkultur« bestimmt, und ihre Werte muten kindlich an. Im Falle schwerer Über-Ich-Pathologie kommt es zudem zu chronisch antisozialem Verhalten. Mangelndes Verantwortungsbewusstsein in all ihren Beziehungen und fehlende Rücksichtnahme auf andere sind Indikatoren für das Unvermögen, Schuld oder Gewissensbisse angesichts ihres entwertenden Verhaltens zu empfinden. Eine besondere Form schwerer Über-Ich-Pathologie, die sich aus Narzisstischer Persönlichkeitsstörung, antisozialem Verhalten, Ich-syntoner Aggression (gegen das eigene Selbst und gegen andere gerichtet) sowie deutlich paranoiden Tendenzen zusammensetzt, ist das Syndrom des malignen Narzissmus.
- Zum zentralen **Selbsterleben dieser Patienten** gehört ein chronisches Gefühl der Leere und Langeweile, das wiederum zu Reizhunger und dem Wunsch nach künstlich hervorgerufener affektiver Stimulierung in Form von Drogen

oder Alkohol führt und der Entwicklung von Substanzmissbrauch und Abhängigkeitserkrankungen Vorschub leistet.

Nicht selten kommt es im Rahmen einer Narzisstischen Persönlichkeitsstörung zu typischen Komplikationen des Störungsbildes in Form von sexueller Promiskuität, sexueller Hemmung, Alkoholismus und Drogenabhängigkeit, sozial-parasitärem Verhalten, schwerer (narzisstischer) Suizidalität und Parasuizidalität und – in Situationen, die von großem Stress und Regression geprägt sind – deutlich paranoiden Entwicklungen und kurzen psychotischen Episoden.

Allgemeine behandlungstechnische Fragen in der Behandlung von Narzisstischen Persönlichkeitsstörungen

Wie bereits erwähnt, variiert die Indikation für die einzelnen aus der Psychoanalyse abgeleiteten Behandlungsmethoden sowie anderer therapeutischer Ansätze je nach Schweregrad des jeweiligen Störungsbildes und der individuellen Kombination bestimmter Symptome und Charakterpathologie. Die allgemeinen Behandlungstechniken einer klassischen Psychoanalyse bzw. der psychoanalytischen Psychotherapie müssen modifiziert oder durch spezifische Therapieansätze ergänzt werden, um mit den besonderen narzisstischen Übertragungs-Gegenübertragungs-Konstellationen angemessen umgehen zu können. Ohne an dieser Stelle näher auf die allgemeinen Unterschiede zwischen diesen Behandlungsmodalitäten und ihren entsprechenden Indikationen eingehen zu wollen, möchte ich doch auf bestimmte Probleme hinweisen, die häufig in der Behandlung narzisstischer Patienten auftreten und im Falle »nahezu unbehandelbarer narzisstischer Patienten« vorherrschend sein können, was eine ganz bestimmte therapeutische Herangehensweise erforderlich macht, die sich ihrerseits aus dem gesamten Spektrum psychoanalytisch orientierter Behandlungsmethoden ableitet.

Ein zentrales Problem narzisstischer Patienten liegt in ihrer Unfähigkeit, vom Therapeuten abhängig zu sein, da sie dies als demütigend erleben. Im Bemühen, sich gegen diese Abhängigkeit zu schützen, reagieren sie mit dem Versuch omnipotenter Kontrolle der Behandlung (Kernberg 1984; Rosenfeld 1987). An die Stelle emotionaler Reflexion und möglicher Integration der Interventionen des Therapeuten tritt der Versuch der »Selbstanalyse« und der intellektuellen Aneignung der Deutungen. Der Therapeut wird als »Deutungsmaschine« behandelt, doch sind die Patienten chronisch enttäuscht, nicht genug oder nicht die richtigen Deutungen zu erhalten, während sie unbewusst all das, was sie vom Therapeuten lernen könnten, verwerfen. Die Behandlung behält so über weite Strecken nicht selten den Charakter einer »ersten Sitzung«. Narzisstische Patienten rivalisieren außerordentlich mit dem Therapeuten. Misstrauisch registrieren sie,

was sie als gleichgültiges oder missbräuchliches Verhalten ihnen gegenüber wahrzunehmen meinen, und sie vermögen den Therapeuten spontan nicht als jemanden zu erleben, der interessiert und ehrlich besorgt um sie ist, sondern müssen ihn aus genau diesem Grund entwerten und verachten.

Oft werden wir Zeuge einer abwehrbedingten Idealisierung des Therapeuten, der dann als »der Größte« erscheint. Doch diese Idealisierung ist brüchig und kann schnell in Entwertung und Verachtung umschlagen. Es kann durchaus Teil des omnipotenten Kontrollversuchs sein, den Therapeuten unbewusst dazu bringen zu wollen, immer überzeugend und brillant zu sein, ebenso großartig wie der Patient, ohne sich natürlich über ihn zu erheben, denn das würde Neid auslösen. Der Therapeut muss seine »Brillanz« beibehalten, um den Patienten gegen seine eigenen Entwertungstendenzen zu schützen und ihn nicht in das Gefühl völliger Verlassenheit abstürzen zu lassen.

Ein Hauptmerkmal all dieser Manifestationen sind der bewusste und unbewusste Neid auf den Therapeuten sowie das durchgängige Gefühl des Patienten, es gebe nur für eine großartige Person Platz, die ihrem Gegenüber natürlich mit Missachtung begegnen wird – eine Überzeugung, die den Patienten veranlassen wird, obenauf bleiben zu wollen, wenngleich dies mit dem Risiko tiefer Verlassenheit verbunden ist, weil er den entwerteten Therapeuten verliert. Der Neid ist zugleich eine nie versiegende Quelle an Groll darüber, was der Therapeut zu geben hat, und kann die vielfältigsten Formen annehmen. Bestimmend ist hierbei der Neid auf die Kreativität des Therapeuten, auf seine Fähigkeit, den Patienten kreativ zu verstehen und ihn nicht mit platten, klischeehaften Reaktionen abzuspeisen, die der Patient auswendig lernen kann. Auch die Beziehungsfähigkeit des Therapeuten – ein Mangel, der dem Patienten bewusst ist – wird beneidet. Die wichtigsten Ausläufer der Konflikte, die sich um Neid ranken, sind negative therapeutische Reaktionen: Typischerweise geht es dem Patienten schlechter, wenn er erkennen muss, dass ihm der Therapeut geholfen hat. Das Ausagieren neidischen Ressentiments auf den Therapeuten kann viele Formen annehmen: Ausspielen eines Therapeuten gegen einen anderen; aggressive Pseudo-Identifizierung mit der therapeutischen Rolle, die destruktiv gegenüber Dritten eingesetzt wird; schließlich, was sehr häufig der Fall ist, die Überzeugung des Patienten, ganz allein seinen Fortschritt bewirkt zu haben.

Die Analyse der für das Störungsbild typischen idealisierten Selbst- und Objektrepräsentanzen, die im pathologischen Größen-Selbst dieser Patienten zusammenfließen, hat ein allmähliches Nachlassen der Grandiosität in der Übertragung und in der Pseudo-Integration dieses pathologischen Größen-Selbst zur Folge und führt zur Manifestation primitiverer internalisierter Objektbeziehungen in der Übertragung sowie entsprechender primitiverer affektiver Besetzungen. Klinisch gesehen erkennen wir diese Entwicklung am Durchbruch aggressiver Reaktionen als Teil primitiver Objektbeziehungen, suizidales und parasuizidales Verhalten im Sinne unbewusster Identifizierungen mit mächtigen, aber feindlichen Objekten mit eingeschlossen: Der »Sieg« dieser primitiven

Objektbeziehungen über den Therapeuten kann durch die Zerstörung des Körpers des Patienten symbolisiert werden.

Chronisch suizidale Tendenzen narzisstischer Patienten haben eine wohlüberlegte, kalkulierte, kalt-sadistische Qualität, die sich von der impulsiven und »spontan entschiedenen« Suizidalität gewöhnlicher Borderline-Patienten unterscheidet (Kernberg 2001). Die Projektion verfolgender Objektrepräsentanzen auf den Therapeuten in Form schwerer paranoider Übertragungen kann, ebenso wie narzisstische Wut, die die Ansprüchlichkeit und das neidische Ressentiment des Patienten zum Ausdruck bringt, zum vorherrschenden Merkmal in der Übertragungsbeziehung werden. Manche Patienten lernen die Sprache des Therapeuten, um sie gegen andere, aber nicht für sich selbst einzusetzen; bei anderen wiederum nimmt dieses »Stehlen« die Form von Perversität an, indem das, was vom Therapeut als Ausdruck seiner Sorge und Anteilnahme empfangen wurde, aggressiv gegen Dritte benutzt wird – mit anderen Worten: Es geschieht eine maligne Transformation dessen, was der Patient vom Therapeuten bekommen hat. Die Korruption der Über-Ich-Werte kann als antisoziales Verhalten ausagiert werden, das der Patient unbewusst durch die Unverantwortlichkeit des Therapeuten, aber nicht seiner selbst verursacht sieht.

Narzisstische Ansprüchlichkeit und gierige Vereinnahmung dessen, von dem der Patient meint, es werde ihm verwehrt, kann die Form offenkundig erotischer Übertragungen und Liebesforderungen annehmen, ja sogar Versuche mit einschließen, den Therapeuten zu verführen, um seine Rolle zu zerstören. Hierbei handelt es sich um schwerwiegende Komplikationen, die sich deutlich von den erotischen Übertragungen neurotischer Patienten unterscheiden.

Verläuft die Behandlung positiv, so führt dies typischerweise zu einem Nachlassen des immensen Neides und macht der Fähigkeit Platz, Dankbarkeit sowohl in der Übertragung als auch in Außenübertragungsbeziehungen, insbesondere aber in der Beziehung zu Intimpartnern zu empfinden. Gerade im Neid auf das andere Geschlecht liegt ein zentraler unbewusster Konflikt narzisstischer Persönlichkeiten. Eine Minderung dieses Neides ermöglicht, dass auch die unbewusste Entwertung der Intimpartner des anderen Geschlechts allmählich zurückgehen und die Fähigkeit zu anhaltenden Liebesbeziehungen verbessern kann. Den eigenen Neidgefühlen und Entwertungstendenzen kann mit mehr Wohlwollen begegnet werden, ohne sie ausagieren zu müssen. Die Entwicklung reiferer Empfindungen von Schuld und Besorgnis angesichts aggressiver und ausbeuterischer Verhaltensweisen ist ein Hinweis für die Konsolidierung des Über-Ichs sowie einer Vertiefung der Objektbeziehungen. Zuweilen hat man es im Rahmen dieses Integrationsprozesses jedoch mit einer derart schweren Über-Ich-Pathologie im Sinne eines sadistischen Über-Ichs zu tun, dass dessen zunehmende Integration nicht nur mit einer Verbesserung der Charakterpathologie, sondern auch mit schweren depressiven Zuständen einhergehen kann.

Unter optimalen Bedingungen kommt es nunmehr zu einer Verlagerung des vorwiegend psychopathischen Übertragungsmodus (die Patienten sind von der

Unehrlichkeit des Therapeuten überzeugt oder aber legen selbst ein unehrliches und täuschendes Verhalten an den Tag) hin zu paranoiden Übertragungsmanifestationen, die bislang mithilfe des psychopathischen Modus abgewehrt werden mussten. Der paranoide Übertragungsmodus wiederum (der an die Projektion verfolgender Objektrepräsentanzen und Über-Ich-Vorläufer auf den Therapeuten geknüpft ist) kann in einen depressiven Übertragungsmodus münden, der mit der Fähigkeit einhergeht, ambivalente Gefühle auszuhalten und anzuerkennen, dass sowohl intensive positive als auch negative Empfindungen ein und demselben Objekt gegenüber erlebt werden können (Kernberg 1992).

Die wohl schwierigste Übertragungsentwicklung besteht in der Manifestation massiver Aggression, die sich in Form nahezu unkontrollierbaren suizidalen und parasuizidalen Verhaltens außerhalb der Sitzungen sowie chronisch sadomasochistischen Übertragungen innerhalb der therapeutischen Stunden äußert: Über einen längeren Zeitraum hinweg kommt es zu sadistischen Angriffen auf den Therapeuten, die diesen in seiner Gegenübertragung dazu provozieren sollen, ebenso »zurückzuschlagen«, um ihn anschließend aggressiven und destruktiven Verhaltens bezichtigen zu können – was dem Patienten die Möglichkeit gäbe, sich als das hilflose Opfer des Therapeuten zu erleben. Diese Entwicklung einer sekundär-masochistischen Beziehung zum Therapeut kann wiederum in eine gegen das eigene Selbst gerichtete Aggression münden, in der sich der Patient übertrieben seine eigene »Schlechtigkeit« vorhält, oder aber erneut in extrem sadistisches Verhalten gegenüber dem Therapeut umschlagen und so den Teufelskreis von neuem in Gang setzen. Behandlungstechnisch ist es hier wichtig, dem Patienten die Verknüpfung dieser drei Interaktionen zwischen Täter und Opfer in der Übertragung sowie den damit einhergehenden häufigen Rollenwechsel klar aufzuzeigen.

Schwere Aggression in der Übertragung findet ihren Ausdruck auch im Syndrom der Arroganz, die häufig bei jenen narzisstischen Persönlichkeiten anzutreffen ist, die auf einem offenen Borderline-Niveau funktionieren – eine Kombination aus Überheblichkeit, extremer Neugier, was die Person und das Leben des Therapeuten angeht (ohne jedoch die eigene Person mit der gleichen Neugier zu betrachten), sowie »Pseudo-Dummheit« (Bion 1967), die sich in der fehlenden Fähigkeit äußert, logische und rationale Argumente zu akzeptieren. Der Hauptabwehrzweck arroganten Gebarens besteht darin, den Patient vor der Bewusstwerdung seiner massiven, ihn kontrollierenden Aggression zu bewahren, die sich eher im Verhalten als in affektiv ausgeprägten Prozessen der Repräsentanzenbildung ausdrückt.

All diese Übertragungsentwicklungen können sowohl in Psychoanalysen und psychoanalytischen Psychotherapien als auch in supportiven und kognitiv-verhaltenstherapeutischen Behandlungen auftreten. Der Vorteil psychoanalytischer Verfahren, wenn indiziert, besteht darin, die genannten Übertragungsformationen mithilfe von Deutungen bearbeiten und auflösen zu können. Im Gegensatz dazu können im Rahmen supportiver und kognitiv-verhaltenstherapeutischer

Ansätze die schlimmsten Auswirkungen dieser Übertragungsmanifestationen auf die Beziehung zum Therapeuten in Schach gehalten und reduziert werden, was jedoch nichts daran ändert, dass sie das Leben des Patienten weiterhin unbewusst kontrollieren und somit ein zentrales Problem darstellen. Mithilfe pädagogischer Maßnahmen sowie einer allgemein stützenden Haltung lassen sich unangemessene Verhaltensweisen und Interaktionen im beruflichen Kontext durchaus reduzieren. Sie sind jedoch praktisch nutzlos, wenn es darum geht, die Unfähigkeit der Patienten zu tiefen Liebesbeziehungen bzw. befriedigenden intimen Beziehungen im Allgemeinen zu verändern. Nicht selten kommt es auch vor, dass die oben beschriebenen Übertragungsentwicklungen die supportiven und kognitiv-verhaltenstherapeutischen Ansätze selbst unterminieren. Wenn somit absehbar ist, dass ein Patient ein analytisches Verfahren auszuhalten in der Lage ist, unabhängig vom Schweregrad der Symptome, so ist diese Indikation meist als prognostisch günstig zu werten. Wie wir im folgenden Abschnitt jedoch sehen werden, hat ein analytischer Ansatz auch seine Grenzen.

Der »unmögliche« Patient

Häufig werden wir bereits in den Erstgesprächen auf ungünstige prognostische Aspekte aufmerksam. Manchmal hingegen offenbaren sie sich uns erst im Laufe der Behandlung, selbst wenn eine sorgfältige und eingehende Anfangsdiagnostik vorliegt. Ich glaube jedoch, dass die typischen Manifestationen dessen, was sich letztlich als nahezu unüberwindbare Hindernisse in der Behandlung erweisen wird, von Anfang an diagnostizierbar sind. Im Folgenden sollen diese Gefahrensignale dargestellt werden.

Chronisches berufliches Versagen trotz höherer Schulbildung und entsprechender Fähigkeiten

Hier treffen wir auf Patienten, die über Jahre hinweg unter ihrem ursprünglichen Ausbildungsniveau sowie unter ihren eigentlichen beruflichen Fähigkeiten bleiben und nicht selten als Fürsorgefall ihrer Familie (wenn diese wohlhabend ist) oder Sozialhilfeempfänger enden. Eine derart chronische Abhängigkeit von der Familie oder den öffentlichen Sozialsystemen stellt einen zentralen sekundären Krankheitsgewinn und einen der Hauptgründe für das Scheitern der Behandlung dar. In den Vereinigten Staaten zumindest bedeutet dies eine große Verschwendung von therapeutischen Ressourcen, denn häufig ersuchen diese Patienten bewusst oder unbewusst um Behandlung, nicht weil sie an einer Verbesserung ihres Zustandes interessiert wären, sondern weil sie den Gesundheitsbehörden

beweisen wollen, dass eine Veränderung unmöglich ist, und sie daher weiterhin auf Unterstützung angewiesen sind. Michael Stone, einer unserer erfahrensten Mitglieder am Personality Disorders Institute, hat folgende Rechnung erstellt: Wenn ein Patient praktisch die Möglichkeit hätte, den eineinhalbfachen Satz an Sozialhilfe pro Woche zu verdienen, so bestünde eine Chance, seine Arbeitsmotivation zurückzugewinnen. Wenn hingegen das Einkommen, das er realistischerweise zu erwarten hätte, unter diesem Satz bliebe, so würde der sekundäre Krankheitsgewinn das Verhalten bestimmen.

Die hier zugrunde liegende Psychodynamik variiert von Fall zu Fall. Es gibt Patienten, die durchaus arbeiten würden, wenn man ihnen sofort den Posten des Vorstandsvorsitzenden oder des führenden Vertreters ihres Fachbereichs anbieten würde. Von »unten« anzufangen bedeutet eine unerträgliche Demütigung. Nicht wenige Patienten ziehen es vor, von Sozialhilfe zu leben, anstatt sich der »Schmach« einer untergeordneten Stellung auszusetzen. In anderen Fällen wiederum beherrscht eine unbewusste Wut angesichts der allgemeinen Erwartung, für sich selbst sorgen zu müssen, das Leben der Patienten, die die Überzeugung entwickeln, aufgrund schwerer Frustrationen oder Traumatisierungen, die sie zu erdulden hatten, eine besondere Behandlung vom Leben erwarten zu dürfen. Für sich selbst aktiv zu werden hieße dann, auf diese rachsüchtige Erwartung zu verzichten.

Auf einer bewussten Ebene kann sich diese Dynamik als schwere Angstsymptomatik oder depressive Symptomatik äußern, sobald der Versuch unternommen wird, einer Arbeitsbeschäftigung nachzugehen. Oft haben wir es dann mit Patienten zu tun, die für sich in Anspruch nehmen, an einer chronischen Angststörung zu leiden (deren Symptome sie auswendig kennen), die jedoch trotz medikamentöser Behandlung bei jedem Arbeitsversuch außer Kontrolle gerät. Dieses spezifische Auftreten schwerer Angstzustände, wann immer eine Arbeitsbeschäftigung in Erwägung gezogen wird, ist besonders verhängnisvoll. Bei anderen Patienten wiederum dominieren antisoziale Züge und solange sie einen Verwandten oder die Gesellschaft ausbeuten können, wäre es ihrer Meinung nach dumm und demütigend, sich eine Arbeit zu suchen.

Berufliches Scheitern kann in diesem Zusammenhang mit Größenphantasien über die eigenen Fähigkeiten und potenziellen Erfolge einhergehen, die jedoch unverändert bestehen bleiben, solange der Patient keiner Arbeit nachgeht. Rationalisiert wird dieses Muster sozial-parasitären Verhaltens womöglich mit Vorstellungen eines ganz bestimmten Berufs oder bislang unerkannten Talenten: der unbekannte Maler, der verhinderte Schriftsteller, der revolutionäre Musiker ... Häufig zeigen sich diese Patienten nur allzu bereit zu einer Psychotherapie, solange ein anderer die Kosten übernimmt, um jedoch sofort damit aufzuhören, wenn die Geldquelle versiegt – selbst dann, wenn die Möglichkeit bestünde weiterzumachen, wenn nur der Patient einer bezahlten Tätigkeit nachgehen könnte und wollte.

Der therapeutische Ansatz muss in diesen Fällen die Reduzierung oder Beseitigung des sekundären Krankheitsgewinns beinhalten. Behandlungstechnisch würde ich dem Patienten aufzeigen, dass eine aktive Beteiligung am Arbeitsleben und die damit verbundenen Kontakte und Erfahrungen von zentraler Bedeutung für eine sinnvolle Behandlung sind und daher Vorbedingung einer psychoanalytischen Psychotherapie. Je nach Situation würde ich dem Patienten einen bestimmten Zeitraum zur Verfügung stellen, zum Beispiel drei bis sechs Monate, um dieses Ziel zu erreichen, wobei ich unmissverständlich klar machen würde, die Therapie sofort zu unterbrechen, sollte dieses Ziel nicht erreicht werden. Hierbei handelt es sich um eine Grenzsetzung seitens des Therapeuten, die als Teil des Therapierahmens und der entsprechenden Übertragungsimplikationen von Anfang an gedeutet werden muss. Inhaltlich kann es dabei um folgende Themen gehen:

- die unbewusste Motivation für die Arbeitsverweigerung des Patienten
- die Bedeutung des sekundären Krankheitsgewinns
- der mögliche Groll darüber, dass der Therapeut das Gleichgewicht des Patienten bedroht
- die Verzweiflung, mit der der Patient sich selbst jegliche Möglichkeit von Wohlbefinden, Erfolg, Selbstrespekt und Bereicherung seines Lebens abspricht, die an eine potenziell erfolgreiche und kreative berufliche Tätigkeit gebunden ist

Mithilfe dieser behandlungstechnischen Modifizierung kann das Problem des sekundären Krankheitsgewinns häufig überwunden werden. In vielen Fällen jedoch ist der Fundus an Entschuldigungen, warum keiner Arbeit nachgegangen werden kann, unerschöpflich, und nicht selten gelingt es den Patienten, Dritte (sei es Sozialarbeiter oder Vertreter des öffentlichen Gesundheitswesens) für ihre Dienste einzuspannen, die dann dem Therapeuten dessen »überzogene Erwartungen« vorhalten, mit denen er die Schwierigkeiten und Symptome des Patienten noch verstärke. Je nach Sozial- und Krankenversicherungssystem kann der sekundäre Krankheitsgewinn unterschiedliche Formen annehmen, doch konnte ich die Grunddynamik dieses Problems in den verschiedensten Ländern und ihren jeweiligen Sozialversicherungssystemen beobachten.

Pervasive Arroganz

Hier haben wir es mit Patienten zu tun, die sich der Schwere ihrer Symptomatik und Probleme durchaus bewusst sind, gleichzeitig jedoch einen unbewussten sekundären Krankheitsgewinn daraus ziehen, Vertreter des öffentlichen Gesundheitswesen in ihrer Inkompetenz und Unfähigkeit ihnen zu helfen, vorzuführen. Sie entwickeln sich zu wahren Experten, was ihr Leiden angeht, durchforsten das Internet, klopfen mögliche Therapeuten auf deren fachlichen Hintergrund

und therapeutische Orientierung hin ab, vergleichen deren Vorzüge und Nachteile, präsentieren sich auf ihrer Suche nach einem Therapieplatz auf eine Art und Weise, die »dem Therapeuten eine Chance geben« soll, um gleichzeitig jedoch eine nicht unerhebliche Befriedigung dabei zu empfinden, ihn scheitern zu lassen. Die Symptome reichen von chronischen Ehekonflikten über schwere depressive Schübe bei drohendem beruflichem Versagen bis hin zu Angst und Somatisierung sowie schweren chronisch-depressiven Entwicklungen, die nur »teilweise« auf psychopharmakologische Behandlung (oder gar Elektrokrampftherapie, die im Falle chronischer und schwerer oder so genannter »endogener« Depressionen fragwürdigerweise empfohlen wird) ansprechen. Häufig führt eine Kombination aus Psychotherapie und psychopharmakologischer Behandlung überraschend zu einer zeitweiligen Verbesserung, die der Patienten jedoch auf die »Medikation allein« zurückzuführt. Psychotherapie wird als nicht hilfreich und unnötig angesehen (während die Medikation später »nicht mehr greift«).

Der plötzliche Wechsel von fragiler Idealisierung zu völliger Entwertung des Therapeuten kann jederzeit stattfinden, und manchmal erfährt eine Behandlung, die über mehrere Monate befriedigend verlaufen ist, einen unerwarteten Bruch infolge eines wahren Ansturms an Neid, der in eine radikale Entwertung des Therapeuten mündet. Die Eingangsdiagnostik dieser Patienten ergibt häufig eine Ich-syntone Arroganz, die sich in manchen Fällen zu grob unangemessenem und unhöflichem Verhalten auswachsen kann, in anderen Fällen unter einer dünnen Schicht von Taktgefühl verborgen ist. Diese charakterbedingte Arroganz muss vom Syndrom der Arroganz unterschieden werden, wie Bion (1967) es beschrieben hat, wobei die Arroganz mit heftigen Affektstürmen in der Übertragung einhergeht, aber im Rahmen einer psychoanalytischen Psychotherapie, in der die Beziehung des Patienten zum Therapeuten fest etabliert ist, eine bessere Prognose hat.

Pervasive Arroganz, mit der wir es hier zu tun haben, wird häufig unter kulturellen oder ideologischen Vorzeichen rationalisiert, zum Beispiel, wenn eine Patientin männliche Therapeuten generell ablehnt, weil diese »Frauen nicht verstehen«, Therapeutinnen jedoch Unterwürfigkeit unter eine von männlichen Regeln beherrschte Welt vorhält, die auch die therapeutische Beziehung betreffen. Gelingt es der Patientin nicht, den Behandlungsrahmen der Therapeutin zu unterminieren, kann es durchaus zum Rückzug aus der Behandlung mit einer derartig »strengen und unterwürfigen« Frau kommen. Ähnliche Rationalisierungen können Rassenvorurteile, politische Differenzen oder die Frage religiöser Orientierung betreffen.

Behandlungstechnisch gilt es, taktvoll die Abwehrfunktion der Arroganz in der Übertragung zu benennen und systematisch zu analysieren sowie den Patienten von Anfang an darauf hinzuweisen, dass aufgrund seiner emotionalen Disposition und Entwertungsneigung die Gefahr eines vorzeitigen Therapieabbruchs besteht. Im Normalfall fürchtet der Patient via projektiver Identifizierung, dass der Therapeut ihm gegenüber eine ähnlich abwertende Haltung ein

nimmt und ihn demütigt, sobald seine Überlegenheit auf dem Spiel steht oder zunichte gemacht wird. Daher ist es sehr hilfreich, von Anfang an die unbewusste Identifizierung des Patienten mit dem grandiosen elterlichen Objekt zu deuten, die dieser Charakterformation häufig zugrunde liegt (und einen wesentlichen Teil des pathologischen Größen-Selbst des Patienten ausmacht). Nach außen hin scheint die Identifizierung mit einem grandios-sadistischen Objekt das Selbstwertgefühl des Patienten zu stärken, weil es seine Überlegenheit und Grandiosität sicherstellt. Tatsächlich jedoch unterwirft sich der Patient einem inneren Objekt, das jeder realen und potenziell hilfreichen Beziehung entgegensteht und all seinen wahren Abhängigkeits- und Beziehungswünschen feindlich gesinnt ist.

Arroganz und Grandiosität können nach außen hin auch als gegenteiliges Symptom erscheinen: Beklagt werden dann die eigene Schlechtigkeit, Minderwertigkeit oder Unzulänglichkeit sowie die fehlende Hoffnung auf Veränderung oder Hilfe. Jeglichem Versuch, die Irrationalität dieser Haltung genauer zu explorieren, wird hartnäckig widerstanden, wobei das Überlegenheitsgebaren des Patienten genau darin besteht, die Bemühungen des Therapeuten zu verstehen systematisch zurückzuweisen und alles besser zu wissen, was auch immer der Therapeut an Argumenten hinsichtlich der Minderwertigkeitsgefühle des Patienten vorbringen mag. Für den Therapeut besteht hier die Gefahr, in eine Falle zu geraten und sich zu einer vermeintlich »supportiven« Haltung verführen zu lassen, indem er dem Patient versichert, dass er nicht so schlecht ist, dass es durchaus Hoffnung gibt und er nicht so pessimistisch sein soll. Ein Vorgehen, das die Übertragung noch verstärken würde, anstatt die Arroganz und Überheblichkeit zu deuten, die in der systematischen Verweigerung des Patienten, sein Verhalten in der Übertragung genauer zu untersuchen, enthalten ist. Doch auch die zutiefst masochistischen und verzweifelten Aspekte der Unterwerfung unter ein feindliches Introjekt müssen systematisch exploriert werden: So kann sich in der Übertragung das Gefühl des Patienten, dass der Therapeut hilfreich ist, in einer negativen therapeutische Reaktion niederschlagen.

Die Zerstörung des therapeutischen Prozesses – das Vorherrschen unbewusster Selbstdestruktivität als zentrales motivationales System

Hier treffen wir auf eine Patientengruppe, die von Beginn an durch die extreme Schwere der Symptomatik beeindruckt: wiederholte schwere Suizidversuche mit nahezu tödlichem Ausgang, Suizidversuche »aus heiterem Himmel«, oft sorgfältig und freundlich lächelnd unter den Augen der Therapeuten vorbereitet. Chronische Selbstdestruktivität kann sich aber auch dahingehend äußern, dass potenziell befriedigende Beziehungen, eine viel versprechende berufliche Situation bzw. die Möglichkeit zu beruflichem Aufstieg, kurz: Erfolg in zentralen Lebensbereichen zerstört wird. Manche dieser Patienten kommen als Adoleszente oder

junge Erwachsene in Therapie, wenn noch viele Möglichkeiten vor ihnen liegen. Andere wiederum erst sehr viel später, nach zahlreichen gescheiterten Behandlungsversuchen und nachdem sich ihre Lebenssituation zunehmend verschlechtert hat, sodass der Wunsch nach einer Therapie wie ein »letzter Ausweg« anmutet und ein Gefühl der Hoffnungslosigkeit oder aber der Illusion in sich birgt, wenn der Therapeut noch an eine Veränderung im Leben des Patienten glaubt. Zuweilen äußern Patienten sehr offen, sich das Leben nehmen zu wollen, um zu testen, ob der Therapeut dem etwas entgegenzusetzen hat. In manchen Fällen kommt es bereits während des Aushandelns des Therapievertrags zu derartigen Provokationen, wenn sich Patienten weigern, sich an die im Therapievertrag festgelegten Vereinbarungen zu halten. Normalerweise finden sich im familiären und lebensgeschichtlichen Hintergrund dieser Patienten massive und chronische Traumatisierungen, die auch schweren sexuellen Missbrauch, körperliche Misshandlung, ein ungewöhnlich hohes Ausmaß an familiärem Chaos oder aber eine nahezu symbiotische Beziehung mit einer extrem aggressiven Elternfigur einschließen.

Wird das Störungsbild durch antisoziale Züge verkompliziert, werden sulzidale Tendenzen womöglich verschwiegen, während chronische Unehrlichkeit und ein psychopathischer Übertragungsmodus den Aufbau einer therapeutisch hilfreichen Beziehung unmöglich machen. So schluckte eine unserer Patientinnen Rattengift, das sie in die Klinik geschmuggelt hatte, woraufhin es zu inneren Blutungen kam. Während sie ihrem Therapeuten gegenüber jede weitere Einnahme des Giftes hartnäckig leugnete, verschlechterten sich ihre Blutwerte zusehends. Aufgrund fehlender Compliance und der Unwilligkeit oder Unfähigkeit der Patientin, sich an den Therapievertrag zu halten und die Einnahme des Rattengiftes zu beenden, musste die psychotherapeutische Behandlung schließlich unterbrochen werden. Im Zusammenhang mit dem Syndrom der »toten Mutter« beschreibt André Green (1993) die unbewusste Identifizierung mit einem psychisch toten Elternobjekt. Die unbewusst phantasierte Vereinigung mit diesem Objekt dient als Rechtfertigung und Rationalisierung dafür, sich aller Beziehungen mit psychisch bedeutsamen Objekten zu entledigen – eine unbewusste Verleugnung anderer und des eigenen Selbst als bedeutsame Einheiten, die zu einem unüberwindbaren Hindernis für die Behandlung werden kann. In anderen Fällen äußert sich die Selbstdestruktivität des Patienten weniger in suizidalem Verhalten als vielmehr in schweren Selbstverletzungen, die die psychotherapeutische Behandlung wiederholt zunichte machen und den unbewussten Triumph jener Kräfte im Patienten signalisieren, die die Selbstdestruktivität als zentrales Lebensziel propagieren. Die Selbstverletzungen können zum Verlust von Gliedmaßen oder schweren Verstümmelungen führen, wenn durch wohlkalkulierte parasuizidale Handlungen nicht so sehr der unmittelbare Tod, sondern das Risiko multipler Verletzungen in Kauf genommen wird.

Alkohol- und Drogenmissbrauch bzw. -abhängigkeit können der gleichen unbewussten Dynamik unterliegen. In diesen Fällen müssen jedoch direkte Fahren

der Abhängigkeitserkrankung und ihre dynamische Funktion getrennt voneinander betrachtet werden. Im Kontext derart extremer Autoaggression kann dies eine große Entschlossenheit zur Selbstzerstörung bedeuten, die die Bezeichnung Todestrieb verdient. In jenen Fällen narzisstischer Pathologie, in denen eine eindeutige Suchtentwicklung vorliegt, können Entgiftung und Entwöhnung in der Frühphase der psychotherapeutischen Behandlung den Übergang in eine psychoanalytische Psychotherapie ermöglichen. Wenn allerdings der Sinn der Erkrankung darin besteht, einer schweren und rücksichtslosen Selbstdestruktivität Ausdruck zu verleihen, so zeigen wiederholte Phasen der Entgiftung und Entwöhnung ihre Nutzlosigkeit und sind ein Hinweis für eine äußerst ungünstige Prognose. Suchterkrankungen dienen manchmal auch als Rationalisierung für berufliches Scheitern, das ansonsten die Grandiosität des Patienten bedrohen würde: Diese Fälle haben eine sehr viel bessere Prognose als jene, deren Hauptmotivation in einer unerbittlichen Selbstdestruktivität liegt.

Dieses allgemeine Bild extremer selbstdestruktiver Motivation, das klinisch als Vorherrschen des Todestriebs beschrieben werden kann, muss von einer verwandten Entwicklung unterschieden werden, nämlich der schwersten Form negativer therapeutischer Reaktion. Diese bezieht sich nicht auf eine negative Übertragung, sondern auf die eindeutige und unmittelbare Verschlechterung des Zustands des Patienten, wann immer dieser den Therapeuten als hilfreich erlebt hat. Die mildesten Fälle sind jene Patienten mit depressiv-masochistischer Persönlichkeitsstruktur und unbewussten Schuldgefühlen, wenn ihnen geholfen wird – eine Dynamik, die schon Freud beschrieben hat und die relativ einfach zu diagnostizieren und über Deutungen aufzulösen ist. Am häufigsten treffen wir auf jene Form negativer therapeutischer Reaktion, wie sie für die Narzisstische Persönlichkeitsstörung (wenngleich nicht ausschließlich) charakteristisch ist und in deren Rahmen die Verschlechterung auf den unbewussten Neid des Patienten zurückzuführen ist, was die Fähigkeit des Therapeuten angeht, ihm zu helfen. Diese weit verbreitete Übertragungsentwicklung erfordert ein komplexes Deuten und Durcharbeiten, ist aber nach wie vor außerordentlich gut behandelbar. Die schwerste Form negativer therapeutischer Reaktion, also die Fälle, um die es hier geht, spiegelt die unbewusste Identifizierung mit einem extrem aggressiven und destruktiven Liebesobjekt wider, in deren Rahmen die dominante Übertragungsphantasie darin besteht, dass nur ein wütender oder hasserfüllter Therapeut aufrichtig emotionalen Anteil am Patienten nimmt. »Nur jemand, der dich hasst oder umbringen will, sorgt sich wirklich um dich.«

Der Patient kann unablässig versuchen, den Therapeuten zu aggressiven Handlungen zu provozieren und die Beziehung zu ihm in eine sadomasochistische zu verwandeln, während er gleichzeitig verzweifelt darum bemüht ist, aus dem vermeintlich »schlechten« Therapeuten einen »guten«, aus dem verfolgenden Objekt ein ideales zu machen, was jedoch infolge des Wiederholungszwangs und der ständigen Re-Inszenierung sadomasochistischer Übertragungsmuster zum Scheitern verurteilt ist. Im Gegensatz zu den Patienten, deren Hauptmotivation darin besteht, sich aller Objektbeziehungen zu entledigen, erkennt der Patient hier das Bemühen des Therapeuten ihm zu helfen implizit an: De facto ist es genau diese Erfahrung, die diese besondere Form der negativen therapeutischen Reaktion auslöst. Wenn es dem Therapeuten gelingt, sich nicht zum Abbruch der Behandlung provozieren zu lassen, kann durch konsequentes Deuten dieser Phantasie und der unbewussten provokanten Aggressivität ein Ausweg aus der Sackgasse gefunden werden. Diese schwere Form von Selbstdestruktivität deutend zu bearbeiten und sie von den oben beschriebenen, extremeren Beziehungsformen abzugrenzen ist Teil der therapeutischen Aufgabe.

Bei all diesen Patienten besteht ein hohes Risiko, sich selbst, die Therapie oder ihr Leben zu zerstören, was behandlungstechnisch von Anfang an als Gefahr sehr ernst genommen und gezielt gedeutet werden muss. Im Therapievertrag müssen minimale Voraussetzungen dafür geschaffen sein, sicherzustellen, dass die Behandlung nicht als »Pseudoveranstaltung« benutzt wird, dem Patienten zusätzliche Freiheiten oder Anreize für selbstzerstörerisches Verhalten zu verschaffen. Dies kann sich durchaus als schwierig erweisen, doch der Therapeut sollte zumindest eindeutig klarstellen, dass die Behandlung nicht fortgeführt wird, wenn diese Minimalbedingungen, die das Überleben des Patienten sichern, nicht erfüllt werden. Dazu würde etwa die Verpflichtung zählen, sich im Falle andrängender Suizidimpulse, die der Patient nicht mehr kontrollieren zu können meint, sofort stationär aufnehmen zu lassen; oder aber alle Verhaltensweisen, die sein Überleben in irgendeiner Art und Weise gefährden, sofort zu beenden. Dies traf auf eine weiße Jugendliche zu, die sich aufreizend gekleidet in einer überaus gefährlichen, von Afroamerikanern bewohnten Gegend in New York herumtrieb, auf der Suche nach kurzen sexuellen Kontakten, und stets das Risiko eingehend, sich mit dem HIV-Virus zu infizieren. In anderen Fällen legen Patienten ein Verhalten an den Tag, das an sich noch nicht gefährlich wirkt, wenn sie dadurch nicht die finanzielle Unterstützung ihrer Familie, die für die therapeutische Behandlung aufkommt, aufs Spiel setzen würden.

Sind diese Bedingungen im Therapievertrag festgelegt, muss der Therapeut die Versuchung des Patienten, ihn zu brechen, sowie die zugrunde liegenden unbewussten Motive und Gratifikationen, die damit verbunden sind, zur Sprache bringen und analysieren. Das Triumphgefühl des Patienten, das Ende der Behandlung heraufzubeschwören, die Interventionen des Therapeuten zu zerpflücken oder aber die Therapie an sich radikal zu entwerten, müssen ebenfalls als selbstzerstörerischer Versuch gedeutet werden, jede potenziell hilfreiche Beziehung zunichte zu machen. Der Therapeut sollte sehr aufmerksam auf alles achten, was als aufrichtige Annäherung an ihn anmutet, als Anzeichen einer sich entwickelnden Abhängigkeit oder als »menschliche Geste« in der therapeutischen Beziehung, und es ebenso hervorheben wie die Gefahr seitens des Patienten, es wieder zerstören zu wollen.

Es ist von großer Bedeutung, dieses gesamte Spektrum einer bestimmten Psychopathologie nicht mit dem klinischen Erscheinungsbild einer Major De-

pression zu verwechseln, die nicht nur mit massiver Selbstentwertung und Selbstbezichtigung, sondern auch mit schweren depressiven Verstimmungen einhergehen würde: Gefühllosigkeit und Indifferenz, verminderter psychomotorischer Antrieb, herabgesetzte Konzentrationsfähigkeit sowie typisch neurovegetative Symptome einer Major Depression. Unter diesen Umständen kann eine antidepressive Behandlung mit entsprechender Medikation (und – unter bestimmten Bedingungen, etwa im Falle massiver und unkontrollierbarer Suizidalität – einer Elektrokrampftherapie) die Methode der Wahl sein. Dazu zählt natürlich auch die Überlegung einer stationären Aufnahme. Dies ist nicht der Fall für jene Patienten, die die schwerste Form narzisstischer Psychopathologie aufweisen, um die es uns hier geht, und die nicht an einer Major Depression leiden, sondern sich – im Gegenteil – dem Therapeuten gegenüber hochmütig, abfällig, indifferent oder aggressiv-provozierend verhalten, wenn nicht gar freudig-triumphierend angesichts seiner vermeintlichen Unfähigkeit.

Dieses bewusste oder unbewusste Genießen der eigenen Überlegenheit aufseiten des Patienten, mit der die therapeutische Beziehung zerstört werden soll, kann im Therapeuten Gegenübertragungsreaktionen auslösen, die von Selbstentwertung, Depression, Rückzug oder ärgerlicher Zurückweisung des Patienten geprägt sind. Zuweilen kommt es zu überängstlichen und verzweifelten Versuchen, dem Patienten emotionale Unterstützung zuteil werden zu lassen, um jedoch in ein Gefühl der Erschöpfung und des abrupten emotionalen Fallenlassens des Patienten zu münden, was der Patient womöglich mit Zufriedenheit registriert. Eine optimale emotionale Haltung des Therapeuten bestünde darin, sich konsequent dahingehend zu prüfen, wie er zum Patienten steht, in der Bereitschaft, »dranzubleiben« und ohne übermäßige Erwartungshaltung seine therapeutische Arbeit zu tun, solange diese ihm mit diesem spezifischen Patienten sinnvoll erscheint, sich jedoch auch auf eine Beendigung einzustellen, sobald die Minimalvoraussetzungen für eine Psychotherapie nicht mehr erfüllt sind.

Auch wenn diese optimale therapeutische Haltung mitunter verloren geht, so kann der Therapeut doch zu ihr zurückfinden, indem er kontinuierlich seine Gegenübertragung überprüft und diese in entsprechende Übertragungsdeutungen integriert. Zudem mag es hilfreich sein, sich selbst und dem Patienten gegenüber die Möglichkeit eines Scheiterns der Therapie einzugestehen: Würde der Patient letztlich sein Leben zerstören, so wäre dies schade, doch müsse die Möglichkeit, ihm unter den konkreten Umständen der Behandlung nicht helfen zu können, in Betracht gezogen werden. Diese Haltung kann dazu beitragen, den sekundären Krankheitsgewinn im Sinne eines phantasierten Triumphes über den Therapeuten – eine sehr häufige Komponente der komplexen Übertragungsdisposition narzisstischer Patienten – zu verringern.

Das Vorherrschen antisozialer Merkmale

Hier haben wir es mit der aggressiven Infiltrierung des pathologischen Größen-Selbst zu tun, die sich sowohl als passiv-parasitäre Haltung als auch in Form aggressiv-paranoiden Verhaltens (etwa im Syndrom des malignen Narzissmus) Ausdruck verschaffen kann. Alle diese Fälle, das heißt Narzisstische Persönlichkeitsstörungen mit schweren antisozialen Zügen, sind prognostisch mit Zurückhaltung zu betrachten. Das Syndrom des malignen Narzissmus befindet sich an der Grenze dessen, was wir mithilfe psychoanalytischer Ansätze im Bereich des pathologischen Narzissmus erreichen können, während der nächsthöhere Schweregrad an antisozialer Pathologie, also die antisoziale Persönlichkeit im eigentlichen Sinne, prognostisch bei praktisch Null anzusiedeln ist.

Paradoxerweise erleichtert gerade die Schwere des aggressiv-paranoiden Verhaltens maligner narzisstischer Persönlichkeiten, das zur Bestätigung eigener Grandiosität und Macht eingesetzt wird, die Deutung dieses Verhaltens in der Übertragung. Suizidalität (d. h. gegen das eigene Selbst gerichtete Aggression) wird so zum aggressiven Triumph über die Familie oder den Therapeuten bzw. ermöglicht die triumphale Abkehr von einer Welt, die nicht den Erwartungen des Patienten entspricht. Parasuizidales oder selbstverletzendes Verhalten wiederum kann den Sieg über all jene bedeuten, die Schmerz, Verletzung oder körperliche Zerstörung fürchten.

In manchen Fällen treffen wir hier auch auf das Syndrom der Arroganz, das sich jedoch durch entsprechende Deutungen wirksam auflösen lässt. Dazu zählt, den Patienten mit seiner Unfähigkeit zu konfrontieren, sich seine eigene massive und von Neid erfüllte Aggression einzugestehen, sein Bedürfnis, Verhalten in Somatisierung umzuwandeln, um einer bewussten Auseinandersetzung damit aus dem Weg zu gehen, sein Außer-Kraft-Setzen normaler Logik und kognitiver Kommunikation, um Deutungen nicht als bedeutsame Mitteilung annehmen zu müssen, sowie schließlich eine ausgeprägte Neugier, was die Person des Therapeuten angeht, um diesen, aber auch mögliche Quellen von Neid und Ressentiment zu kontrollieren.

Die konsequente Deutung der Arroganz kann zu einer Schlüsselstelle in der Umwandlung einer psychopathischen in eine paranoide Übertragung werden und den Beginn einer selbstexplorativen Haltung des Patienten seiner eigenen primitiven Aggression gegenüber markieren, die dann nicht mehr ausagiert werden muss. Den Patienten dabei zu unterstützen, sich seines als zutiefst lustvoll erlebten sadistischen Verhaltens dem Therapeuten und anderen Menschen gegenüber bewusst zu werden, ist ein zentraler Aspekt der Deutungsarbeit und setzt die Fähigkeit des Therapeuten voraus, sich emotional in sadistische Lust einfühlen zu können, ohne darüber zu erschrecken. Fürchtet sich der Therapeut vor seinem eigenen Sadismus, so kann dies einer vollständigen Exploration dieses Problems mit dem Patienten im Wege stehen.

schwierig, in denen Patienten ein passiv-parasitäres Verhalten an den Tag legen, nicht nur im Sinne passiver Ausbeutung anderer, sondern auch im Sinne einer umfassenden Zerstörung von Fürsorge und Verantwortungsbewusstsein in ihren Beziehungen zu bedeutsamen anderen. Dieser Mangel an Besetzung von Objektbeziehungen unterscheidet sich von deren aktiven Zerstörung und Außer-Kraft-Setzung, wie wir sie im Rahmen der zuvor beschriebenen Patientengruppe angetroffen haben, deren Über-Ich-Funktionen besser integriert sind und die kein antisoziales Verhalten an den Tag legen.

Chronische Verantwortungslosigkeit, ob nun dem therapeutischen Rahmen oder anderen Menschen gegenüber (sei es in Bezug auf Zeit, Geld oder jedwede Form von Verpflichtung und Engagement), ist das Gegenstück zur Geschichte antisozialen Verhaltens, wie wir es aus der passiv-parasitären Subgruppe narzisstischer Pathologie kennen.

Das antisoziale Verhalten, von dem hier die Rede ist, ist nicht so sehr direkt gegen andere Menschen gerichtet, sondern nimmt eher unpersönliche Formen an, wie etwa die chronische Unterschlagung von öffentlichen finanziellen Mitteln oder Stiftungsgeldern bzw. das Ausnutzen finanzieller Vorteile im Allgemeinen. Die chronische Ablehnung der Beziehung zum Therapeuten, oft verborgen hinter oberflächlicher Freundlichkeit und einem engagierten Plauderton, wird zu einem zentralen Problem in der Übertragung und kann den Therapeuten mit der Zeit zu der Überzeugung gelangen lassen, dass er es hier mit keiner wirklichen menschlichen Beziehung zu tun hat. Die unbewusste Entwertung des Therapeuten ist derart Ich-synton, dass selbst ihre Deutung den Patienten nicht erreicht. Vielmehr erscheint der Therapeut dem Patienten entweder als unehrlich oder dumm, mit völlig unrealistischen Erwartungen an mitmenschliche Beziehungen, sodass er nicht ernst genommen zu werden braucht. Im Gegensatz zu allen bislang skizzierten schwierigen Behandlungssituationen kann die Übertragung – oberflächlich betrachtet – durchaus angenehm und nichtaggressiv anmuten, während die eigentliche Tragik, die in der Unerreichbarkeit oder Ablehnung einer potenziell zugänglichen therapeutischen Beziehung liegt, subtil verborgen bleibt. Der therapeutische Fokus muss auf die Implikationen dieser Art von Beziehung gerichtet sein, die sich hinter häufigem Fernbleiben, dem Versäumen von Terminen und Verpflichtungen sowie der Tatsache verbirgt, dass die therapeutischen Sitzungen keinerlei Wirkung im Patienten hinterlassen.

Es ist wichtig, diese Gruppe nicht mit einer anderen Gruppe von Patienten zu verwechseln, die eine erstaunlich begrenzte Prognose aufweisen, sozial und psychisch jedoch sehr viel besser funktionieren bzw. organisiert sind und die im Folgenden näher untersucht werden.

als sekundäre narzisstische Abwehr

Hierbei handelt es sich um einen relativ seltenen Patiententypus, der sich häufig auf dem höchsten Niveau narzisstischer Psychopathologie bewegt, auf dem Verdrängung und andere reifere Abwehrmechanismen ausreichend entwickelt sind, sodass das pathologische Größen-Selbst sehr viel besser vor dem Einbruch unbewussten Neides als auch vor der Erkenntnis geschützt ist, dass alle Abhängigkeitsbeziehungen eine implizite Bedrohung und Erniedrigung darstellen. Es sind dies Patienten, denen es ganz eklatant an Bewusstheit für ihr Innenleben fehlt, die häufig ganze Abschnitte ihrer Lebensgeschichte vergessen haben und sich nur schwer an Träume oder Menschen erinnern, die ihrerseits offenkundig eine wichtige Rolle im Leben der Patienten gespielt haben, wobei all das jedoch in scharfem Kontrast steht zu ihrem ausgezeichneten Gedächtnis in beruflicher oder geschäftlicher Hinsicht. Sie scheinen zunächst geeignet für ein klassisch analytisches Setting, offenbaren jedoch im Laufe der Analyse ihre Unfähigkeit zu emotionaler Selbstreflexion sowie dazu, sich ihren Phantasien hinzugeben oder ganz allgemein mit vorbewusstem Material in Kontakt zu treten, was die Sitzungen für den Analytiker leer und ausgesprochen frustrierend macht.

Während es sich bei der Versuchung des Therapeuten abzuschweifen oder einzuschlafen (was der unbewussten Motivation des Patienten entsprechen mag, den Therapeuten wie Luft zu behandeln, so als sei nur eine Person im Raum, die die Rolle eines schemenhaften Beobachters übernimmt) um eine typische Gegenübertragung in der Behandlung aller narzisstischer Patienten handelt, so trifft dies umso mehr auf jene Patienten zu, von denen hier die Rede ist. Nicht selten werden sie selbst in den Stunden von großer Müdigkeit überfallen, schlafen ein und haben große Schwierigkeiten, über die Bedeutung ihres Schlafs in der Therapie nachzudenken. Gleichzeitig lässt die Beschreibung ihrer äußeren Lebensumstände erkennen, dass sich ihre Beziehung zu anderen Menschen auf oberflächliche Kontakte beschränkt, in denen jegliche emotionale Tiefe verleugnet wird.

In der Literatur finden diese Fälle nur wenig Erwähnung, doch erfahrene Therapeuten haben einen Blick für diese Konstellation und wissen um das häufige Scheitern diesbezüglicher Therapieversuche. Aus diesem Grund halten manche erfahrene Kollegen (meist zurecht) diese Patienten für nicht analysierbar und schlagen andere Therapieverfahren vor (nicht selten auch bei anderen Therapeuten). Psychoanalytische Psychotherapie läuft hingegen Gefahr, in einen rein supportiven Ansatz abzurutschen, da die Konkretheit des Materials den Fokus der therapeutischen Interaktion auf praktische Lebensprobleme lenkt. Allerdings kann für viele dieser Patienten, die, mit Ausnahme intimer Beziehungen, in vielerlei Hinsicht adäquat funktionieren, genau dies die Methode der Wahl sein, wenn die Symptomatik nicht allzu schwer ist, sodass eine grundlegende Modifizierung der Charakterstruktur nicht indiziert erscheint. Sind jedoch die Bereiche

Arbeit und Liebesbeziehungen schwerwiegend beeinträchtigt, so kann ein psychoanalytischer Ansatz durchaus Sinn machen. Angesichts der klinischen Merkmale mag in einem solchen Fall ein klassisch analytisches Setting größere Chancen bieten, den massiven Widerstand zu verändern, welcher der tiefen narzisstischen Abwehr gegenüber Abhängigkeitsbedürfnissen entspringt.

Einige allgemeine prognostische und therapeutische Überlegungen

Die wichtigsten negativen prognostischen Merkmale in dieser Gesamtkategorie »nahezu unbehandelbarer« narzisstischer Patienten können wie folgt zusammengefasst werden:

- sekundärer Krankheitsgewinn mit sozial-parasitärem Verhalten
- schweres antisoziales Verhalten
- schwere primitive Autoaggression
- Drogen- und Alkoholmissbrauch als chronisches Behandlungsproblem
- pervasive Arroganz
- allgemeine Unfähigkeit zu abhängigen Objektbeziehungen
- schwerste negative therapeutische Reaktion

Eine sorgfältige und detaillierte Eingangsdiagnostik erleichtert die entsprechende prognostische Einschätzung.

Hinsichtlich antisozialer Tendenzen ist es wichtig zu explorieren,

- inwieweit es sich dabei um einfache isolierte Vorkommnisse innerhalb einer Narzisstischen Persönlichkeitsstörung ohne weitere negative prognostische Implikationen handelt;
- inwieweit es einem schweren und chronisch passiv-parasitären Verhalten entspricht, das den sekundären Krankheitsgewinn noch verstärkt;
- ob das Syndrom des malignen Narzissmus vorliegt oder aber, im schlimmsten Fall, ob wir es mit einer antisozialen Persönlichkeit des passiv-parasitären oder aggressiven Typus selbst zu tun haben.

In manchen Fällen ist antisoziales Verhalten strikt auf intime Beziehungen begrenzt, in denen es Aggression und Rachsucht zum Ausdruck bringt, insbesondere wenn deutlich paranoide Züge mit im Spiel sind. Dies ist insofern von Bedeutung, als es in der Übertragung auch den Therapeuten treffen kann, was das Risiko einer Therapie unter solchen Umständen als zu hoch erscheinen lassen kann. Ein Beispiel sind jene Patienten, deren aggressiv-rachsüchtiges Agieren in eine wahre Prozess-Sucht münden kann, in deren Rahmen der Patient versucht, verschiedene Therapeuten gegeneinander auszuspielen. Es empfiehlt sich in diesen Fällen, keine intensive Psychotherapie mit einem Patienten zu beginnen, solange ein Gerichtsverfahren gegen einen früheren Therapeuten anhängig ist. Dazu zählen auch Patienten mit schweren hypochondrischen Syndromen, die nicht davor zurückschrecken, frühere Therapeuten zu beschuldigen, die Schwere eines körperlichen Symptoms oder einer Erkrankung nicht erkannt zu haben und sie wegen unterlassener Hilfeleistung anzuzeigen.

Im Falle chronisch suizidalen Verhaltens ist es außerordentlich wichtig, zwischen Suizidalität im Rahmen einer schweren und echten Depression und Suizidalität als »Lebensstil«, die nicht an eine Depression geknüpft ist, wie sie sowohl für Borderline-Persönlichkeitsstörungen als auch für Narzisstische Persönlichkeitsstörungen typisch ist (Kernberg 2001), zu unterscheiden. Differenzialdiagnostisch kann es hier ausgesprochen hilfreich sein, sich die oben beschriebenen unterschiedlichen Formen suizidalen Verhaltens ins Gedächtnis zu rufen.

Wie bereits erwähnt, stellt die Ausschaltung oder Kontrolle des sekundären Krankheitsgewinns einen der wichtigsten und oftmals schwierigsten Aspekte der Behandlung dar, insbesondere für die Erstellung eines ersten Therapievertrags bzw. eines realistischen Therapierahmens. Die Festlegung eines solchen therapeutischen Rahmens und die Gewissheit für den Therapeuten, dass dieser den Patienten und ihn selbst (seinen Besitz und sein Leben) vor dem Agieren des Patienten, das im Laufe der Behandlung auftreten kann, schützt, sind von zentraler Bedeutung. Im Laufe einer psychoanalytischen Psychotherapie aller Patienten mit einer Borderline-Persönlichkeitsorganisation – dies schließt die im vorliegenden Text behandelte Patientengruppe mit ein – ist das Auftreten schwerer Regression in der Übertragung praktisch unvermeidbar, was häufig dazu führt, dass die Patienten den Rahmen zu brechen versuchen. Die körperliche, psychische, professionelle und juristische Unversehrtheit des Therapeuten hat Vorrang vor der Sicherheit des Patienten. Das heißt, der Therapeut kann nur dann für die Einhaltung eines therapeutischen Rahmens sorgen, der beide Beteiligten schützt, wenn seine eigene Sicherheit gewährleistet ist. Dies mag trivial und selbstverständlich klingen, doch leider passiert es nicht selten, dass sich Therapeuten in eine therapeutische Konstellation verführen lassen, in der ihre eigene Sicherheit auf dem Spiel steht. Konkrete Behandlungsvereinbarungen, die für jeden Fall neu ausgehandelt werden und die bei Nicht-Einhaltung ganz klar die Beendigung der Therapie zur Folge haben, müssen offen ausgesprochen werden und, wenn nötig, als Teil des Therapievertrags wiederholt werden. Ihre jeweiligen Übertragungsimplikationen müssen sofort gedeutet werden.

Wenn wir die Indikation für die unterschiedlichen Behandlungsansätze zusammenfassen, so erscheint für die leichtesten Fälle narzisstischer Psychopathologie ein fokussiert psychoanalytischer Ansatz oder sogar eine fokal stützende Psychotherapie als Methode der Wahl, während eine klassische Psychoanalyse nur bei entsprechender Schwere der Charakterpathologie indiziert ist. Dies gilt auch für die zuvor beschriebenen typischen Fälle auf dem zweiten oder mittleren Schweregrad narzisstischer Pathologie sowie für einige Fälle schwerer narzisstischer

scher Pathologie, die sich auf offenem Borderline-Niveau bewegen. Für die meisten Fälle narzisstischer Pathologie, die auf einem offenen Borderline-Niveau funktionieren oder aber mit einer schweren antisozialen Symptomatik einhergehen, wird das am Weill Cornell Medical College entwickelte psychoanalytische Psychotherapieverfahren – die so genannte Übertragungsfokussierte Psychotherapie (Transference Focused Psychotherapy, TFP) – als Methode der Wahl empfohlen, es sei denn, es ist nicht möglich, bestimmte notwendige Behandlungsvereinbarungen zu Beginn der Therapie in einem Therapievertrag festzulegen (Clarkin et al. 1999). In diesen Fällen kann eine kognitiv-verhaltenstherapeutische oder stützende Psychotherapie die Methode der Wahl sein.

Ein auf psychoanalytischen Prinzipien basierender supportiver Ansatz ist dann indiziert, wenn das Bedürfnis des Patienten nach »Selbstheilung« so stark ist, dass unter Umgehung jeglicher Abhängigkeit eine aktive Beratung in einer stützenden Beziehung sehr viel annehmbarer für den Patienten ist. Auch im Falle eines unüberwindbaren massiven sekundären Krankheitsgewinns, der die Prognose eines analytischen Ansatzes stark einschränkt, kann eine supportive Psychotherapie, die auf eine Verbesserung der vorherrschenden Symptomatik und Verhaltensweisen abzielt, hilfreich sein. Dies gilt auch für Patienten mit schweren antisozialen Merkmalen, die kontinuierliche Fremdanamnese und soziale Kontrolle erforderlich machen, was der technischen Neutralität eines analytischen Ansatzes ebenfalls im Weg stehen könnte. Für Patienten, die infolge ihrer lang anhaltenden Erkrankung bereits derart schwer in soziale Inkompetenz regrediert sind und »verbrannte Erde« hinter sich gelassen haben, was eine realistische Anpassung an das Leben sehr erschweren würde, ist ebenfalls ein supportiver Ansatz dem analytischen Verfahren vorzuziehen, das sie mit der außerordentlich schmerzlichen Tatsache konfrontieren müsste, weite Teile ihres Lebens zerstört zu haben. Bei der Beurteilung dessen, was er dem Patienten zumuten kann, kommt es sehr auf die Feinfühligkeit und Empathie des Therapeuten an.

Wir dürfen nicht vergessen, dass uns erst unser größeres psychoanalytisches Wissen um die Psychopathologie des pathologischen Narzissmus ermöglicht hat, spezielle Behandlungstechniken zu entwickeln, die einen analytischen Umgang mit diesen Patienten und eine bessere prognostische Einschätzung für diese Patientengruppe erlauben. Während früher ein psychoanalytisches Standardverfahren kontraindiziert erschienen wäre, haben heutzutage neue Entwicklungen in der psychoanalytischen Psychotherapie für Narzisstische Persönlichkeitsstörungen unser therapeutisches Behandlungsarsenal signifikant verbessert. Auch in Zukunft sollten unsere Anstrengungen dahin gehen, jene »Grenzfälle« unseres theoretischen Verständnisses und unserer therapeutischen Einflussmöglichkeiten genauer zu untersuchen. Angesichts der hohen Prävalenz dieser Pathologie und ihrer tief greifenden gesellschaftlichen Folgen in vielen Fällen stellt dies für den heutigen psychoanalytischen Forscher eine zentrale Aufgabe dar.

Literatur

Bion WR (1967). Second Thoughts. Selected papers on psychoanalysis. New York: Basic Books.

Clarkin J, Yeomans F, Kernberg OF (1999). Psychotherapie der Borderline-Persönlichkeit. Manual zur psychodynamischen Therapie. Stuttgart, New York: Schattauer 2001.

Green A (1993). Geheime Verrücktheit. Grenzfälle der psychoanalytischen Praxis. Gießen: Psychosozial-Verlag 2000.

Kernberg OF (1984). Technische Strategien in der Behandlung narzisstischer Persönlichkeiten. In: Schwere Persönlichkeitsstörungen. Stuttgart: Klett-Cotta 1992.

Kernberg OF (1992). Psychoanalytic, paranoid, and depressive transferences. Int J Psychoanal; 73: 13–28.

Kernberg OF (1997). Pathological narcissism and narcissistic personality disorders: theoretical background and diagnostic classification. In: Ronningstam EF (ed). Disorders of Narcissism. Diagnostic, clinical, and empirical implications. Washington, DC: American Psychoanalytic Press; 29–51.

Kernberg OF (2001). The suicidal risk in severe personality disorders. Differential diagnosis and treatment. J Person Disord; 15: 195–208.

Rosenfeld H (1987). Sackgassen und Deutungen. Therapeutische und antitherapeutische Faktoren bei der Behandlung von psychotischen, Borderline- und neurotischen Patienten. Stuttgart: Verlag Internationale Psychoanalyse 1997.