

## 4 Der nahezu unbehandelbare narzisstische Patient

In diesem Kapitel gebe ich einen Überblick über die deskriptiven und psychodynamischen Merkmale, die die narzisstische Persönlichkeitsstörung charakterisieren, eine der häufigsten und therapeutisch mitunter herausforderndsten schweren Persönlichkeitsstörungen. Ich werde darstellen, auf welche typischen Übertragungsentwicklungen wir bei narzisstischen Persönlichkeitsstörungen treffen, welche behandlingstechnischen Möglichkeiten aus dem psychoanalytischen Spektrum uns zur Verfügung stehen und welche negativen Merkmale prognostisch am ungünstigsten einzuschätzen sind. In kurzen Fallvignetten werden diese illustriert, wobei ich auf den behandlingstechnischen Umgang sowie die Grenzen der Behandelbarkeit eingehen werde. Die schwersten Fälle dieser Persönlichkeitspathologie bewegen sich womöglich an der Grenze der Behandelbarkeit, nicht nur durch einen psychodynamischen Ansatz, sondern auch durch Psychotherapie im Allgemeinen. Gleichzeitig handelt es sich hier um einen Bereich, der uns im Hinblick auf Forschung und Therapie vor große Herausforderungen stellt.

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 Prognose noch ungünstiger zu beurteilen. Diese Negativtendenz kulminiert in den praktisch unbehandelbaren Patienten mit antisozialer Persönlichkeitsstörung, die nach unserem Dafürhalten die schwersten Fälle eines pathologischen 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. Manche dieser Patienten sprechen durchaus auf Behandlung an, 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.

## Kurzer Überblick über die Pathologie der narzisstischen Persönlichkeitsstörung

Um die folgende Zusammenfassung einigermaßen kurz zu halten, ist eine gewisse Kategorisierung und Strukturierung unvermeidlich. Ich bitte diesbezüglich um Nachsicht.

Die narzisstische Persönlichkeitsstörung präsentiert sich klinisch gesehen auf drei unterschiedlichen Schweregraden. Die mildesten, „neurotisch“ anmutenden Fälle lassen für gewöhnlich eine Psychoanalyse für 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 typisch narzisstische Syndrom mit all seinen unterschiedlichen klinischen Erscheinungsbildern, die im Folgenden noch dargestellt werden sollen. 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 narzisstischen Persönlichkeitsstörung 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. Bei 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 – außer es sprechen bestimmte individuelle Gründe gegen diesen Ansatz, sodass supportive oder kognitiv-verhaltenstherapeutische Verfahren als die Behandlungsmethode der Wahl erscheinen (Levy et al. 2005). 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 zeigen bzw. andere durch ihre Gewalttätigkeit bedrohen. Aggression gegen andere oder sich selbst ist typisch für anti-

soziales 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 Fantasien von Erfolg und Grandiosität vor, während Realitäten, die das aufgeblähte Selbstbild infrage stellen, vermieden werden. Schließlich können wahre Attacken von Selbstunsicherheit 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 geben sich anspruchlich, 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, 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 „Scham-“ denn „Schuldkultur“ bestimmt und ihre Werte muten kindlich an. Im Falle schwerer Über-Ich-Pathologie kommt es zu chronisch antisozialem Verhalten. Mangelndes Verantwortungsbewusstsein in ihren Beziehungen und fehlende Rücksichtnahme auf andere sind ein Indikator 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) 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 in Form von sexueller Promiskuität, sexueller Hem-

mung, 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 der narzisstischen Persönlichkeitsstörung**

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 für gewöhnlich 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 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 1992b; Rosenfeld 1997). An die Stelle emotionaler Reflexion und möglicher Integration der Interventionen des Therapeuten tritt der Versuch der „Selbstanalyse“ und 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 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 Kontrollversuches 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 ist 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 – eine Fähigkeit, die dem Patienten fehlt, was ihm auch 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 Pseudoidentifizierung 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 Größenselbst dieser Patienten zusammenfließen, hat ein allmähliches Nachlassen der Grandiosität in der Übertragung und in der Pseudointegration dieses pathologischen Größenselbst 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 paranoiden Übertragungen kann, ebenso wie narzisstische Wut, die die Ansprüchlichkeit und das neidische Ressentiment des Patienten zum Ausdruck bringt, zum vorherrschenden Merkmal in der Übertra-