

9 Narzissmus und Übertragungsfokussierte Psychotherapie (TFP)¹³

Einführung

Die Übertragungsfokussierte Psychotherapie (TFP) wurde als ein Verfahren zur Behandlung von schweren Persönlichkeitsstörungen entwickelt (Yeomans et al. 2017). Dieses Kapitel stellt diesen speziellen Ansatz nun für die Behandlung von Patienten mit einer Narzisstischen Persönlichkeitsstörung vor.

Der besondere Schwerpunkt von TFP liegt – im Unterschied etwa zur Strukturbezogenen Psychotherapie von Rudolf (2013) oder zu MBT (Bateman und Fonagy 2014) – auf der adäquaten Deutung der Manifestation der Störung in der therapeutischen Beziehung (Deutung der Übertragung pathogener Muster) und nicht in einer supportiven Behandlung von Defiziten in der Selbstregulation und den Ich-Funktionen. Durch die konsequente Bearbeitung der Beziehungsmuster wird eine Veränderung der Bindungsmuster, der Mentalisierung und der Identität und damit der inneren Objektbeziehungen angezielt (→ Kap. 5). Die wissenschaftlichen Ergebnisse (z.B. Clarkin et al. 2007) bestätigen den Erfolg dieser Methode im Bereich struktureller Veränderungen. Eine aktuelle Entwicklung ist die TFP-N für die Narzisstische Persönlichkeitsstörung (Diamond et al. 2011, 2022; Kernberg 2006, 2021; Lohmer 2013).

Die Besonderheiten gegenüber anderen Störungen sind vor allem die hohe Kränkbarkeit gegenüber als »uneinfühlsam« erlebten Interpretationen des Therapeuten und die narzisstische Wut als Folge von narzisstischer Kränkung.

Die charakteristische Dynamik von Idealisierung und Entwertung kann bei Therapeuten zu massiven Schwierigkeiten in der Gegenübertragung bis hin zu existenziellen Zweifeln an den eigenen Fähigkeiten führen.

¹³ Dieses Kapitel ist eine überarbeitete Version der folgenden Originalveröffentlichung: Lohmer M, Wernz C (2019). Narzissmus und Übertragungsfokussierte Psychotherapie (TFP). *PID Psychotherapie im Dialog* 20(03): 48–52. doi: 10.1055/a-0771-7091.

9.1 Strukturelle Diagnose

9.1.1 Differenzialdiagnosen

TFP versteht die narzisstische Störung als eine schwere Persönlichkeitsstörung auf der Grundlage einer Borderline-Persönlichkeitsorganisation im Sinne Kernbergs (Yeomans et al. 2017).

Um therapeutisch zielgerichteter und erfahrungsgesättigter, damit weniger hilflos-überwältigt mit narzisstischen Patienten arbeiten zu können, ist eine sorgfältige initiale Diagnostik vonnöten, die uns dazu verhilft, als »narzisstisch« imponierende Phänomene bei psychischen Erkrankungen nicht mit einer Narzisstischen Persönlichkeitsstörung *sui generis* zu verwechseln und die unterschiedlichen Ausprägungen der Narzisstischen Persönlichkeitsstörung einschätzen zu können, da daraus auch unterschiedliche behandlungstechnische Herangehensweisen resultieren.

Abgrenzung zur Borderline-Persönlichkeitsstörung (BPS)

Bei der Borderline-Persönlichkeitsstörung (BPS) im engeren Sinne dominieren Identitätsdiffusion, Impulsivität und rascher Stimmungswechsel, die Angsttoleranz ist niedrig, Selbstverletzung und offene Wut sind häufig zu beobachten. Ein Kern von Omnipotenz erleben ist hinter der nach außen deutlich entwerteten Selbst-Repräsentanz versteckt. Die frühen Bezugspersonen werden häufig auch im Sinne einer Borderline-Pathologie beschrieben.

Im Gegensatz dazu zeigen narzisstische Persönlichkeiten die Beschreibung einer wenig empathischen, kalten, z.T. böartigen und selbstsüchtigen, aber dennoch »besonderen« Elternrepräsentanz. Sie berichten von im Nachhinein inadäquatem Bewundertwerden, aber auch der Suche nach Idolen, die mit dem Ziel der Verschmelzung nachgeahmt wurden (→ Kap. 10). Im Gegensatz zur BPS ist das Selbst kohäsiver und weniger in Gefahr, regressiv zu fragmentieren. Das Selbstkonzept ist »aufgeblasen« mit einer dahinter beobachtbaren schambeladenen, nach positiver Beachtung hungrigen Selbstrepräsentanz. Die Besonderheit der narzisstischen Störung ist also die Formation des »grandiosen Selbst«, das oft massive Scham aufgrund des Erlebens eigenen tiefen Ungenügens abwehren soll. Diese auch von Kohut (1979) und der Selbstpsychologie beschriebene Struktur wird im Verständnis der TFP als eine *fusionierte* Struktur verstanden: Ideales Objekt, ideales Selbst und reales Selbst verschmelzen. Das Größenselbst schafft eine Scheinkohärenz – damit erscheinen narzisstische Patienten sozial zunächst gesünder und unproblematischer im Kontakt als klassische Borderline-Patienten, auch im Arbeitsleben. Sie weisen aber gleichzeitig eine größere Beeinträchtigung der Fähigkeit zur Verbundenheit auf als Patienten mit anderen Persönlichkeitsstörungen: Beziehungen sind funktional und sollen die Selbstregulation unterstützen. Der narzisstische Patient leidet deshalb an innerer Leere und verfügt nicht über erfüllende innere Objekte.

Abgrenzung zur Histrionischen Persönlichkeitsstörung

Die Ähnlichkeiten liegen hier im demonstrativen, exhibitionistischen, dramatischen und manchmal verführerischen Verhalten. Im Unterschied zu histrionischen Persönlichkeiten sind Narzissten eher ausnutzend und kalt, bei Kränkung mit massiver Wut reagierend, oft finden sich sadistische Affekte, die Empathie ist häufig gestört und eher nur kognitiv ausgeprägt und demonstrativ inszeniert (gute Fähigkeit, die Schwachstellen anderer Personen zu erkennen und kränkend zu benennen). Die histrionische Persönlichkeit (→ Kap. 13) ist dagegen humaner, wärmer, verspielter, schillernder, unernster und mehr fähig zur Ambivalenz, weniger »strategisch« auf Ziele der Selbstwertsteigerung ausgerichtet (Tab. 9-1).

Abgrenzung zur Paranoiden Persönlichkeitsstörung

Die Ähnlichkeit kann in einer gleichermaßen vorhandenen Fassade kalter Grandiosität, Entwertung, Schwierigkeit, Kritik anzunehmen, chronischem Neid sowie einer ausgeprägten Anspruchshaltung bestehen. Im Unterschied zur narzisstischen Persönlichkeit überwiegt beim paranoiden Charakter die ständige Suche nach »Loyalitätsverrat« und verborgenen Angriffen anderer (→ Kap. 12). Der Sinn für Humor fehlt, ein entspannter Umgang mit anderen Menschen ist nicht möglich, es dominiert eine detailorientierte, scharfe, rigide, auf Fehler und Bedrohungen ausgerichtete Weltwahrnehmung. Narzisstische Persönlichkeiten verfügen demgegenüber über aufmerksamkeitsuchenden Charme und Verführungskunst, sind inhaltlich flexibler, haben oft einen ausgeprägten Sinn für Ironie – solange es andere Personen betrifft –, die Aufmerksamkeit für reale Gegebenheiten und Details ist dagegen gering ausgeprägt (→ Tab. 9-1).

Abgrenzung zur Als-ob-Persönlichkeit

Gemeinsamkeiten bestehen in der mangelnden oder beeinträchtigten Authentizität, starkem moralischem Relativismus und der Imitation idealisierter Menschen (Filmbeispiel: Goldhammer, the retired whore, 2023, von André Krummel und Ben Yakov). Unterschiede werden daran deutlich, dass Als-ob-Persönlichkeiten weniger Zugriff auf ihre aggressiven Affekte haben, die Umwelten und Bezugspersonen können rasch gewechselt werden, da sie als »öde« imponieren, und die Fähigkeit zu Rivalität und Inszenierung ist geringer. Im Gegensatz zu diesen Personen weisen Narzissten weniger Suggestibilität auf, eine zuweilen rachsüchtige Wut dominiert und die mitmenschliche Konstellation ist durch andauerndes Sich-Messen und eine Unfähigkeit gekennzeichnet, Generationengrenzen zu respektieren (→ Tab. 9-1).

Narzisstische Persönlichkeitsstörung	Histrionische Persönlichkeitsstörung	Gemeinsamkeiten
<ul style="list-style-type: none"> ▪ eher ausnutzend und kalt ▪ massive Wut als Reaktion auf Kränkung ▪ häufig sadistische Affekte ▪ ausgerichtet auf Ziele der Selbstwertsteigerung 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ humaner, wärmer, verspielter, schillernder, unernster ▪ stärkere Fähigkeit zu Ambivalenz 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ demonstratives, exhibitionistisches, dramatisches und manchmal verführerisches Verhalten
Narzisstische Persönlichkeitsstörung	Paranoide Persönlichkeitsstörung	Gemeinsamkeiten
<ul style="list-style-type: none"> ▪ aufmerksamkeits-suchender Charme und Verführungskunst ▪ inhaltlich flexibler ▪ oft ausgeprägter Sinn für Ironie – solange es andere Personen betrifft ▪ Aufmerksamkeit für reale Gegebenheiten und Details ist gering ausgeprägt 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ ständige Suche nach »Loyalitätsverrat« und verborgenen Angriffen durch andere ▪ kein Sinn für Humor ▪ detailorientierte, scharfe, rigide, auf Fehler und Bedrohungen ausgerichtete Weltwahrnehmung 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Fassade kalter Grandiosität ▪ Entwertung ▪ Schwierigkeit, Kritik anzunehmen ▪ chronischer Neid ▪ ausgeprägte Anspruchshaltung
Narzisstische Persönlichkeitsstörung	Als-ob-Persönlichkeit	Gemeinsamkeiten
<ul style="list-style-type: none"> ▪ weniger suggestibel ▪ zuweilen rachsüchtige Wut ▪ andauerndes »sich messen« mit anderen ▪ Generationengrenzen werden nicht respektiert 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ weniger Zugriff auf aggressive Affekte ▪ Umwelten und Bezugspersonen können rasch gewechselt werden, da sie als »öde« imponieren ▪ Fähigkeit zu Rivalität und Inszenierung ist geringer 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ mangelnde oder beeinträchtigte Authentizität ▪ starker moralischer Relativismus ▪ Imitation idealisierter Menschen

Tab. 9-1: Gemeinsamkeiten und Unterschiede zwischen der Narzisstischen Persönlichkeitsstörung und weiteren Pathologien (Histrionische Persönlichkeitsstörung, Paranoide Persönlichkeitsstörung, Als-ob-Persönlichkeit)

9.1.2 Persönlichkeiten mit narzisstischen Zügen auf neurotischem Niveau

Ein »gesunder« erwachsener Narzissmus ist Ausdruck eines gesunden Selbstwertgefühls und beinhaltet Freude an Selbstwirksamkeit und positiver Resonanz, die Fähigkeit zur »gesunden Exhibition« und Exponierung in Gruppen und Öffentlichkeit – aber eben auch die Fähigkeit, von »guten« inneren Objekten genährt und nicht fortwährend auf externe Bestätigung angewiesen zu sein.

Auf *neurotischem Strukturniveau* kommen verstärkt Selbstwertdefizite vor – Talent, Erfolg und Macht kompensieren dann ein narzisstisches Defizit. Bei Unterbrechung der externen Resonanz und Zufuhr kann es zu leichteren narzisstischen Krisen kommen – Beziehungsfähigkeit und Reflexionsfähigkeit sind gegeben, aber Kränkbarkeit und Scham sind deutlich ausgeprägt. Häufig sind dies »*erfolgreiche Narzissten*« (Tab. 9-2).

9.1.3 Der pathologische Narzissmus

Auf dem *höheren Borderline-Strukturniveau* (→ Kap. 1) finden wir den »dünnhäutigen« oder »libidinösen« (Rosenfeld 1989) Narzissten. Wir bezeichnen ihn auch als den »warmen« Narzissten. Hier sprechen wir dann von einer narzisstischen Persönlichkeitsstörung. Das grandiose Selbst dominiert, es gibt einen starken Wunsch, mit einem idealisierten Objekt zu verschmelzen. Beziehungen können schwer aufrechterhalten werden und sind von einem Muster von Idealisierung und Entwertung bestimmt. Diese Menschen reagieren sehr sensitiv auf Kritik. Periodisch kommt es zu depressiven Einbrüchen, in denen das grandiose Selbst nicht mehr trägt. Auch auf diesem Strukturniveau finden wir häufig die »*erfolgreichen*« Narzissten.

Auf dem *mittleren Borderline-Strukturniveau* zeigt sich bereits eine deutliche Ich-Schwäche auch mit Suizidalität, Sucht, massiven narzisstischen Krisen – häufig sind dies die »*scheiternden*« Narzissten.

Menschen mit einem pathologischen Narzissmus können in Krisen und Schwellensituationen (Trennungen vom Partner, beruflicher Misserfolg, chronische Suchtproblematik, schwere Krankheit, Altern) eine Therapie aufsuchen und – bei einer entsprechend modifizierten Technik (→ Abschn. 9.3) auch gut von einer Psychotherapie profitieren (→ Tab. 9-2).

9.1.4 Der maligne Narzissmus

Als »dickhäutigen«, »destruktiven« (Rosenfeld 1989) oder »kalten« Narzissten auf tendenziell *niedrigem Borderline-Strukturniveau* bezeichnen wir eine Persönlichkeitsstörung, bei der das grandiose Selbst mit Ich-syntoner Aggression und sadistischen Über-Ich-Vorläufern infiltriert ist. Neid und Destruktivität überwiegen, antisoziale Züge sind wahrzunehmen. Diese Patienten weisen eine scheinbare Autarkie und ausgeprägt funktional-manipulative Beziehungen zu anderen auf. Bei Bedrohung ihres Gleichgewichts ist ein deutliches aggressives und einschüchterndes Agieren nach außen zu beobachten. Der destruktive, scheinbar autarke, mächtige Teil des eigenen Selbst wird idealisiert, es besteht in der inneren Welt die Dominanz einer »inneren Gang«, die beziehungs-suchende Teile der Persönlichkeit gleichsam »in Schach« bzw. »Geiselnhaft« hält. Der Umwelt erscheinen diese häufig als »*bedrohliche Narzissten*«. Menschen mit

einem malignen Narzissmus kommen nur selten aus einer originären eigenen Motivation in Psychotherapie, da sie die Abhängigkeit von einem Therapeuten fürchten. Am ehesten kann es in massiven Krisen und Zwangslagen zu einem solchen Kontakt kommen – der aber meist nur bis zu einer gewissen Stabilisierung aufrechterhalten wird. Die Therapie kann so als reine Wiederherstellung des grandiosen Selbst missbraucht werden (→ Tab. 9-2).

9.1.5 Antisoziale Persönlichkeitsstörung

Diese Formation (→ Kap. 11) kann als eine extreme Ausprägung des malignen Narzissmus gesehen werden. Neben und innerhalb der massiven Über-Ich-Pathologie imponieren eine massive Ausprägung von Aggression, die fast ausnehmend Ich-synton ist, eine generalisierte Negierung sozialer Werte und Normen und eine ausgeprägte Fähigkeit und Bereitschaft zu Täuschung und Verführung. Von innen her fehlt also ein Korrektiv. Die relative Angstfreiheit und ein damit verbundenes schlechtes Lernen aus Erfahrung führen zu wenig realistischer Strafangst, also eine Orientierung an äußeren, unangenehmen Limitationen durch persönliche (Beziehungsverlust), soziale (Sanktionen in Schule, Arbeitskontexten) oder staatliche (Einkerkerung, Arrest) Vorgänge und Maßnahmen. Die extreme Ausprägung dieser Störung nennen wir *Psychopathie*. Patienten mit einer Antisozialen Persönlichkeitsstörung werden zumeist im Bereich der forensischen Psychotherapie behandelt. Therapeutische Teams müssen dabei immer der Gefahr gewärtig sein, dass Patienten die Psychotherapie nicht zur Einsicht und Verhaltenskorrektur, sondern zum Kompetenzerwerb für eine bessere Fähigkeit zur Manipulation ihrer Umwelt benutzen (→ Tab. 9-2, folgende Seite).

9.2 Behandlungsvereinbarung

Zu Beginn der Therapie wird nach Anamnese und Klärung der Behandlungsmotivation gemeinsam eine Behandlungsvereinbarung entworfen, welche die Pflichten sowohl von Therapeut (regelmäßiges und verlässliches Angebot von Behandlungsstunden) als auch Patient festhält und als Basis für die Klärung des Geschehens in Krisen dient. Je nach Facette der narzisstischen Störung finden typische Verhaltens- und Beziehungsprobleme Eingang in die Behandlungsvereinbarung.

- Bei »dünnhäutigen«, *pathologischen Narzissten*: Fokus auf parasitärem Lebensstil und sekundärem Krankheitsgewinn. Da diese Patienten im Vergleich zu den »üblichen« Borderline-Patienten häufig als »zu gesund« eingeschätzt werden, muss die Behandlungsvereinbarung nach entsprechenden »Überraschungen« im Verlauf immer wieder aktualisiert und angepasst werden. Der Therapeut sollte darauf ach-

	Narzissmus auf neurotischem Niveau	Pathologischer Narzissmus	Maligner Narzissmus	Antisoziale Persönlichkeitsstörung
Struktur-niveau	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Neurotische Persönlichkeitsorganisation 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ höheres und mittleres Borderline-Struktur-niveau 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ tendenziell niedrigeres Borderline-Struktur-niveau 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ niedrigeres Borderline-Struktur-niveau
Merkmale	<ul style="list-style-type: none"> ▪ deutlich ausgeprägte Kränkbarkeit und Schamerleben ▪ Kompensation durch Talent, Erfolg und Macht 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ geringe Toleranz für Kritik ▪ Muster von Idealisierung und Entwertung in Beziehungen 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Überwiegen von Neid und Destruktivität ▪ antisoziale Züge 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ massive Aggression ▪ Bereitschaft zu Täuschung und Verführung ▪ Negierung sozialer Werte und Normen
Therapie-motivation und Erfolgsaus-sichten	<ul style="list-style-type: none"> ▪ gute Motivation und Prognose, Behandlungstechnik muss auf die starke Kränkbarkeit eingehen 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Aufnahme einer Therapie in Krisen- und Schwellensituationen ▪ bei angepasster Therapie-technik gute Erfolgsaus-sichten 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ selten eigen-motivierte Aufnahme einer Therapie ▪ häufig frühzeitige Beendigung, sobald gewisse Stabilisierung erreicht ist 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Behandlungen meist im forensischen Setting ▪ Gefahr, dass Therapie für antisoziale Zwecke genutzt wird

Tab. 9-2: Gegenüberstellung verschiedener Ausprägungen des narzisstischen Kontinuums im Hinblick auf Struktur-niveau, Merkmale sowie Therapiemotivation und Erfolgsaussichten

ten, dass er einen parasitären Lebensstil (z. B. Finanzierung des Lebensunterhalts durch Eltern oder staatliche Förderung ohne wirkliche Not), antisoziale Haltungen nicht »des lieben Friedens willens« und »um das Arbeitsbündnis zu festigen« toleriert und in die narzisstische Welt eingesogen wird.

- Bei »dickhäutigen«, malignen Narzissten: Fokus auf der ausbeuterisch-manipulativen Haltung und antisozialen Züge. Diese Patienten kommen in der Regel nur in massiven Krisen in Behandlung und verdecken ihre antisozialen Züge bisweilen vor sich selbst und dem Therapeuten durch eine »doppelte Buchführung« – also einer mehr oder weniger bewussten, situativen Unehrllichkeit. Der Therapeut darf, ja muss »misstrauisch« sein und sollte dies dem Patienten gegenüber präventiv und offensiv begründen.

9.3 Therapeutische Haltung und Behandlungstechnik

9.3.1 Essentials der Therapeutischen Haltung

1. *Einzeltherapie* mit klarem Rahmen und flexiblen Vereinbarungen, denn in der Gruppe sind diese Patienten initial nur schwer zu behandeln. Dort gehen sie anfangs oft in eine Führungsposition, nach einiger Zeit geraten sie aufgrund ihrer Selbstzentrierung aber in eine Außenseiterrolle. In der Einzeltherapie kann der Therapeut seine Interventionen dagegen gut dosieren und rasch die Übertragung im Hier und Jetzt aufgreifen.
2. Die Funktion der *omnipotenten Kontrolle* und *Wut* als Abwehr der Gefährdung der prekären Balance des *grandiosen Selbst* muss gedeutet werden. Die narzisstischen Muster werden entsprechend als misslingende Versuche der Selbstwertstabilisierung in ihren protektiven und destruktiven Aspekten aufgegriffen.
3. Die *Mikroanalyse* der jeweils aktuellen Übertragungssituation der »letzten 10 Minuten« der Behandlungsstunde (Joseph 1989) schafft eine gemeinsame Meta-Ebene.
4. Ein gewisses Maß an *Spiegelung* (Kohut 1979) ist notwendig, wodurch eine Validierung des Patienten erfolgt. Eine initiale benigne Idealisierung des Therapeuten sollte toleriert werden. Insgesamt ist eine gute Balance zwischen Spiegelung (Validierung) und Deutung vonnöten.
5. Im Verlauf muss jedoch die *pathologische Idealisierung* (Projektion des eigenen Größenselbst) reduziert werden. Der Therapeut wird im günstigen Fall über die Wahrnehmung als endlich einmal gutes, verlässliches Elternobjekt zu einem Prototyp für eine gelingende Internalisierung guter Beziehungserfahrung.
6. Die typische entwertende Kritik von Patienten an Therapeuten sollte in sog. *therapeutenzentrierten Deutungen* (Steiner 1993) aufgegriffen werden (»*Es hat den Anschein, dass ich nicht verstehen kann und hoffnungslos inadäquat bin ...*«). Der Fokus bei einer solchen »therapeutenzentrierten Deutung« liegt auf der unmittelbaren Erfahrung des Patienten mit dem Therapeuten. Auf diese Weise fühlt sich der Patient verstanden, kann die Aktivität des Therapeuten tolerieren und ihn als Rollenmodell für eigene Unzulänglichkeiten nutzen.
7. Deutung von *Kränkbarkeit* und *Scham* als Abwehranlässe müssen taktvoll erfolgen. Wenn die nachvollziehbare Empfindlichkeit und Selbstabwertung bis hin zum Selbstverlust des Patienten benannt werden, kann die Deutung der narzisstischen Abwehr des Größenselbst leichter akzeptiert werden.

9.3.2 Frühe Behandlungsphase: Fokus auf den Konsequenzen der Grandiosität

Das grandiose Selbst wird nicht frontal konfrontiert (*»Hier stellen Sie sich wieder über Ihre Kollegen«*), sondern in seinen Kontext gestellt (*»Wenn Sie sich kritisiert fühlen, ist es wichtig für Sie, sich den Kollegen überlegen fühlen zu können«*). Anschließend können auch die »Kosten« der »Vorteile« des grandiosen Selbst benannt werden (*»Dadurch fühlten Sie sich zunächst besser, aber leiden jetzt darunter, dass Sie bei Ihren Kollegen durch Ihr Verhalten in eine Außenseiterposition gekommen sind«*).

Der Fokus wechselt immer wieder von der Beschreibung der »Szene« im Hier und Jetzt zu einer gemeinsamen Betrachtung der Problembereiche, die anfangs definiert wurden, z. B. beeinträchtigtes berufliches Funktionieren und Schwierigkeiten mit Intimität. Dies erinnert den Patienten immer wieder daran, warum er es riskieren sollte, das Größenselbst infrage zu stellen.

Nun kann eine Sehnsucht nach dem »echteren«, tragfähigeren oder »realen« Selbst entstehen – durch die beständige Orientierung an einem idealen Selbst werden die Bedürfnisse und Fähigkeiten des realen Selbst strukturell verschattet und führen z. B. zu einem »Hochstaplergefühl« und plötzlichen ängstlichen Einbrüchen.

Die Beziehung zum Therapeuten kann nun idealiter zum erfahrbaren Vorbild der Beziehung eines realen Selbst zu einem wohlwollenden Objekt werden – damit wird aus einer äußeren neuen Objektbeziehung durch Internalisierung allmählich eine neue innere Objektbeziehung. Dies würde die mittlere Behandlungsphase einleiten und charakterisieren.

9.3.3 Komplikationen und Behandlungstechnik

Die Dynamik des grandiosen Selbst als Abwehrformation und die spezifischen Abwehrmuster von Spaltung und Idealisierung/Entwertung bedingen spezielle Komplikationen. Werden sie jedoch erkannt und verstanden, kann damit gut gearbeitet werden.

1. Das *grandiose Selbst* kann spezifischere Objektbeziehungsdynamiken kaschieren. Es wirkt dann so, als hätte der Patient keine spezifische Übertragung zum Therapeuten, als wäre dieser eher eine »neutrale Person« oder ein Experte/Coach, den man sich wie viele andere »Zulieferer« engagiert – aber in dieser *Vermeidung* einer libidinösen oder auch aggressiven und spezifischeren Übertragung besteht genau die momentane Übertragung!
2. *Narzisstische Kränkbarkeit* und *Wut*. Der Patient kann gerade den einfühlungsfähigen und dennoch abgegrenzten Therapeuten als voyeuristisch oder ausbeuterisch ansehen oder diffamieren, Deutungen können als Zusammenstoß, Kritik oder Angriff erlebt werden (→ Fallbeispiel 1).
3. *Angriff auf Erkenntnis*, auf Lernen und Denken aus Abwehr von Neid und Abhängigkeitserleben. Bemerkungen des Therapeuten werden als »abwegig«, »banal« oder

»lehrbuchhaft« entwertet, sodass der Therapeut selber in Gefahr ist, seine eigene Kreativität infrage zu stellen, sich zu unterwerfen, um beißende Kritik und quälende negative Übertragungen zu vermeiden. Der Übergangsraum von Einfällen, Hypothesen und Assoziationen wird so zerstört, Metaphorik (wie auch andere Formen des Primärprozesses) werden durch konkretistisches Denken behindert. Es findet allenfalls kognitives Lernen ohne emotionales Verstehen statt. Dieser Widerstand sollte frühzeitig gedeutet werden, natürlich im Zusammenhang mit den zugrunde liegenden Problemen von Angst vor Abwertung und Auswirkungen von Neid. Dadurch werden kontinuierlich Selbstbeobachtung und Mentalisierung (sich selbst von außen mit den Augen des anderen sehen können) angeregt (→ Fallbeispiel 1).

4. *Destruktive Idealisierung.* Auch wenn eine Erkenntnis gewonnen wurde, z. B. zum oben beschriebenen Zusammenhang, verpufft sie gleichsam, entfaltet keine Wirkung, wird nicht durchgearbeitet und internalisiert. Stattdessen dient sie häufig nur dem Erleben großartiger Teilhabe – »*wir beide sind doch ein großartiges Team, ein perfektes Paar!*« In einer gemeinsamen Idealisierung wird das »Verpuffen« der Erkenntnis häufig übersehen. Hier ist die genaue Untersuchung der Gegenübertragung besonders wichtig: Befinde ich mich aktuell in einem gemeinsamen Hochgefühl mit dem Patienten? Prüfe ich kritisch, ob er mit meinen Fragen, Klärungen oder Deutungen wirklich arbeitet und sich adäquat irritieren lässt? Bemerkt der Therapeut den Widerstand der destruktiven Idealisierung, so spricht er ihn in Verbindung mit dem Abwehrzweck an.
5. *Destruktive Entwertung.* Die Äußerungen des Therapeuten werden durchgehend in einer Weise als »falsch« und »nicht hilfreich, ja schädlich« zurückgewiesen, dass das Nachdenken des Therapeuten beeinträchtigt wird (→ auch Pkt. 3) und der Patient sich nicht berühren lassen muss, sondern Aggression im Sinne von Empörung als Distanzierung nutzen kann. Die Objektbeziehungsdyade ist hier: »Überlegener Patient in Beziehung zu unzureichendem oder ihn fürchtenden Therapeuten«. Hier kann die Methode des »hypothetischen Dritten« Raum zum Nachdenken schaffen: »*Stellen Sie sich einmal probeweise vor, wie ein unbeteiligter Betrachter unser momentanes Gespräch erleben würde – was würde ihm auffallen?*« Auch hier ist wieder die Berücksichtigung von Neid und Angst vor Abhängigkeit als Motiv zentral (→ Fallbeispiel 1).
6. *Omnipotente Kontrolle.* Der Patient bemüht sich, durchgehend Kontrolle über das therapeutische Geschehen zu behalten, z. B. durch den vorzeitigen Wunsch nach pragmatischer Nutzanwendung einer Erkenntnis: »*Das mag ja sein, aber was mache ich jetzt damit?*« Diese »Flucht in die Pragmatik« tritt häufig dann auf, wenn der Klient mit einem beschämenden Aspekt der eigenen Person konfrontiert wird. Hier stehen Deutung von Beschämungs- und Versagensangst und Angst vor Aufgabe der omnipotenten Kontrolle im Zentrum der Deutungsarbeit.
7. *Wunsch nach spezieller Behandlung.* Ausnahmeregelungen, Privilegien und die Missachtung von Grenzen sollen dem Patienten das Gefühl der »Specialness« und damit eine Stützung des Größenselbst ermöglichen. Die Behandlungsvereinba-

rung, die am Anfang der Therapie immer wieder in Erinnerung gerufen und bearbeitet werden muss, ist hier hilfreich, weil sie Patient wie Therapeut am Agieren des Größenselbst hindert.

FALLBEISPIEL 1 Sprechen als Kampf, Krampf und Bedrohung (zu den Punkten 2, 3 und 5)

Sämtliche innere Empfindungen werden von der 27-jährigen Patientin in allgemeinen Termini vorgebracht (»Angst«, »Niedergeschlagenheit«, »Sinnleere«). Bei Klärungsversuchen erfolgen Vorwürfe.

P: »Ich weiß es eben nicht besser«, »Sie sind der Experte, sagen Sie, was Sie hören wollen, ich passe mich an!«, »Ich habe ja gesagt, Leere, was wollen Sie noch?«

Die Therapeutin versucht, Leere und Entfremdungserleben zu verstehen.

T: »Erklären Sie mir bitte an einem Beispiel genauer, wann das passiert, dass Sie in eine Rolle schlüpfen müssen und sich entfremdet fühlen?«

P: »Ich kenne nichts anderes, jetzt reden wir schon wieder über die Identität, das bringt mich auch nicht weiter!«

T: »Merken Sie denn, dass wir jetzt wieder in eine Art Streit geraten, obwohl es doch darum geht, dass ich mit Ihnen zusammen verstehe, was in Ihnen vorgeht?«

P: »Jetzt habe ich wieder etwas falsch gemacht, Schuldgefühle, wieder was nicht kapiert – aber die ganze Therapie soll doch dazu da sein, dass es mir besser geht und nicht noch schlechter als zu Beginn der Stunde!«

Es entsteht keine individuelle Erzählung, mit jeder persönlichen Äußerung fühlt sich die Patientin entkernt und bedroht, als wolle sie die Therapeutin in ein Theoriekorsett zwingen. Es gibt kein gemeinsames Probeüberlegen und keine freie Assoziation.

Die TFP versucht in einem solchen Fall, die Abwehr in Zusammenhang mit der aktivierten Grundangst und der Übertragung anzusprechen.

T: »Es fällt Ihnen ungemein schwer, mir auch nur Splitter Ihres Innenlebens preiszugeben – Sie erleben mich als egozentrisch, wertend, so als wenn ich nur darauf warten würde, Sie bloßzustellen, eines Fehlers zu bezichtigen und Sie auf eine Aussage für immer festzulegen! Sie können sich kaum vorstellen, dass wir uns gemeinsam in einem Dialog langsam ein Bild Ihres Erlebens entwerfen könnten.«

9.4 Probleme der Gegenübertragung

Narzisstische Patienten stellen eine besondere Herausforderung auch für erfahrene Therapeuten dar, weil sie durch ihre Fähigkeit zur »kognitiven Empathie« die Schwachstellen ihrer Behandler in großer Schärfe erkennen und benennen und durch den

Mangel an »emotionaler Empathie« nur wenig Zugang zur Aggressivität ihres Verhaltens und die daraus folgende Beeinträchtigung des Therapeuten haben.

Die Fähigkeit, den Therapeuten »fassungslos« zu machen, zum Stottern und in eine Ohnmachts- und Kleinheitsposition zu bringen, wird vom narzisstischen Patienten als Erleichterung und – psychodynamisch gesehen – als Restitution des Größenselbst erlebt. Die eigene Gegenübertragung wohlwollend erleben, beschreiben und nutzen, gleichsam neben sich treten zu können, stellt daher eine grundlegende Notwendigkeit für die Behandlung dieser Patientengruppe dar. Aus der Beobachtung der eigenen affektiven Situation können so Hypothesen über die inneren und in der Übertragung externalisierten Objektbeziehungsmuster des Patienten gewonnen und mitgeteilt werden.

Folgende Phänomene sind typisch für die Gegenübertragung bei narzisstischen Patienten:

1. *Distanzierende und ablehnende Gegenübertragung.* Um sich vor Entwertung und Negierung durch den Patienten zu schützen, kommt es häufig zu einem Mangel an Empathie für die hinter dem Größenselbst verdeckten leidenden Seiten des Patienten und einer mangelnden affektiven Besetzung des Patienten.
2. *Müdigkeit und Langeweile* können entsprechend zu 1. als psychische Äquivalenz des »Ausgelöscht-Werdens« als eigenständiges Objekt verstanden werden – werde ich nur als Teilobjekt, als Funktion für den Patienten betrachtet, sackt das eigene Energielevel ab, die notwendige Resonanz, ein »signifikantes Gegenüber« für den Patienten zu sein, fehlt. Dies sollte Anlass sein, die momentane Situation in der Übertragung anzusprechen und keinesfalls diesen Zustand stumm »auszuhalten«.
3. *Persistierende gegenseitige Idealisierung.* Dadurch werden kognitive Pseudoerkenntnisse erarbeitet, ohne dass eine Bearbeitung der narzisstischen Dynamik erfolgen würde. Der Therapeut merkt dies an einer ungewöhnlichen Harmonie in den Stunden, einer überraschenden Einigkeit und an einer Abwesenheit negativer Übertragung. Hier sollte die Vermeidung von Differenz wohlwollend und neugierig angesprochen werden (→ Fallbeispiel 2).
4. *Opferidentifikation.* Gemeinsame Sicht auf den Patienten als »Opfer«, Verleugnung seiner destruktiven Aspekte – dies schützt den Therapeuten vor Angriffen und Vorwürfen, selbst »Täter« gegenüber dem Patienten zu sein. Erkennt der Therapeut diese Gegenübertragung, so kann dies ein Anlass sein, die defensive Funktion der Opferidentifikation mit dem Patienten zu untersuchen.
5. *Eigene Kränkbarkeit* bei Entwertung durch den Patienten. Technische Neutralität und Bereitschaft, sich vom Patienten auch als Übertragungsobjekt »verwenden« zu lassen (Winnicott 1993), schützen davor, sich persönlich zu gekränkt zu fühlen.
6. *Narzissmus des Therapeuten.* Weist der Therapeut selbst deutliche narzisstische Züge auf, so kommt es häufig zu einer schematischen Anwendung von Konzepten. Es bestehen keine wirkliche Empathie und innere Erkenntnisverbindung zum Patienten. Ein deutlich narzisstischer Therapeut kann keine individuellen Abweichungen beim Patienten tolerieren und rationalisiert Eigenständigkeit häufig als Renitenz.

FALLBEISPIEL 2 Persistierende gegenseitige Idealisierung (zu Punkt 3)

Der 50-jährige erfolgreiche Geschäftsmann litt initial unter schwer fassbaren Selbstzweifeln und Verwirrheitszuständen über vermeintliche existenzielle Fragen (»Wie geht Zeit eigentlich?«). Darüber hinaus suchte er immer den Kontakt mit vermeintlichen Koryphäen aus dem Geschäftsleben, um damit die chronische Entwertung durch seinen mittlerweile verstorbenen Vater temporär auszugleichen. Einerseits sucht er ein familiäres Fusionsgefühl mit dem Gegenüber, andererseits möchte er unbedingt als »Sieger« hinsichtlich seiner Intelligenz (IQ 140) und Schlagfertigkeit (trotz mangelhafter Schulbildung) hervorgehen. Bei deutlich verbesserter Symptomatik (realistischere Geschäfts- und Lebensplanung, Wertschätzung der früher geschmähten Ehefrau, kontinuierlichere Sozialkontakte) bleibt in der Übertragungsbeziehung die Gier nach Lob (»Habe ich das nicht gut gesagt, Frau Doktor?«). Er dreht manchmal Erkenntnispirouetten, ausgehend von Deutungen der Therapeutin, und ergeht sich in geistreichen Pseudoassoziationen.

P: »Haben wir beide das nicht toll gemacht, Frau Doktor? Auch ein kleiner Nicht-studierter kann intelligent sein, hauptsächlich der IQ stimmt!«

TFP nimmt in einem solchen Fall Ausgang von einer genauen Untersuchung der chronischen Gegenübertragung: Die Therapeutin registriert eine unkritisch-stolze Betrachtung des Patienten (»Wie ein tolles Rennpferd in meinem Stall«), die zuweilen einem Leeregefühl weicht. Daraus schließt sie, dass die nicht analysierte idealisierende Fusion spätestens jetzt ein Entwicklungshemmnis darstellt.

T: »Sie sprechen so charmant-witzig von uns als einem einzigartigen Duo, und in der Tat haben wir auch viel erreicht. Indem Sie mich wie Ihr Rennpferd in Sachen ›Gefühl und Geist‹ zu halten versuchen, auf das Sie sofort aufspringen können, vereinnahmen Sie mich und verhindern, dass etwas Überraschendes, was ich sage, für einen Moment im Raum stehen bleibt und seine Wirkung auf Sie entfalten kann. Möglicherweise vermeiden Sie, sich doch auch einmal irritiert oder sogar unterlegen zu fühlen. Dieses Gefühl könnte dann entstehen, wenn ich tatsächlich einmal etwas ›besser‹ wissen könnte.«

Fazit

Eine strukturelle Veränderung der narzisstischen Störung ist u. E. nur unter Berücksichtigung der Reinszenierung in Übertragung und Gegenübertragung möglich. Eine Arbeit an der Übertragungsdynamik gelingt dann, wenn das Größenselbst der Patienten und die Entwertungstendenzen in ihrer Funktion der Abwehr von Selbstverlust und Beschämungsangst taktvoll benannt werden.

Literatur

- Bateman AW, Fonag, P (2014). Psychotherapie der Borderline-Persönlichkeitsstörung. Ein mentalisierungsgestütztes Behandlungskonzept. 2. Aufl. Gießen: Psychosozial-Verlag.
- Clarkin JF, Levy KN, Lenzenweger MF et al. (2007). Evaluating three treatments for Borderline personality disorder: a multiwave study. *Am J Psychiatry* 164: 922–928.
- Diamond D, Yeomans FE, Levy KN (2011). Psychodynamic Psychotherapy for Narcissistic Personality Disorder. In: Campbell K Miller J (eds). *The Handbook of Narcissism and Narcissistic Personality Disorder: Theoretical Approaches, Empirical Findings, and Treatment*. New York: Wiley; 423–433.
- Diamond D, Yeomans FE, Stern BL et al. (2022). Treating pathological narcissism with transference-focused psychotherapy. The Guilford Press.
- Joseph B (1989). *Psychisches Gleichgewicht und psychische Veränderung*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Kernberg OF (2006). Der nahezu unbehandelbare narzisstische Patient. In: Kernberg OF, Hartmann HP (Hrsg). *Narzissmus. Grundlagen – Störungsbilder – Therapie*. Stuttgart: Schattauer; 705–727.
- Kernberg OF (2021). Die narzisstische Persönlichkeit und ihre Beziehung zu antisozialem Verhalten und Perversionen – pathologischer Narzissmus und narzisstische Persönlichkeit. In: Doering S, Hartmann HP, Kernberg OF (Hrsg). *Narzissmus. Grundlagen – Störungsbilder – Therapie*. 2. Aufl. Stuttgart: Schattauer; 246–280.
- Kohut H (1979). *Die Heilung des Selbst*. Frankfurt/M.: Suhrkamp.
- Lohmer M (Hrsg) (2013). Neid, Narzissmus und Kampf gegen die Abhängigkeit. In: *Borderline-Therapie. Psychodynamik, Behandlungstechnik und therapeutische Settings*. 3. Aufl. Stuttgart: Schattauer; 66–71.
- Rosenfeld H (Hrsg) (1989). Zur Psychopathologie des Narzissmus – ein klinischer Beitrag. In: *Zur Psychoanalyse psychotischer Zustände*. Frankfurt/M.: Suhrkamp.
- Rudolf G (2013). *Strukturbezogene Psychotherapie. Leitfaden zur psychodynamischen Psychotherapie struktureller Störungen*. 3. überarb. Aufl. Stuttgart: Schattauer.
- Steiner J (1993). *Orte des seelischen Rückzuges*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Winnicott DW (Hrsg) (1993). Objektverwendung und Identifizierung. In: *Vom Spiel zur Kreativität*. Stuttgart: Klett-Cotta; 101–110.
- Yeomans FE, Clarkin JF, Kernberg OF (2017). *Übertragungsfokussierte Psychotherapie für Borderline-Patienten. Das TFP-Praxismanual*. Stuttgart: Schattauer.