



Lammers • Eismann

THERAPIE-TOOLS



Narzissmus



E-Book inside auf
psychotherapie.tools



BELTZ

Prof. Dr. Claas-Hinrich Lammers
Asklepios Klinik Nord – Ochsenzoll
Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik
Langenhorner Chaussee 560 | 22419 Hamburg

Dr. med. Gunnar Eismann
Klinik für Allgemeinpsychiatrie und Psychotherapie
Psychiatrisches Krankenhaus Rickling
Daldorfer Str. 2 | 24635 Rickling

Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung ist ohne Zustimmung des Verlags unzulässig. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronische Systeme. Die Verlagsgruppe Beltz behält sich die Nutzung ihrer Inhalte für Text und Data Mining im Sinne von § 44b UrhG ausdrücklich vor. Trotz sorgfältiger inhaltlicher Kontrolle übernehmen wir keine Haftung für die Inhalte externer Links. Für den Inhalt der verlinkten Seiten sind ausschließlich deren Betreiber verantwortlich.

Dieses Buch ist erhältlich als:
ISBN 978-3-621-28871-2 Print
ISBN 978-3-621-29274-0 E-Book (PDF)

1. Auflage 2025

© 2025 Programm Beltz Psychotherapie & Psychologie
Beltz Verlagsgruppe GmbH & Co. KG
Werderstraße 10, 69469 Weinheim
service@beltz.de
Alle Rechte vorbehalten

Lektorat: Andrea Glomb
Umschlagbild: Lina Marie Oberdorfer
Herstellung: Sonja Droste
Satz: WMTP Wendt-Media Text-Processing GmbH, Birkenau
Druck und Bindung: Beltz Grafische Betriebe, Bad Langensalza
Beltz Grafische Betriebe ist ein Unternehmen mit finanziellem Klimabeitrag (ID 15985-2104-1001).
Printed in Germany

Weitere Informationen zu unseren Autor:innen und Titeln finden Sie unter: www.beltz.de

Inhalt

Verzeichnis der Arbeits- und Informationsblätter	6
Vorwort	9
1 Der Einstieg in die Therapie	11
2 Therapeutische Beziehungsgestaltung	56
3 Störungsmodell erarbeiten	82
4 Arbeit am grandiosen Selbst	113
5 Arbeit am vulnerablen Selbst	161
6 Soziale Interaktion verbessern	231
Literatur	270

Verzeichnis der Arbeits- und Informationsblätter

1	Der Einstieg in die Therapie	11
INFO 1	Die häufigsten Fehler in der Therapie narzisstischer Patient:innen	17
AB 1	Meine Therapie: Was sind meine Wünsche?	22
INFO 2	Basisstrategien zur Krisenintervention	24
INFO 3	Positive Selbstinstruktion	26
AB 2	Hilfreiche innere Sätze	27
INFO 4	Umgang mit Suizidalität in der Therapie	28
AB 3	Notfallplan für narzisstische Krisen	30
AB 4	Sofortstrategien zur Konfliktlösung	31
INFO 5	Was ist Narzissmus? Normalität und Störung	32
AB 5	Dimensionale Narzissmus-Skala	35
AB 6	Ressourcenanalyse und Ressourcenaktivierung	36
AB 7	Gründe für und gegen eine Therapie	38
AB 8	Zielanalyse: Vereinbarung von Therapiezielen	39
INFO 6	Der vulnerable Narzissmus	41
INFO 7	Bedürfnisse, Ziele und Werte	45
AB 9	Werte formulieren	48
AB 10	Meine Werte verwirklichen	50
AB 11	Werteorientiertes Verhalten	51
AB 12	Wertekreis	52
AB 13	Reden zum 80. Geburtstag	55
2	Therapeutische Beziehungsgestaltung	56
AB 14	Die therapeutische Beziehung einschätzen	62
INFO 8	Wie ruiniere ich meine therapeutische Beziehung?	65
AB 15	Beziehungskonto: einzahlen und abheben	67
INFO 9	Erarbeitung der Übertragungshypothesen	69
INFO 10	Die Übertragungsreaktion	72
AB 16	Übertragungsanalyse	75
AB 17	Liste meiner prägenden Bezugspersonen	76
AB 18	Meine Übertragungshypothesen	77
INFO 11	Interpersonelle Diskriminationsübung	79
3	Störungsmodell erarbeiten	82
INFO 12	Die doppelte Selbstwertregulation beim grandiosen und beim vulnerablen Narzissmus	87
INFO 13	Störungsmodell der narzisstischen Problematik erarbeiten	90
AB 19	Störungsmodell als Diagramm visualisieren	93
AB 20	Bedürfniskreis	97
INFO 14	Drei Bewältigungsstrategien: Vermeiden, Kämpfen, Erdulden	100
AB 21	Meine Bewältigungsstrategien	104
INFO 15	Grundbedürfnisfrustrationen, Grundannahmen, Erwartungen und Lebensregeln	105

AB 22	Problemanalyse: Von der Frustration von Grundbedürfnissen zum Bewältigungsverhalten	108
AB 23	Meine Grundbedürfnisfrustrationen und Lebensregeln	109
AB 24	Emotionale Reaktionsketten	111
4	Arbeit am grandiosen Selbst	113
AB 25	Selbstwert-Skala	118
AB 26	Mein Selbstbild	120
INFO 16	Vulnerabler Selbstwertkern und grandiose Hülle	121
AB 27	Mein persönliches Hülle-Kern-Modell	125
AB 28	Die Funktionalität meiner grandiosen Verhaltensweisen	128
AB 29	Reaktionen anderer Menschen auf mein grandioses Selbst	130
AB 30	Vor- und Nachteile meiner grandiosen Verhaltensweisen	132
INFO 17	Was ist adaptives Verhalten?	135
AB 31	Adaptivitätsanalyse	137
AB 32	Der narzisstische Teufelskreis	138
AB 33	Ein realistisches Selbstbild erarbeiten: Realitätscheck	139
AB 34	Selbstwahrnehmung und Fremdwahrnehmung	142
INFO 18	Die narzisstische Anspruchshaltung	144
AB 35	Die Regeln hinter meiner narzisstischen Anspruchshaltung	147
AB 36	Die narzisstische Anspruchshaltung hinterfragen und verändern	150
AB 37	Narzisstische Fantasien	152
AB 38	Die Bedeutung von Macht, Dominanz und Manipulation in meinen persönlichen Beziehungen	155
INFO 19	Die Bedeutung von Neid	157
AB 39	Neid-Analyse	160
5	Arbeit am vulnerablen Selbst	161
INFO 20	Das negative Selbstschema	167
AB 40	Mein negatives Selbstschema	168
AB 41	Negative Grundannahmen und Beziehungserwartungen überprüfen	170
AB 42	Protokoll zur Veränderung meiner negativen Selbstgespräche	172
AB 43	Überprüfung meiner zwischenmenschlichen Interpretationen	174
AB 44	Ziele für mein vulnerables Selbst	178
INFO 21	Problematische Emotionen	180
AB 45	Meine Problememotionen	182
INFO 22	Wie funktioniert Emotionsregulation?	183
INFO 23	Stressregulation	185
AB 46	Anspannungsskala	188
AB 47	Emotionsanalyse	189
AB 48	Emotionsplan	192
INFO 24	Scham	195
INFO 25	Kränkung und Kränkbarkeit	198
AB 49	Kränkungsanalyse	200
INFO 26	Ärger und Wut: Bedeutung, Funktion und Regulation	202
AB 50	Meine Strategien zum hilfreichen Umgang mit Ärger und Wut	204
AB 51	Ärger-Analyse	207

INFO 27	Ärgerimpfung	210
AB 52	Ärger-Hierarchie und Ärgerimpfung-Protokoll	213
AB 53	Meine Selbstwertquellen	215
AB 54	Checkliste für die Arbeit an meinem Selbstwertgefühl	217
INFO 28	Innere Leere, Langeweile und Sinnlosigkeit: das schwarze Loch des Narzissmus	219
AB 55	Meine dysfunktionalen Bewältigungsstrategien	222
AB 56	Meine Themen und Tätigkeiten: intrinsische und extrinsische Motivation	223
AB 57	Liste meiner intrinsisch motivierten Themen und Tätigkeiten	226
AB 58	Training intrinsisch motivierter Tätigkeiten	229
6 Soziale Interaktion verbessern		231
INFO 29	Die Problematik narzisstischer Beziehungsgestaltung	234
AB 59	Selbstreflexion: Meine problematischen Verhaltensweisen	239
INFO 30	Teufelskreis gestörter zwischenmenschlicher Beziehungen	243
AB 60	Beziehungsanalyse	246
AB 61	Bedürfnisbezogene Beziehungsgestaltung	247
AB 62	Beziehungsbezogenes Therapietagebuch	250
INFO 31	Reziproke Beziehungsgestaltung	251
AB 63	Gedankenexperiment: reziproke Beziehungsgestaltung	254
AB 64	Verhaltensexperiment: reziproke Beziehungsgestaltung	255
INFO 32	Was ist Empathie?	258
INFO 33	Training des Perspektivwechsels	260
INFO 34	Interaktionsanalyse	263
AB 65	Interaktionsanalyse	266
INFO 35	Prosoziale Kompetenzen	267
AB 66	Training prosozialer Kompetenzen	269

Vorwort

Narzissmus ist zwar ein sehr prominentes Thema, sowohl in der Öffentlichkeit als auch im klinisch-therapeutischen Alltag, doch findet sich in populärwissenschaftlichen Veröffentlichungen oftmals eine einseitig negative Darstellung sogenannter »Narzissten«. Auch gibt es viele Therapeut:innen, die Vorbehalte gegenüber narzisstischen Patient:innen hegen, die therapeutische Arbeit mit diesen als belastend empfinden oder sie sich schlichtweg nicht zutrauen. So sind es nur wenige Therapeut:innen, die gerne mit narzisstischen Menschen arbeiten und diese mit offenen Armen empfangen.

Was ist die Grundlage solcher Vorbehalte und was ist es, das narzisstische Menschen als Patient:innen im Kontext einer Psychotherapie so unattraktiv macht? Es ist ihre nach außen zur Schau gestellte Überheblichkeit, Arroganz und Selbstidealisation, die es ihren Mitmenschen, aber auch Therapeut:innen, schwer macht, ihnen gegenüber Sympathien oder gar Mitgefühl und Mitleid zu empfinden. So sind es gerade diese grandiosen Denk- und Verhaltensweisen narzisstischer Patient:innen, die uns dazu verleiten können, sie als selbstverliebt und selbstgerecht zu beurteilen und dabei ihre verletzte Seite zu übersehen. Zudem wird die grandiose Überheblichkeit und Selbstdarstellung im Kontakt mit Patient:innen oft als unangenehm oder sozial inakzeptabel wahrgenommen, was auch Therapeut:innen zu der mehr oder weniger bewussten Annahme bringen kann, sie seien doch »selbst schuld«. Eine solche Haltung kann dann in einem mehr oder weniger offen wertenden oder sogar ablehnenden Verhalten der Therapeut:in zum Ausdruck kommen. Zudem erscheinen narzisstische Patient:innen im therapeutischen Kontakt oftmals als »schwierig«. Ihr dominantes, distanziertes, überhebliches, entwertendes, selbstgerechtes, rechthaberisches und dann wieder selbstmitleidiges Interaktionsverhalten stellt eine nicht unerhebliche Herausforderung für die therapeutische Beziehungsgestaltung dar und erweckt zugleich den Anschein fehlender Therapie- und Veränderungsmotivation. Tatsächlich liegt in der Kombination beider Punkte jedoch eine gewisse Tragik narzisstischer Patient:innen begründet: Ist es doch die grandiose Kompensation ihres verletzten Selbstwertgefühls, die oftmals die therapeutische Arbeit an eben dieser Problematik verhindert.

Der Aufbau einer tragfähigen therapeutischen Beziehung mit narzisstischen Patient:innen ist also nicht einfach, und es ist erst einmal verständlich, diese als besonders herausfordernd wahrzunehmen. Doch sollten wir uns an die Zeit der 1980er-Jahre erinnern, in der auch Borderline-Patient:innen bis zur Einführung der Dialektisch-Behavioralen Therapie (DBT) als nahezu unbehandelbar galten. Diese und in der Folge weitere spezialisierte Therapien eröffneten damals Wege zur Behandlung der Borderline-Störung und förderten nach und nach das Verständnis und die Akzeptanz für die Patient:innen.

Wie bei der Borderline-Störung sind es im Wesentlichen drei Dinge, die Therapeut:innen die Arbeit mit narzisstischen Patient:innen erleichtern:

- (1) die Kenntnis der dieser Störung zugrunde liegenden Psychodynamik, die uns die Patient:innen und deren Leiden verstehen lässt
- (2) eine Beziehungsgestaltung, die den spezifischen Bedürfnissen und Eigenheiten narzisstischer Patient:innen Rechnung trägt
- (3) das Wissen um Interventionen, die für die veränderungsorientierte Therapie hilfreich sein können

Dieses Buch trägt diesen drei Punkten Rechnung und stellt neben entsprechend kurz gehaltenen Informationstexten Arbeitsblätter zur Verfügung, die den Einstieg in die Therapie sowie die therapeutische Beziehungsgestaltung mit narzisstischen Patient:innen erleichtern. Außerdem sollen die hier vorgestellten Tools und Interventionen dabei helfen, die narzisstischen Patient:innen für eine aktive und konstruktive Mitarbeit an ihrer Therapie zu gewinnen und dabei deren oftmals ausgeprägte Ressourcen wie Begeisterungsfähigkeit und Leistungsbereitschaft zu nutzen.

Es war uns wichtig, den Fokus nicht nur auf die grandios-narzisstischen, sondern gleichermaßen auch auf die vulnerabel-narzisstischen Patient:innen zu richten. Patient:innen mit vulnerablen Narzissmus finden sich tatsächlich sogar häufiger im therapeutischen Setting, werden jedoch wegen ihrer hinsichtlich einer narzisstischen Problematik untypisch erscheinenden Eigenschaften oft als ängstlich-vermeidend oder chronisch depressiv diagnostiziert. Dabei ist es von großer Bedeutung, auch diesen vulnerablen Typus der narzisstischen Problematik zu erkennen, da die auf eine vermeintliche chronische Depression abzielenden psychotherapeutischen Behandlungsversuche regelmäßig zu frustrierten Therapieverläufen führen.

Unsere Hoffnung ist es, dass Therapeut:innen mithilfe der Materialien ihre Arbeit mit narzisstischen Patient:innen besser planen bzw. strukturieren und sie von Beginn an aktiv in den Therapieprozess mit einbeziehen können. Sollte uns das in der einen oder anderen Form mit diesem Buch gelungen sein, dann war es die Mühe wert!

Hamburg, im Mai 2025

*Claas-Hinrich Lammers
Gunnar Eismann*

1 Der Einstieg in die Therapie

Die Psychotherapie narzisstischer Patient:innen ist je nach Schweregrad ihrer Störung komplex und erfordert viel Zeit. Zentrale Elemente im Verlauf der Therapie sind

- ▶ die Schemaaktivierung, -klärung und -bearbeitung,
- ▶ die Problemaktualisierung in der therapeutischen Beziehung,
- ▶ die Verbesserung der zwischenmenschlichen Interaktionen mit Training des Perspektivwechsels sowie
- ▶ die Reduktion des Erlebens innerer Leere durch Förderung intrinsisch motivierter Tätigkeiten (Lammers, 2023).

■ Wichtig

Zu Beginn besteht die Herausforderung darin, die Patient:innen überhaupt dazu zu bringen, sich so weit auf eine Therapie einzulassen, dass die erwähnten Elemente thematisiert werden können. Dabei bedarf es nur einiger Fehler oder Ungeschicklichkeiten in der therapeutischen Haltung bzw. im therapeutischen Vorgehen, um die Gefahr eines frühzeitigen Therapieabbruchs sofort ansteigen zu lassen. Schon der Einstieg in die Psychotherapie ist für narzisstische Patient:innen eine Hürde, denn aufgrund ihrer Störung ist es für sie schwer erträglich, sich gegenüber einem Therapeuten oder einer Therapeutin in einer hilfeschuchenden und schwächeren Position zu erleben. Über diese Belastung und die häufigsten Fehler im Umgang mit narzisstischen Patient:innen sollten sich Therapeut:innen im Klaren sein.

Therapeutische Beziehungsgestaltung

Die Gestaltung der therapeutischen Beziehung ist für die Motivation der Patient:innen von zentraler Bedeutung, und die Reflexion ihrer Entwicklung und Stabilität begleitet Therapeut:innen über die gesamte Zeitdauer der Therapie hinweg. Deswegen besteht am Anfang der Therapie narzisstischer Patient:innen die Herausforderung, mit diesen eine tragfähige Beziehung aufzubauen und einen Rahmen für das gemeinsame Vorgehen zu finden, der den Bedürfnissen und Vorlieben der Patient:innen entspricht. Dies wird häufig dadurch erschwert, dass die Patient:innen zumeist nicht wegen ihrer narzisstischen Problematik in die Therapie kommen, sondern im Rahmen einer Krise bzw. vordergründig mit anderen psychischen Erkrankungen (z. B. Depression, Burnout, Suchterkrankung), sodass für den Narzissmus selbst erst einmal ein Problembewusstsein etabliert werden muss.

Verlauf der Therapie

Einstieg in der Krise. Am Anfang einer längerfristigen Therapie steht häufig eine Krisenintervention, wenn die Patient:innen im Rahmen akuter Belastungen, hervorgerufen durch Beziehungsschwierigkeiten, berufliche, finanzielle oder gesundheitliche Probleme, ihr Größenselbst nicht mehr aufrechterhalten können. Grundsätzlich ist davon auszugehen, dass sich die meisten narzisstischen Patient:innen zum Zeitpunkt ihres ersten Kontakts mit einer Psychotherapeutin bzw. dem therapeutischen Hilfesystem in einem sog. vulnerablen Zustand befinden, der von Emotionen wie Scham, Angst und Hilflosigkeit, Depressivität bis hin zu Suizidgedanken geprägt ist. In einem solchen vulnerablen Zustand sind die Patient:innen entgegen ihrem sonstigen Auftreten oftmals sehr hilfebedürftig, selbstmitleidig, verunsichert, manchmal aber auch unerwartet selbstkritisch. Dies sollte allerdings nicht zum Anlass genommen werden, sofort mit einer problemfokussierten Arbeit an den narzisstischen Erlebnis- und Verhaltensweisen zu beginnen. Den Patient:innen fehlt hierzu die notwendige Stabilität, au-

ßerdem haben sie noch keine ausreichend stabile und damit auch belastbare Beziehung zu ihrer Therapeut:in aufgebaut. Deshalb richtet sich die Therapie bei einem akut vulnerablen Zustand zunächst auf die *Reetablierung des Größenselbst*, indem akute Probleme lösungsorientiert bearbeitet und Ressourcen reaktiviert werden. So sollen Gefühle von Scham, Angst und Hilflosigkeit abgebaut werden, sodass sich die Patient:innen wieder in Richtung ihres Größenselbst bewegen können. Dabei wird weitgehend auf therapeutische Ansätze verzichtet, die sich auf die Klärung und Bearbeitung der narzisstischen Störung beziehen, da die Patient:innen hierzu in einer Krise zu instabil sind: Wenn man sich in einer Gefahrensituation befindet, ist es schließlich hilfreicher, nach einem Ausweg zu suchen, als darüber nachzudenken, wie man dort hineingeraten ist. Dabei ist es zunächst einmal akzeptabel, wenn dieser Ausweg im Prinzip auf den narzisstischen Bewältigungsstrategien beruht, die die Entstehung der Krise im Grunde überhaupt erst ausgelöst haben.

■ Wichtig

Den Patient:innen stehen zu Beginn der Therapie gar keine adaptiven Bewältigungsstrategien zur Verfügung, auf die sie in der Krise zurückgreifen könnten. Die Reaktivierung des Größenselbst ist in dieser frühen Therapiephase umso wichtiger, da die Suizidgefahr narzisstischer Patient:innen nicht unterschätzt werden darf. Narzisstische Krisen, auch bei Patient:innen, die keine Narzisstische Persönlichkeitsstörung (NPS) aufweisen, sind häufig als Auslöser für einen Suizidversuch zu finden.

Übergang zur längerfristigen Therapie. Wenn die Krisenintervention erfolgreich verlaufen ist, besteht die Herausforderung darin, die Patient:innen für eine Fortführung der Therapie zu motivieren, um an ihrer narzisstischen Störung zu arbeiten. An dieser Stelle ist die therapeutische Beziehungsgestaltung von großer Bedeutung, da die Therapiemotivation der Patient:innen trotz ihres Leidensdrucks zunächst auf ihrer persönlichen Einschätzung und Bewertung ihrer Therapeutin fußt. Fühlen sie sich mit ihr wohl, erleben sie die Beziehung als positiv (was immer das auch im Einzelfall bedeuten mag). Fühlen sie sich verstanden und akzeptiert, können sie ausreichend Motivation entwickeln, um sich auf eine weiterführende Therapie einzulassen. Auch wenn die therapeutische Beziehungsgestaltung viele Facetten hat, so steht zu Beginn die empathisch-validierende, komplementäre, ressourcenorientierte und kooperative Beziehungsgestaltung im Vordergrund.

Die Patient:innen möchten weniger explizit »behandelt« werden als vielmehr sich verstanden und grundsätzlich wertgeschätzt fühlen und auf Augenhöhe mit der Therapeutin an ihren Problemen arbeiten (Kooperation). Ihre kooperative Haltung macht die Therapeutin insbesondere dadurch deutlich, dass sie auf die Wünsche, Bedürfnisse, aber auch Abneigungen besondere Rücksicht nimmt. Hierzu gehört auch, dass sie offen die Frage nach Gründen für, aber auch gegen eine Therapie stellt, um im Vorfeld bereits Wünsche, Probleme und Fehlannahmen bezüglich einer Psychotherapie klärend zu besprechen. Außerdem ist dieses Vorgehen ein deutliches Zeichen an die Patient:innen, dass diese ein gewichtiges Mitspracherecht haben und ihre individuellen Bedürfnisse und Abneigungen im Rahmen der therapeutischen Vertretbarkeit respektiert werden.

■ Tipp

Es ist oft hilfreich, weniger die Haltung einer Therapeutin als die eines Coaches einzunehmen, dessen Aufgabe darin besteht, einer grundsätzlich leistungsfähigen Person dazu zu verhelfen, ihr volles Potenzial freisetzen zu können. Therapeutische Aufgaben sollten dabei nach Möglichkeit so vermittelt werden, dass diese Trainingscharakter haben oder eine Herausforderung darstellen. So kommen sie dem Leistungsstreben der Patient:innen entgegen.

Erarbeitung von Therapiezielen

Während das Ziel der Therapie im Rahmen einer Krise bzw. bei akuten Konflikten noch keiner expliziten Thematisierung bedarf, muss am Übergang zu einer langfristigen Therapie die Suche nach positiven Therapiezielen stehen. Narzisstische Patient:innen sind primär auf das Erleben von positiven Emotionen und Selbstwirksamkeit ausgerichtet. Sie lassen sich demnach weniger durch die Aussicht auf eine Abnahme an Leiden motivieren als durch die Aussicht auf einen Zuwachs an Kompetenz und Befriedigung von (bislang frustrierten) Bedürfnissen. Deshalb müssen bereits zu Beginn der Therapie konkrete positive Ziele herausgearbeitet werden. Zu den häufigsten positiven Zielen gehören:

- ▶ stabile Beziehungen gestalten können
- ▶ größere Stabilität und Zufriedenheit im Berufsleben
- ▶ zufriedener mit sich selbst sein

Wegen der niedrigen Frustrationstoleranz der Patient:innen sollten die positiven Ziele im Verlauf der Therapie immer wieder explizit Erwähnung finden und noch so kleine Fortschritte in deren Erreichung deutlich hervorgehoben werden. Zur positiven Beziehungsgestaltung bzw. der Ausrichtung auf das Positive gehört auch die Kenntnis um die individuellen Ressourcen der Patient:innen, um diese dann für den Therapieprozess zu nutzen.

Vermittlung der Diagnose

Oftmals wird zu Beginn der Therapie die Thematisierung der Diagnose einer narzisstischen Störung als Hürde angesehen, da Therapeut:innen Angst vor der Reaktion der Patient:innen auf diese fachliche Einschätzung haben. Erfahrungsgemäß fällt diese Reaktion aber weniger heftig als erwartet aus, da die meisten Patient:innen sich ihrer narzisstischen Problematik bewusst sind (auch wenn sie dies nach außen hin nicht eingestehen wollen). Hilfreich bei der Thematisierung der Diagnose ist ein eher *ressourcenorientierter Ansatz*, bei dem die narzisstischen Probleme als eine übertrieben starke Ausprägung an sich selbstwertdienlicher und adaptiver Persönlichkeitseigenschaften eingeordnet werden.

In diesem Zusammenhang steht auch die Psychoedukation zum Konzept des Narzissmus. Diese sollte auf der Dimensionalität selbstwertdienlicher Erlebnis- und Verhaltensweisen aufbauen, die von einer adaptiven über eine problematische Ausprägung bis hin zu einer Narzisstischen Persönlichkeitsstörung reichen. Anhand dieser Dimensionalität können der Patientin die Vor- und Nachteile ihrer narzisstischen Eigenschaften zunächst sachlich und neutral verdeutlicht und in der Folge auch eindeutig maladaptive Anteile problematisiert werden. Diese werden dann in ihrer Auswirkung mit den zuvor ermittelten therapeutischen Zielen kontrastiert. Wichtig hierbei ist, dass die Haltung der Therapeutin deutlich macht, dass sie keine normativen Ziele verfolgt (i.S. von »So darf man nicht sein«). Hingegen begegnet sie den Erlebnis- und Verhaltensweisen der Patientin eher neutral (i.S. von »So kann man denken, fühlen und handeln«) und problematisiert diese nur vor dem Hintergrund der Ziele der Patientin (»Werden Sie Ihre Ziele erreichen können, wenn Sie sich weiterhin so verhalten?«).

Wertebezogene Neuorientierung

Die Neuausrichtung auf therapeutische Ziele sollte eingebettet sein in eine werteorientierte Arbeit, wie sie aus der Akzeptanz- und Commitmenttherapie (ACT) bekannt ist (Eifert, 2022), und im Rahmen derer die gewählten Ziele mit einer Neuorientierung in Bezug auf grundsätzliche Werte verknüpft werden. Hierzu wird das bisherige Wertgefüge der Patient:innen erhoben und kritisch hinterfragt, mit dem Ziel, dass sie dieses verändern bzw. neu entwerfen. Dabei geht es um die Frage, welche Werte ihnen eine Orientierung hinsichtlich der therapeutischen Ziele geben könnten. Es ist besonders hervorzuheben, dass die Patient:innen neue Werte für sich definieren, diese also willentlich umsetzen, um dann bewusst und gezielt an der Verfolgung therapeutischer Ziele zu arbeiten, die mit diesen Werten in Einklang stehen. Auf jeden Fall muss der Wertewandel bewusst und willentlich herbeigeführt werden. Es bedarf einer anhaltenden Motivation und Anstrengung, die neue Werteorientierung dauerhaft beizubehalten und in alltägliches Verhalten umzusetzen.

■ Wichtig

Es gibt sicherlich Patient:innen, die sich in einem frühen Stadium der Therapie hiervon überfordert fühlen bzw. noch mit der Vorstellung kämpfen, dass ihre Probleme zum größten Teil auf ihre Umwelt zurückzuführen sind. In dem Fall sollte die wertebezogene Arbeit zu einem späteren Zeitpunkt der Therapie erfolgen.

Arbeits- und Informationsmaterial

INFO 1 Die häufigsten Fehler in der Therapie narzisstischer Patient:innen

Das Informationsblatt gibt einen kurzen Überblick über mögliche Fehler insbesondere in der therapeutischen Beziehungsgestaltung.

AB 1 Meine Therapie: Was sind meine Wünsche?

Dieses Arbeitsblatt regt die Patientin dazu an, über ihre Bedürfnisse und Wünsche hinsichtlich der Zusammenarbeit mit ihrer Therapeutin sowie den Vorgehensweisen im Rahmen der Therapie nachzudenken. Im Verlauf der Therapie sollte immer wieder überprüft werden, ob bezüglich der therapeutischen Beziehung sowie der Themen und Vorgehensweisen Übereinstimmung mit den Wünschen der Patientin besteht. Hierzu kann zusätzlich **AB 14** »Die therapeutische Beziehung einschätzen« verwendet werden.

INFO 2 Basisstrategien zur Krisenintervention

Das Informationsblatt vermittelt die wichtigsten Strategien zur Bewältigung einer narzisstischen Krise. Hierbei kommt es darauf an, den Patient:innen einen Ausweg aus der teilweise lebensbedrohlichen Krise zu zeigen bzw. sie dabei zu begleiten.

INFO 3 Positive Selbstinstruktion

Auf diesem Informationsblatt wird der Patientin eine Technik der Selbstregulation vermittelt, die sie in Problemsituationen immer wieder zur Selbstberuhigung, Selbstunterstützung und Selbstinstruktion nutzen kann.

AB 2 Hilfreiche innere Sätze

Das Arbeitsblatt dient dazu, erarbeitete positive innere Sätze (Selbstinstruktion) als Gedächtnisstütze schriftlich festzuhalten.

INFO 4 Umgang mit Suizidalität in der Therapie

Dies ist ein Informationstext für Patient:innen, in dem vermittelt wird, auf welche Weise sie im Rahmen einer Psychotherapie mit der Problematik der Suizidalität umgehen sollten. Die Ergebnisse dieser suizidbezogenen Arbeit sollten auch bei der Erstellung des Notfallplans für narzisstische Krisen (**AB 3**) berücksichtigt werden.

AB 3 Notfallplan für narzisstische Krisen

Das Arbeitsblatt dient Patient:innen zur Erarbeitung eines Notfallplans zur Überwindung narzisstischer Krisen. Mit einem solchen Plan hat die Patientin auch in Krisensituationen einen Leitfaden zur Hand, um hilfreiche Problemlösestrategien umzusetzen.

AB 4 Sofortstrategien zur Konfliktlösung

Dieses Arbeitsblatt kann eingesetzt werden, um rasch wirksame Strategien zur Beendigung bzw. zur Entschärfung eines aktuell belastenden interaktionellen Konflikts zu erarbeiten.

INFO 5 Was ist Narzissmus? Normalität und Störung

Dies ist ein Informationstext, der das Thema des Narzissmus wertfrei und nicht pathologisierend vermittelt. Dabei wird erklärt, worin sich ein durchaus gesunder Narzissmus, der sich in einem funktio-

nalen und sozial verträglichen Streben nach Selbstwert zeigt, von einem problematischen bzw. einem pathologischen Narzissmus unterscheidet. Der Informationstext lässt sich inhaltlich gut mit **AB 5** »Dimensionale Narzissmus-Skala« kombinieren, mit dem die Patientin die Ausprägung ihrer narzisstischen Eigenschaften auf einer Skala visualisieren kann.

AB 5 Dimensionale Narzissmus-Skala

Die dimensionale Narzissmus-Skala ist ein Werkzeug, mit dem Patient:innen eine Einschätzung der Ausprägung ihrer narzisstischen Symptomatik vornehmen können. Die Skala zeigt einen fließenden Übergang zwischen einem gesunden, einem problematischen und einem krankhaften Narzissmus. Entsprechende Listen der jeweiligen Eigenschaften der drei Schweregrade des Narzissmus dienen der Orientierung für die Selbsteinschätzung und sollen anhand persönlicher Beispiele abgeglichen werden.

AB 6 Ressourcenanalyse und Ressourcenaktivierung

Das Arbeitsblatt ermöglicht die strukturierte Erfassung persönlicher Ressourcen.

AB 7 Gründe für und gegen eine Therapie

Das Arbeitsblatt leitet die Patientin dazu an, sich in einem drei Schritte umfassenden Prozess ihren möglicherweise ambivalenten Gedanken und Gefühlen hinsichtlich einer Psychotherapie zu stellen. In einem ersten Schritt verfasst sie zunächst eine Contra-Pro-Liste, in der sie ihre persönlichen Argumente für oder gegen den Beginn einer Psychotherapie gegenüberstellt. Im zweiten Schritt besprechen Patientin und Therapeutin gemeinsam die einzelnen Argumente der Liste. Das Arbeitsblatt stellt eine gute Vorbereitung für eine sich im Therapieprozess anschließende Zielanalyse (**AB 8**) dar.

AB 8 Zielanalyse: Vereinbarung von Therapiezielen

Das Arbeitsblatt weist der Patientin eine aktive und selbstbestimmte Rolle zu. Sie soll sich bewusst für die Therapie entscheiden und ihre persönlichen Ziele definieren, für deren Erreichung sie die Unterstützung der Therapeutin in Anspruch nehmen möchte.

INFO 6 Der vulnerable Narzissmus

Das Informationsblatt stellt Therapeut:innen diesen klinisch wichtigen Typ des Narzissmus vor und erklärt auf Ebene der Persönlichkeitsfaktoren den Unterschied zum grandiosen Narzissmus.

INFO 7 Bedürfnisse, Ziele und Werte

Dieses Informationsblatt dient der Psychoedukation und liefert den Patient:innen grundlegende Informationen zu Bedürfnissen, Zielen und Werten sowie zu deren Unterschieden. Der Text erklärt darüber hinaus den Begriff der Wertehierarchie sowie die Bedeutung der unterschiedlichen Gewichtung und Neuordnung von Werten im Rahmen der Therapie.

AB 9 Werte formulieren

Das Arbeitsblatt leitet die Patientin dazu an, ihre Werte konkret auszuformulieren und diese bestimmten Lebens- bzw. Wertebereichen zuzuordnen (z. B. Anerkennung/Ruhm, Aussehen, Partnerschaft/Ehe, Familie etc.).

AB 10 Meine Werte verwirklichen

Das Arbeitsblatt leitet dazu an, sich Gedanken zu machen, was es bedeutet, an neuen Werten zu arbeiten, und wie Patient:innen diese nach und nach realisieren bzw. in entsprechende werteorientierte Ziele und Verhaltensweisen umsetzen können.

AB 11 Werteorientiertes Verhalten

Patient:innen werden angeleitet, drei zentrale persönliche Werte auszuwählen und dazu jeweils ein passendes werteorientiertes Ziel zu formulieren. Schließlich werden Verhaltensweisen erarbeitet, mit denen sich diese Ziele erreichen lassen. Am Ende des Arbeitsblatts können Patient:innen im Sinne einer Erfolgskontrolle das Datum der Tage eintragen, an denen sie das jeweilige Ziel durch das entsprechende Verhalten erreichen konnten.

AB 12 Wertekreis

Der Wertekreis ist eine Übung, mit der sich die Werte und die zugehörigen Ziele visualisieren lassen. Indem Werte und Ziele auf Papierbögen geschrieben und ausgelegt werden, entsteht eine Werte- bzw. Zielelandschaft. Auf diese Weise können die aktuelle Balance bzw. eventuelle Dysbalance von Werten und Zielen sowie Wertekonflikte erlebnisorientiert erfahrbar gemacht werden. Nachdem der aktuelle Wertekreis gelegt und mittels eines Fotos dokumentiert wurde (Ist-Zustand), ist es auch möglich, einen Veränderungskreis (Soll-Zustand) legen zu lassen. Die Übung sollte in der Therapiestunde therapeutisch angeleitet und begleitet werden.

AB 13 Reden zum 80. Geburtstag

Diese Übung regt die Patientin zur Reflexion über die langfristigen Folgen an, die eine fehlende Verhaltensänderung mit sich bringen würde.

Die häufigsten Fehler in der Therapie narzisstischer Patient:innen

Die Arbeit mit narzisstischen Patient:innen ist eine Herausforderung sowohl für diese selbst als auch für die Therapeut:innen. Dies gilt insbesondere bezüglich der therapeutischen Beziehungsgestaltung, da narzisstische Patient:innen auf therapeutische Fehler bzw. Ungeschicklichkeiten sehr sensibel reagieren. Das kann vor allem zu Beginn der Therapie und in der Phase des Aufbaus der therapeutischen Beziehung zu Therapieabbrüchen führen.

In der folgenden Tabelle sollen die häufigsten Fehler hinsichtlich der therapeutischen Beziehungsgestaltung aufgeführt und anhand konkreter Beispiele veranschaulicht werden. Die letzte Spalte der Tabelle enthält jeweils Hinweise für einen hilfreichen Umgang mit der jeweiligen Problematik.

Problematisches Verhalten seitens der Therapeutin	Beispiel / Beschreibung	Kommentar / Lösungsansätze
Zu frühe Konfrontation des grandiosen Selbst	P (erste Therapiestunde): Ich bin eben ein Macher. T: Überschätzen Sie sich da nicht etwas?	Zunächst (soweit therapeutisch vertretbar) unbedingte wertschätzende Validierung und Annahme des Patienten: »Okay. Sie sind also jemand, der die Dinge anpackt.«
Direkte Konfrontation oder Kritik des grandiosen Selbst	P: Andere müssen tun, was ich sage, weil ich ihnen überlegen bin. T: Entschuldigung, aber das klingt ziemlich überheblich.	Die direkte Konfrontation des grandiosen Selbst stellt eine Bedrohung des Selbstwertempfindens dar und löst i. d. R. Reaktanz aus (z. B. unfruchtbare Diskussion) oder führt zum Bruch der therapeutischen Beziehung. Hilfreich sind indirekte kognitive Techniken (z. B. geleitetes Entdecken, zirkuläres Fragen): »Welche Nachteile könnte eine Person haben, die davon überzeugt ist, dass ...?«
Zu geringe empathische Grundhaltung	P: Meine Frau ist leider nicht sehr intelligent und kreativ! T: Ich würde Sie bitten, solche abwertenden Äußerungen hier zu unterlassen.	Die bisweilen abwertende Haltung narzisstischer Patient:innen kann zu wenig empathischen therapeutischen Reaktionen bzw. Reaktanz verleiten. Es ist hingegen hilfreich, sich in vertretbarem Maße auf das narzisstische Erleben einzulassen: »Ihnen scheint etwas in der Beziehung zu Ihrer Frau zu fehlen.«
Anwendung persönlicher oder allgemeiner Normen	P: Ich glaube an das Recht des Stärkeren. T: Das finde ich moralisch wirklich verwerflich.	Behalten Sie (soweit therapeutisch vertretbar) eine neutrale und nicht wertende Haltung. Machen Sie sich klar, dass die Veränderung ethisch fragwürdiger Glaubenssätze Teil der wertorientierten Therapiearbeit und somit ein längerer Prozess ist. Besser: »Sie gehen also davon aus, dass ...«

Die häufigsten Fehler in der Therapie narzisstischer Patient:innen

Problematisches Verhalten seitens der Therapeutin	Beispiel / Beschreibung	Kommentar / Lösungsansätze
Wenig interessierter Gesprächsstil	<p>P: Da ist noch einiges, was Sie nicht von mir wissen ...</p> <p>T: Davon gehe ich aus.</p>	<p>Andere Menschen sind für narzisstische Personen oftmals nur als Zuschauer ihrer Selbstinszenierung von Interesse. Das gilt auch für die therapeutische Beziehung: Zeigt die Therapeutin zu wenig Interesse an der Patientin, verliert diese das Interesse an der Therapeutin. Besser: »Sie machen mich neugierig. Was gibt es da, das ich noch nicht weiß?«</p>
Vernachlässigung der Ressourcenaktivierung	<p>Defizitorientierte Therapiearbeit, die zu sehr auf Probleme und Schwächen fokussiert.</p> <p>T: Wir sollten uns einmal anschauen, worin Ihre zwischenmenschlichen Probleme im Beruf bestehen.</p>	<p>Gemeinsam mit der Patientin deren Kompetenzen und Stärken identifizieren und für die Veränderungsarbeit utilisieren: »Sie sind ja beruflich sehr erfolgreich. Wenn Sie Ihr eigener Coach wären, in welchen Bereichen gäbe es da noch Optimierungsbedarf?«</p>
Zu wenig Aktivierung angenehmer Emotionen	<p>Zu nüchterne Arbeitsatmosphäre in der Therapiestunde, die wenig Raum für angenehme Emotionen bietet.</p>	<p>Die Arbeit an persönlichen Problemen aktiviert i. d. R. unangenehme Emotionen (z. B. Angst, Traurigkeit, Scham, Ärger etc.) und kann problematisches Bewältigungs- und Vermeidungsverhalten fördern. Angenehme Emotionen (z. B. Freude, Interesse, Stolz) sind eine wichtige Motivationsquelle für Annäherungs- und Veränderungsverhalten. Ihr Erleben sollte in der Therapie gefördert werden. Dies kann direkt erfolgen (z. B. Humor, Zuspruch, Lob für Leistung) oder indirekt bzw. prozessual (z. B. Erleben von Bindung in der therapeutischen Beziehung).</p>
Kompetitive, dominante und kontrollierende Haltung der Therapeutin	<p>Die Therapeutin betont ihre Kompetenz und erwartet, dass die Patientin sich unterordnet: »Sie sollten meiner langjährigen Erfahrung als Psychotherapeutin vertrauen.«</p>	<p>Ein zu starkes Dominanzverhalten löst bei Patient:innen primär ein Erleben von Unterlegenheit oder Minderwertigkeit und sekundär Ärger sowie Reaktanz aus. Dies kann zu unfruchtbaren Diskussionen, Entwertung der Therapie bzw. der Therapeutin bis hin zum Therapieabbruch führen. Wichtig ist hingegen eine partizipatorische Beziehungsgestaltung auf Augenhöhe: »Ihr Einwand erscheint mir durchaus berechtigt. Lassen Sie uns einmal gemeinsam überprüfen, inwieweit ...«</p>

Meine Therapie: Was sind meine Wünsche?

Für eine erfolgreiche Psychotherapie ist die Qualität der Zusammenarbeit zwischen Ihnen und Ihrer Therapeutin von kaum zu überschätzender Bedeutung. Damit Sie sich auf die gemeinsame psychotherapeutische Arbeit vertrauensvoll einlassen können, ist es notwendig, dass Ihre Therapeutin neben Ihren Therapiezielen auch

- ▶ Ihre Erwartungen,
- ▶ Bedürfnisse und
- ▶ Wünsche bezüglich der Art und Weise Ihrer Zusammenarbeit

kennt. Je genauer Sie formulieren können, was Ihnen in der Therapie wichtig ist, desto besser kann sich Ihre Therapeutin auf Sie einstellen und die Therapie entsprechend individuell auf Ihre Bedürfnisse abstimmen. Dabei ist neben Ihren Wünschen selbstverständlich auch von Bedeutung, was Sie im Rahmen Ihrer Therapie und der therapeutischen Beziehung als ungünstig ansehen und was Sie nicht erleben möchten. Wenngleich es sich nicht vermeiden lassen wird, dass Sie im Laufe Ihrer Psychotherapie mit unangenehmen Themen und folglich mit belastenden Gedanken und Emotionen konfrontiert sein werden, so sollte doch eine grundsätzliche Übereinstimmung zwischen Ihnen und Ihrer Therapeutin über zentrale Punkte der gemeinsamen Therapiearbeit bestehen.

Indem Sie die Fragen des folgenden Fragebogens beantworten, können Sie Ihrer Therapeutin wichtige Informationen zu Ihren Zielen, Erwartungen und Bedürfnissen hinsichtlich Ihrer Psychotherapie und der therapeutischen Beziehung vermitteln.

Bitte nehmen Sie sich genügend Zeit, über die folgenden Fragen nachzudenken. Lassen Sie Ihrer Therapeutin den ausgefüllten Fragebogen möglichst vor der nächsten Therapiestunde zukommen.

Bedürfnisse und Wünsche bezüglich meiner Psychotherapie

Welche Ziele möchten Sie im Rahmen Ihrer Psychotherapie verfolgen?

.....

.....

.....

Welche Themen bzw. Probleme möchten Sie in der Therapie zunächst bzw. möglichst früh bearbeiten?

.....

.....

.....

Meine Therapie: Was sind meine Wünsche?

Welche Themen bzw. Probleme möchten Sie in der Therapie zunächst zurückstellen bzw. später angehen?

.....

.....

.....

Haben Sie bereits Erfahrungen mit Psychotherapie gemacht? Welche Therapiemethode kam zum Einsatz?

.....

Was haben Sie als hilfreich empfunden?

.....

.....

.....

Was haben Sie als nicht hilfreich empfunden?

.....

.....

.....

Was sollte Ihre Therapeutin in der Therapie tun bzw. beachten?

.....

.....

.....

Was sollte Ihre Therapeutin in der Therapie unterlassen?

.....

.....

.....

Basisstrategien zur Krisenintervention

Neben einer komorbiden Störung (insb. Depression, Burnout, Suchterkrankung) ist eine narzisstische Krise der häufigste Grund für den Kontakt narzisstischer Patient:innen zu einer Therapeutin bzw. einer Klinik. Typische Ursachen für eine narzisstische Krise sind

- ▶ interaktionelle Konflikte (z. B. Beziehungskonflikt, Trennung, familiäre Auseinandersetzungen, Aufkündigung einer Freundschaft, Konflikte mit Vorgesetzten oder Kolleg:innen),
- ▶ private und/oder berufliche Probleme, Misserfolge oder Einbußen (z. B. fehlende Anerkennung, Kritik, vermeintliche Ungerechtigkeiten, Kränkungen, finanzielle Probleme, Verlust der Selbstständigkeit, Abmahnung, Kündigung, Arbeitslosigkeit, Berentung),
- ▶ körperliche Erkrankungen und Alterserscheinungen, die zu Einschränkungen von Lebensqualität und Handlungsfähigkeit (z. B. Alterserscheinungen, Attraktivitätsverlust, körperliche Erkrankungen),
- ▶ Abhängigkeitserkrankungen (insb. Alkohol, Kokain und Benzodiazepine).

Eine solche Krise bewirkt einen Wechsel vom grandiosen zum vulnerablen Selbstzustand, im Rahmen dessen die Patient:innen depressiv, ängstlich und beschämt sind. In einem solchen Zustand zeigen sie neben einer tiefen Verzweiflung häufig eine unerwartete Einsicht in ihre narzisstische Problematik, Reue über ihre Verhaltensweisen und möglicherweise auch die Bereitschaft, sich therapeutische Hilfe zu suchen. Andererseits kann sich in einer solchen Situation auch eine fundamentale Selbstabwertung entwickeln (z. B. alles im Leben falsch gemacht zu haben), bis hin zu einer nicht zu unterschätzenden Suizidgefährdung.

Therapeut:innen müssen im Zusammenhang mit einer narzisstischen Krise ihrer Patient:innen unter anderem folgende wichtige Aspekte unbedingt berücksichtigen:

- ▶ **Suizidprävention.** Narzisstische Patient:innen sind in Krisen suizidgefährdet, weshalb eine eingehende und engmaschige Einschätzung des Suizidrisikos erfolgen muss. Hierzu gehört das direkte Ansprechen von Suizidgedanken bzw. -plänen. Außerdem müssen entsprechende Maßnahmen zur Suizidprävention ergriffen werden (Sicherstellung von Hilfsmitteln für einen Suizid und Verhinderung des Zugriffs auf solche Suizidmittel, Bahnung zeitnaher stationärer Aufnahme zur Krisenintervention, medikamentöse Behandlung zur Reduktion des Anspannungsniveaus und ggf. zur psychopharmakologischen Therapie einer klinischen Depression etc.). Zudem ist es wichtig, mit der Patientin wichtige Gründe zu erarbeiten, die diese vom Suizid abhalten können (z. B. Verantwortung für die eigenen Kinder oder andere geliebte Menschen, denen der Schmerz des Verlusts nicht angetan werden soll). Auch die Erarbeitung von Überlebensstrategien und automatisierten Notfallplänen (z. B. unverzüglich die Notaufnahme einer Klinik aufsuchen) sind unverzichtbarer Bestandteil der Suizidprävention.
- ▶ **Ressourcenaktivierung.** Der Selbstabwertung muss insbesondere durch eine Ressourcenaktivierung entgegengewirkt werden. So kann bei selbstabwertenden oder schuldbezogenen Kognitionen, alles im Leben falsch gemacht zu haben, eine Würdigung von Erfolgen oder positiven Seiten der Persönlichkeit hilfreich sein.