

Rainer Sachse

Kapitel 7: Narzisstische und histrionische Persönlichkeitsstörungen

1 Einleitung

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

Histrionische und narzisstische Persönlichkeitsstörungen sind, in sehr unterschiedlich starken Ausprägungen, in der ambulanten Psychotherapie recht häufig; eine Beschäftigung mit diesen Störungen ist daher relevant. Klientinnen und Klienten, die diese Störungen aufweisen, gelten als „interaktionsschwierig“; sie stellen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten vor hohe Anforderungen.

2 Narzisstische Persönlichkeitsstörung

2.1 Einleitung

Klienten mit narzisstischer Persönlichkeitsstörung (NAR) kommen in der ambulanten Psychotherapie häufig vor; in 98% der Fälle kommen sie aber nicht wegen dieser Störung in Psychotherapie. Sie kommen wegen der Kosten: Wegen Dauerkonflikten am Arbeitsplatz, wegen Dauerkonflikten in Partnerschaften, wegen allgemeiner Unzufriedenheit und „Sinnkrisen“, wegen Depressionen, Ängsten, Stress, psychosomatischen Beschwerden. Alle diese Aspekte sind dann aber meist sekundär: Sie sind meist Folgen oder Aspekte der narzisstischen Störung selbst, sodass es von zentraler Bedeutung ist, *diese Störung* in den Fokus der therapeutischen Arbeit zu stellen!

2.2. DSM-Kriterien

Im ICD führt die „narzisstische Persönlichkeitsstörung“ nur eine Randexistenz. Daher sollen hier die DSM-IV-Kriterien genannt werden.

Das DSM-IV gibt als Kriterien an:

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

2.3 Weitere Charakteristika

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

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

- Tagträume (Raskin & Novacek, 1991)
- „Sensation seeking“ (Lasch, 1979)
- erhöhte Affekt-Labilität (Emmons, 1987)
- Selbstwert-Schwankungen (Rhodewalt et al., 1998)
- defensive Tendenzen gegenüber negativer Rückmeldung (Kernis & Sun, 1994)
- geringe Toleranz gegenüber Real-Ideal-Selbst-Diskrepanzen (Morf & Rhodewalt, 1993)
- Suizidalität (Bronisch, 2000)
- erhöhte Tendenz, eher selbstwerterhöhende Informationen aus dem Gedächtnis abzurufen (Rhodewalt & Eddings, 2002)
- erhöhte Tendenz, eher „spielerisch“ mit Liebesbeziehungen umzugehen (Campbell et al., 2002)
- erhöhte Tendenz, sich in Beziehungen weniger stark zu binden und mehr Alternativen zur bestehenden Beziehung wahrzunehmen (Campbell & Foster, 2002; Neumann & Bierhoff, 2004)
- erhöhte Tendenzen, sich als besser einzuschätzen als „Durchschnittspersonen“ (Campbell et al., 2002)
- bessere Leistungen in Aufgaben, wenn die Chance besteht, dass der Effekt zur Selbstwerterhöhung benutzt werden kann, als wenn diese Chance nicht besteht (Wallace & Baumeister, 2002)
- mittlere Ausprägungen von „Narzissmus“ korrelieren damit mit Maßen des Wohlbefindens, geringer Depressivität, geringer Einsamkeit, geringer Ängstlichkeit und geringem Neurotizismus: In mäßiger Ausprägung scheint „Narzissmus“ ein eher „protektiver Faktor“ zu sein (Sedikides et al., 2004)

2.4 Zentrale Beziehungsmotive

Bei Klienten mit narzisstischer Persönlichkeitsstörung stehen vor allem zwei Beziehungsmotive hoch in der Motivhierarchie:

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

2.5 Zentrale Schemata

Äußerst charakteristisch für Personen mit narzisstischer Persönlichkeitsstörung ist es, dass sie zwei parallele Selbstschemata aufweisen, die sich nicht zu einem verbinden, die durch unterschiedliche Stimuli aktiviert werden und bei denen die Aktivierung des einen Schemas das jeweils andere Schema hemmt: Ein negatives, aus der älteren Biographie stammendes Schema (SK-), das negative Annahmen über das Selbst enthält; ein aus der neueren Biographie stammendes Schema, das positive Annahmen über die Person enthält (SK+); darüber hinaus weisen Personen mit narzisstischer Persönlichkeitsstörung auch charakteristische Beziehungsschemata auf.

Selbst-Schemata sind dabei Schemata, die sich auf Aspekte des Selbst beziehen, z.B. auf eigene Kompetenzen, eigene Attraktivität u.a. Beziehungsschemata sind solche, die Annahmen darüber enthalten, wie Beziehungen funktionieren oder wie man in Beziehungen behandelt wird.

Das negative Selbstschema (SK-) weist Annahmen auf wie:

- „Ich bin nicht ok!“
- „Ich bin ein Versager!“
- „Ich kann Erwartungen nicht erfüllen!“
- u.ä.

Dabei können die Annahmen mehr oder weniger negativ sein (je nach Erfahrungen bzw. Schlussfolgerungen aus Erfahrungen).

Das positive Selbstschema (SK+) weist Annahmen auf wie:

- „Ich bin toll!“
- „Ich bin hoch leistungsfähig!“
- „Ich kann jede Herausforderung annehmen!“
- u.ä.

Auch hier kann das Schema mehr oder weniger positiv sein: Es kann relativ realistische Selbstannahmen enthalten oder (bei manchen NAR) auch völlig übersteigerte Selbstannahmen.

Die beiden Schemata existieren parallel: Positive Erfahrungen „triggern“ das SK+ und erzeugen bei der Person einen positiven „state of mind“: Die Person aktiviert die positiven Annahmen, fühlt sich toll, ist annäherungsmotiviert, nimmt Herausforderungen an usw. Kritik oder Misserfolge triggern jedoch das SK- und erzeugen damit einen negativen „state of mind“: Die

Person aktiviert die negativen Annahmen, fühlt sich depressiv, vermeidet Herausforderungen usw.

Die beiden Schemata *hemmen sich gegenseitig*: Ist SK+ stark aktiviert, dann ist SK- gehemmt: Der Person sind dann die negativen Annahmen nicht zugänglich. Ist aber SK- aktiviert, dann ist SK+ gehemmt: Die Person hat dann keinen Zugang mehr zu ihren Ressourcen, Erfolgen usw. und hält sich für einen völligen Versager.

Ist SK+ nur mittelmäßig aktiviert, dann ist SK- auch nicht völlig gehemmt: Dieses schickt dann ständig *Selbstzweifel* ins System: Die Klienten zweifeln daran, dass sie Aufgaben gewachsen sind (obwohl sie es sind und es schon oft bewiesen haben), dass sie kompetent genug sind usw. Sie denken oft auch, dass sie „eigentlich“ inkompetent sind und dass dies irgendwann herauskommen wird („Mogelpackungs-Syndrom“).

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

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

2.6 Interaktionelle Ziele

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

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

- Vermeide Abwertung und Kritik!
- Sei erfolgreich, um Anerkennung zu erhalten!
- Sei der Beste!

- Vermeide es, angreifbar zu sein!
- Vermeide es, kontrolliert zu werden!
- Vermeide es, abhängig zu sein!

2.7 Manipulatives Handeln

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

Personen mit NAR entwickeln hier Strategien wie:

- Viel leisten, Erfolge sammeln, Status-Symbole sammeln („Symbolische Selbstergänzungen“).
- Leistungen und Erfolge „vor sich hertragen“ und Anerkennungen dafür einfordern.
- Von anderen einen „VIP-Status“ einfordern, Sonderbehandlung erwarten, Sonderrechte für sich reklamieren.
- Soziale Regeln definieren; Regeln setzen, wie man mit ihnen umzugehen hat; davon auszugehen, dass sie berechtigt sind, solche Regeln zu definieren und Regelverletzer zu bestrafen.
- Autonom bleiben, eigene Territorien definieren, sich nicht binden.
- Nur Personen vertrauen, die nicht bedrohlich (nicht „kritisierend“) sind.

2.8 Regelsetzer-Verhalten

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

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

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

Natürlich nimmt man auch an, dass man nicht nur das Recht hat, dies alles zu *fordern*, sondern auch das Recht hat, „Regelverletzer“ zu strafen: Bedienungen, die nicht sofort kommen, zu beschimpfen, Leute, die einen nicht vorbeilassen zu beleidigen und langsame Fahrer zu bedrängen.

Dieses Interaktionsverhalten ist es, was NAR im Alltag viele Kosten einbringt: Denn andere Interaktionspartner lassen sich das nicht ohne Weiteres bieten und lassen sich dann durchaus auf Konflikte ein!

2.9 Therapie: Komplementarität zur Motivebene

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

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

- dass der Therapeut es *unbedingt vermeidet, den Klienten defizitär zu definieren*: Der Klient hat kein Problem, sondern er will sich „weiterentwickeln“ und das ist völlig ok; der Klient hat ganz „normale“ Anliegen und es ist völlig ok, ja sehr klug, damit einen Experten zu betrauen;

- dass der Therapeut die Leistungen, Erfolge usw. des Klienten deutlich wahrnimmt und deutlich positiv konnotiert;
- dass der Therapeut immer wahrnimmt, dass die „Probleme“ des Klienten, verglichen mit den Erfolgen des Klienten, im Grunde marginal sind;
- dass der Therapeut sich als kompetent zeigt, als jemanden, den der Klient als „peer“ anerkennen kann;
- dass der Therapeut die Autonomie des Klienten respektiert, dem Klienten also immer nur *Angebote* und keine Vorschriften macht.

2.10 Nicht-Komplementarität zur Spielebene

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

Bei Klienten mit *narzisstischer PD* bedeutet nicht-komplementäres Handeln zur Spielebene,

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

Bei Klienten mit NAR kann es u.U. wichtig sein, dass ein Therapeut sich zur Spielebene komplementär verhält, z.B. wenn ein Klient für seine bisherigen Leistungen und Erfolge explizit vom Therapeuten gelobt werden will: Dies muss der Therapeut tun, da der Klient sonst annimmt, dass der Therapeut ihn nicht wahrnimmt und dann kommt keine vertrauensvolle Therapeut-Klient-Beziehung zustande. Sollte ein Therapeut sich veranlasst sehen, sich zur Spielebene komplementär zu verhalten, dann sollte er

- das ganz *bewusst* tun, sich bewusst dafür entscheiden und sich nicht etwa „automatisch“ in das System des Klienten „verwickeln“ lassen;
- das so kurz wie möglich tun und diese Komplementarität so schnell wie möglich wieder beenden;

- es nur dann tun, wenn er damit *nicht* die Verfolgung wichtiger therapeutischer Ziele sabotiert.

2.11 Konfrontation mit manipulativen Strategien

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

Konfrontative Interventionen „nehmen Beziehungskredit in Anspruch“, daher muss der Therapeut, bevor er diese Interventionen realisiert, durch komplementäres Handeln zur Motivebene eine tragfähige Therapeut-Klient-Beziehung hergestellt haben.

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

Konfrontative Interventionen „nehmen Beziehungskredit in Anspruch“, daher muss der Therapeut, bevor er diese Interventionen realisiert, durch komplementäres Handeln zur Motivebene eine tragfähige Therapeut-Klient-Beziehung hergestellt haben.

Konfrontationen bei NAR betreffen z.B.

- die Kosten des Klienten: Therapeuten müssen den Klienten immer wieder mit den Kosten konfrontieren und vor allem damit, dass der Klient nicht nur Kosten „hat“, sondern dass er die Kosten durch sein System und sein Handeln *erzeugt*;

- die Vermeidungsziele: Der Klient muss erkennen, dass er seine eigentlichen Motive (Anerkennung) durch seine Strategie gar nicht befriedigen kann und dass das Verfolgen von Vermeidungszielen „unstillbar“ (Gollwitzer, 1987) ist;
- die manipulativen Strategien: Der Klient muss erkennen, *dass* er manipuliert, *warum* er manipuliert, *wie* er manipuliert und dass er dadurch hohe *Kosten* produziert;
- das Regelsetzer-Verhalten: Der Klient muss erkennen, dass er Regeln setzt, welche Effekte er damit bei Interaktionspartnern auslöst und er muss erkennen, dass er im Grunde nicht die geringste Berechtigung hat, derartige Regeln aufzustellen.

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

2.12 Bearbeitung dysfunktionaler Schemata

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

2.13 Aufbau von Alternativverhalten

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

2.14 Erfolgreiche, gescheiterte und erfolglose Narzissten

Narzissten sind in ihrer Biographie in der Regel widersprüchlichen Rückmeldungen ausgesetzt worden: Sie erhalten:

- einmal ein Feedback, dass sie erfolgreich sein sollen und dass man große Erwartungen an sie richtet und damit auf die (explizite oder implizite) Information, dass man es ihnen (irgendwie) zutraut;

- zum anderen aber das Feedback, dass sie nichts bringen, schlechter sind als Schulkameraden, dass sie die Erwartungen nie erfüllen.

Aus dieser Situation entwickeln sich drei unterschiedliche Typen von Narzissten:

1. Die erfolgreichen Narzissten strengen sich an, die in sie gesetzten Erwartungen so gut wie möglich zu erfüllen und zu beweisen, dass sie keine Versager sind: Sie leisten, haben Erfolge, bauen Kompetenzen auf, usw.: Obwohl sie selbst nie mit dem Erreichten zufrieden sind, sind sie doch deutlich erfolgreich.
2. Die gescheiterten Narzissten versuchen zunächst, wie die Erfolgreichen, zu leisten und Erfolge zu erzielen; sobald sie aber in Kontexte kommen, in denen richtig hohe Leistungserwartungen herrschen und in denen man richtig scheitern kann, sind sie blockiert und kommen nicht weiter: Obwohl sie zunächst eine ganze Zeit lang erfolgreich waren, scheitern sie schließlich.
3. Die erfolglosen Narzissten bemühen sich dagegen von Anfang an gar nicht erst, zu leisten und Erfolge zu haben: Sie glauben nicht daran, dass sie die Erwartungen erfüllen können und/oder scheuen die Anstrengung und entwickeln kompensatorisch ein „illusionäres“ positives Selbstkonzept.

Mit diesen unterschiedlichen Formen des Narzissmus wird sich das nächste Kapitel beschäftigen.

3 Histrionische Persönlichkeitsstörung

3.1 Einleitung

Auch histrionische Störungen sind in der ambulanten Psychotherapie recht häufig: Auch hier kommen die Klienten in der Regel nicht wegen der Störung selbst in Therapie, sondern wegen (scheinbarer) Panikstörung, Ängsten, Somatisierungsstörungen, Problemen am Arbeitsplatz („Mobbing“), Partnerproblemen, aber auch wegen Depressionen. Auch bei dieser Störung sind die Achse-I-Störungen meist nicht „komorbid“, sondern sind Aspekte oder Folgen der histrionischen Störung; daher ist es auch bei dieser Störung extrem wichtig, sie zentral in den Fokus der Therapie zu stellen!

3.2 ICD-Kriterien

Das ICD-10 gibt folgende Kriterien für die histrionische Persönlichkeitsstörung an (F60.4):

1. Dramatisierung bezüglich der eigenen Person, theatralisches Verhalten, übertriebener Ausdruck von Gefühlen.
2. Suggestibilität, leichte Beeinflussbarkeit durch andere Personen oder Umstände.
3. Oberflächliche und labile Affektivität.
4. Andauerndes Verlangen nach Aufregung, Anerkennung durch andere und Aktivitäten bei denen die betreffende Person im Mittelpunkt der Aufmerksamkeit steht.
5. Unangemessen verführerisch im Erscheinen und Verhalten.
6. Übermäßiges Interesse an körperlicher Attraktivität.

3.3 Weitere Charakteristika

Es gibt nur relativ wenig Forschungsliteratur zur histrionischen Persönlichkeitsstörung. Dabei werden folgende Charakteristika deutlich:

- verdeckte Abhängigkeitsbedürfnisse (Bornstein, 1998)
- hohe Attraktivität (Bornstein, 1999)
- hohe Anzahl von Freunden und Bekannten (Bornstein, 1999)
- hohe Co-Morbidität mit Somatisierungsstörungen (Stern et al., 1993)
- Selbstdramatisierung und emotionale Instabilität (Slavney, 1978)
- starke Stimmungsschwankungen (Slavney et al., 1977; Slavney & Rich, 1980)
- hohe Extraversion (Süllwold, 1990)
- geringe Gehemmtheit, hohe Kontaktfreudigkeit (Süllwold, 1990)
- erhöhte Aggressivität (Süllwold, 1990)
- erhöhte Ängstlichkeit (Süllwold, 1990)

3.4 Zentrale Beziehungsmotive

Personen mit histrionischer Persönlichkeitsstörung weisen insbesondere zwei zentrale Beziehungsmotive auf:

- Das Motiv nach Wichtigkeit: Das Motiv, im Leben anderer Personen eine zentrale Rolle zu spielen, Aufmerksamkeit zu erlangen, beachtet zu werden, gehört zu werden.
- Das Motiv nach Verlässlichkeit: Das Motiv, eine verlässliche Beziehung zu haben, die bestehen bleibt und nicht „gekündigt“ wird.

3.5 Zentrale Schemata

Auch Personen mit histrionischer Persönlichkeitsstörung weisen Selbstschemata und Beziehungsschemata auf.

Zentrale Selbstschemata sind:

- Ich bin nicht wichtig.
- Ich habe anderen nichts zu bieten.

Zentrale Beziehungsschemata sind:

- In Beziehungen bekommt man keine Aufmerksamkeit.
- In Beziehungen wird man ignoriert.
- In Beziehungen wird man nicht respektiert.

3.6 Interaktionelle Ziele

Vermeidungsziele funktionieren psychologisch anders als Annäherungsziele: Die Verfolgung und Erreichung von Annäherungszielen befriedigt zentrale Motive und führt zu einem Zustand der Zufriedenheit (Brunstein, 1995; Brunstein et al., 1995, 1996), zu einem langsamen Absinken des Motivs in der Motivhierarchie (Kuhl, 1983, 2001) und zu einem Nachlassen der Bemühungen. Dagegen führt das Verfolgen und Erreichen von Vermeidungszielen zur Reduktion von Angst und Anspannung, jedoch *nicht* zu einer Sättigung zentraler Motive und damit auch *nicht* zu einem Zustand von Zufriedenheit (Brunstein, 1995); das zentrale Motiv (bei histrionischen Klienten: Wichtigkeit; bei narzisstischen Klienten: Anerkennung) bleibt hoch in der Motivhierarchie und die Bemühungen, Vermeidungsziele zu erreichen, lassen niemals nach! Vermeidungsziele sind „unstillbar“ (Gollwitzer, 1999).

3.7 Manipulatives Handeln

Personen mit histrionischer Persönlichkeitsstörung entwickeln positive sowie negative manipulative Strategien: Positive Strategien sind solche, die (zunächst einmal) auf Interaktionspartner positiv wirken, die aber keinen hohen „Impact“ haben (Interaktionspartner können sie ignorieren); negative Strategien sind solche, die für Interaktionspartner hochgradig zwingend sind, die diese aber auch relativ schnell verärgern können.

Personen mit histrionischer Persönlichkeitsstörung entwickeln positive Strategien wie:

- unterhaltsam sein,
- interessant sein,
- attraktiv sein,
- sexy sein,
- erotische Ausstrahlung haben.

Sie entwickeln negative Strategien wie:

- Symptome produzieren,
- Kontrolle ausüben,
- jammern und klagen,
- bedürftig und „arm dran“ sein.

3.8 Therapie: Komplementäres Handeln zur Motivebene

Bei Klienten mit *histrionischer PD* bedeutet komplementäres Handeln des Therapeuten zur Motivebene, dass der Therapeut dem Klienten *besondere* Aufmerksamkeit entgegenbringt: Der Therapeut hört dem Klienten (deutlich erkennbar) sehr aufmerksam zu, macht deutlich, dass er sich für den Klienten und alle Inhalte interessiert, dass er sich sehr darum bemüht, den Klienten zu verstehen. Vor allem aber nimmt er den Klienten *ernst*: Sein Leiden, sein Erleben, seine Dramatik usw.

In der Anfangsphase sollte der Therapeut Konfrontationen vermeiden und vor allem alles vermeiden, was als Ignorierung oder nicht-ernst-nehmen des Klienten verstanden werden kann (Achtung: Die Schemata der Klienten lassen sich sehr leicht „triggern“!): Nicht zu spät kommen, sich nicht ablenken lassen, nicht auf die Uhr schauen (die Uhr muss neben dem Kopf des Klienten hängen, sodass der Therapeut sie sehen kann, ohne dass der Klient dies bemerkt!).

3.9 Nicht-komplementäres Handeln zur Spielebene

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

Bei Klienten mit *histrionischer Störung* bedeutet nicht-komplementäres Handeln auf der Spielebene vor allem, dass ein Therapeut die therapeutischen Regeln *strikt* einhält und sie auch nicht mit dem Klienten verhandelt:

- Eine Stunde dauert 50 Minuten und wird *nicht* in Krisenfällen überzogen.
- Es gibt *keine* Sondertermine und *kein* Treffen außerhalb der Therapie.
- Es gibt keine privaten Telefonnummern.
- Wenn ein Klient akut suizidal ist, wird er (notfalls zwangsweise) in die Klinik eingewiesen.

3.10 Konfrontation mit manipulativen Strategien

Konfrontationen mit manipulativen Strategien sind bei Klienten mit histrionischer Störung von zentraler Bedeutung: Denn diese Klienten weisen meist ein hohes Maß an manipulativem Handeln auf und dieses ist für sehr viele, sehr schwere interaktionelle Kosten verantwortlich. Daher müssen die Klienten verstehen, was sie in Interaktionen tun, *dass* sie diese Kosten selbst verursachen, *wie* sie diese Kosten verursachen und sie müssen erkennen, dass sie ihre Ziele und Verhaltensweisen bearbeiten und ändern müssen, um diese interaktionellen Kosten zu senken!

Wie im Modell der doppelten Handlungsregulation aber deutlich wurde, ist theoretisch nicht damit zu rechnen, dass Klienten von sich aus diese Erkenntnisse vollziehen können: *Daher muss der Therapeut die Klienten auf alle diese Aspekte aufmerksam machen!* Dabei arbeitet der Therapeut aber gegen die Intention des Klienten, denn dieser möchte sein System nicht in Frage stellen und nicht in Frage stellen lassen, denn damit sind für ihn wichtige Konstruktionen, ja u.U. ist sogar ein Teil seiner Identitätsdefinition bedroht. Daraus folgt zwingend, dass es sich bei derartigen Interventionen um *konfrontative Interventionen* handelt, d.h. um Interventionen, *mit denen ein Therapeut „Beziehungskredit abbucht“*: Und unserer Erfahrung nach buchen gerade histrionische Klienten bei Konfrontationen recht viel und recht schnell Beziehungskredit ab. Daher sollte der Therapeut, bevor er eine solche Konfrontation realisiert, sicherstellen, dass er über ausreichend hohen Beziehungskredit verfügt bzw. er sollte durch komplementäres Handeln zur Motivebene immer wieder Beziehungskredit aufbauen!

3.11 Bearbeiten dysfunktionaler Schemata

Auch histrionische Klienten weisen stark dysfunktionale Schemata auf, z.B. „ich bin nicht wichtig“ oder gar „ich bin toxisch für andere“ oder „ich muss die Wichtigste sein“. Diese Schemata müssen systematisch therapeutisch bearbeitet werden, wozu sich, sobald im Therapieprozess die Voraussetzungen dafür hergestellt worden sind, das Ein-Personen-Rollenspiel hervorragend eignet (Sachse, XXX).

3.12 Aufbau von Alternativverhalten

Klienten müssen wieder lernen, sich authentisch zu verhalten; dazu ist es aber oft zunächst erforderlich, dass sie wieder Zugang zu wichtigen Motiven (nicht nur dem Motiv „Wichtigkeit“) erhalten: Dazu muss die bei histrionischen Klienten in der Regel recht hohe Alienation abgebaut werden, wozu sich Klärungsorientierte Psychotherapie gut eignet (Sachse, XXX).

Teilweise müssen Klienten sich auch erst wieder „trauen“, sich authentisch zu verhalten, denn ihre Schemata besagen oft, dass dies ungünstig sei („Wenn Du Dich zeigst, wie Du bist, dann lehnen Dich andere ab!“). Wichtig ist aber der Aufbau authentischen Verhaltens auch deshalb, weil die Klienten nur so lernen können, sich in Beziehungen wieder „reziprok“ zu verhalten, wodurch sie verhindern können, dass es zu (gravierenden) interaktionellen Konflikten kommt.

3.13 Erfolgreiche und erfolglose Histrioniker

Auch bei den Histrionikern gibt es erfolgreiche und erfolglose Varianten.

Die erfolgreichen Histrioniker sind in der Lage, sowohl positive als auch negative manipulative Strategien einzusetzen, sie verfügen dabei auch über gut elaborierte Strategien und eine gute Einschätzung, in welchen Situationen welche Strategie angebracht ist und in welchen nicht und welcher Interaktionspartner auf welche Strategien komplementär „anspringt“. Damit sind sie in der Lage, interaktionelle Ziele über lange Zeit und bei vielen Personen sehr erfolgreich zu verwirklichen.

Erfolglose Histrioniker verfügen meist nur über sehr wenige positive Strategien oder sie können diese nicht geschickt einsetzen; sie verwenden überwiegend negative Strategien wie:

- Jammern,
- klagen,
- nörgeln,
- kontrollieren,

- Symptome produzieren, usw., sodass sie über kurz oder lang (meist über kurz) allen Interaktionspartnern „auf die Nerven“ gehen. Daher werden sie oft verlassen, von Freunden und Bekannten gemieden, u.a. Was sie aber nicht dazu bringt, die Angemessenheit ihrer Strategien zu überdenken, sondern was sie als Bestätigung ihrer Schemata auffassen und was sie dann veranlasst, noch mehr zu jammern und zu klagen.

Typischerweisen zeigen erfolglose Histrioniker folgende Merkmale:

- Sie zeigen sowohl im Alltag, als auch dem Therapeuten gegenüber überwiegend negative, interaktionelle Strategien.
- Sie wurden von vielen Partnern schon verlassen.
- Sie haben nur noch ein sehr kleines, soziales Umfeld: Ihre Freunde haben die Beziehungen abgebrochen, ihre Kinder gehen ihnen aus dem Weg usw.
- Sie reflektieren diese Situation aber nicht und kommen nicht einmal ansatzweise auf den Gedanken, die interaktionellen Probleme könnten durch ihr eigenes Handeln zustande kommen.
- Haben sie Beziehungen, treten sie äußerst anspruchlich und kontrollierend auf: Alles muss sich um sie drehen, sie verletzen die Reziprozitätsregel in eklatantem Ausmaß.

4 Literatur

Bornstein, R.F. (1998). Implicit and Self-Attributed Dependency Needs in Dependent and Histrionic Personality Disorders. *Journal of Personality Assessment*, 71 (1), 1-14.

Bornstein, R.F. (1999). Histrionic Personality Disorder, Physical Attractiveness, and Social Adjustment. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 21 (1), 79-94.

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

Brunstein, J.C. (1993). Personal goals and subjective well-being: A longitudinal study. *Journal of Personality and Social Psychology*, 65, 1061-1070.

Brunstein, J.C. (1995). *Motivation nach Mißerfolg*. Göttingen: Hogrefe.

Brunstein, J.C. (2001). Persönliche Ziele und Handlungs- versus Lageorientierung: Wer bindet sich an realistische und bedürfniskongruente Ziele? *Zeitschrift für Differentielle und Diagnostische Psychologie*, 22, 1-12.

- Brunstein, J.C., Dangelmayer, G. & Schultheiß, O.C. (1996). Personal goals and social support in close relationships: Effect on relationship mood and marital satisfaction. *Journal of Personality and Social Psychology*, *71*, 1006-1019.
- Brunstein, J.C., Lautenschlager, U., Nawroth, B., Pöhlmann, K. & Schultheiß, O. (1995). Persönliches Anliegen, soziale Motive und emotionales Wohlbefinden. *Zeitschrift für Differentielle und Diagnostische Psychologie*, *16*, 1-10.
- Brunstein, J.C. & Schultheiß, O.C. (1996). Persönliche Ziele, soziale Motive und Dimensionen des affektiven Erlebens. *Abschlußbericht zum DFG-Projekt. BR 1056/2-1*; Universität Erlangen-Nürnberg.
- Brunstein, J.C., Schultheiß, O.C. & Grässmann, R. (1998). Personal goals and emotional well-being: the moderating role of motive dispositions. *Journal of Personality and Social Psychology*, *75*, 494-508.
- Campbell, W.K. & Foster, C.A. (2002). Narcissism and Commitment in Romantic Relationships: An Investment Model Analysis. *Personality and Social Psychology Bulletin*, *28*(4), 484-495.
- Campbell, W.K., Rudich, E.A. & Sedikides, C. (2002). Narcissism, Self-Esteem, and the Positivity of Self-Views: Two Portraits of Self-Love. *Personality and Social Psychology Bulletin*, *28*(3), 358-368.
- Emmons, R.A. (1984). Factor Analysis and Construct Validity of the Narcissistic Personality Inventory. *Journal of Personality Assessment*, *48* (3), 291-300.
- Emmons, R.A. (1987). Narcissism: Theory and Measurement. *Journal of Personality and Social Psychology*, *52*, 11-17.
- Gollwitzer, P.M. (1987). Suchen, Finden und Festigen der eigenen Identität: Unstillbare Zielintentionen. In: H. Heckhausen, P. Gollwitzer & F. Weinert (Hrsg.), *Jenseits des Rubikon: Der Wille in den Humanwissenschaften*, 176-190. Berlin: Springer.
- Gollwitzer, P.M. (1999). Implementation intentions: Strong effects of simple plans. *American Psychologist*, *54*: 493-503.
- Kernis, M.H. & Sun, C. (1994). Narcissism and reactions to interpersonal feedback. *Journal of Research in Personality*, *28*, 4-13.
- Kuhl, J. (1983). *Motivation, Konflikt und Handlungskontrolle*. Berlin: Springer.
- Kuhl, J. (2001). *Motivation und Persönlichkeit*. Göttingen: Hogrefe.
- Kuhl, J. & Kazén, M. (1997). *Das Persönlichkeits-Stil- und Störungs-Inventar (PSSI): Manual*. Göttingen: Hogrefe.

- Kuhl, J. & Koole, S. (2005). Wie gesund sind Ziele? Intrinsische Motivation, Affektregulation und das Selbst. In: R. Vollmeyer & J. Brunstein (Hrsg.), *Motivationspsychologie und ihre Anwendung*, 109-127. Stuttgart: Kohlhammer.
- Lasch, C.L. (1979). *The Culture of Narcissism*. New York: Norton.
- Morf, C.C. & Rhodewalt, F. (1993). Narcissism and Self-Evaluation Maintenance: Explorations in Object Relations. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 19 (6), 668-676.
- Neumann, E. & Bierhoff, H.W. (2004). Ichbezogenheit versus Liebe in Paarbeziehungen. Narzissmus im Zusammenhang mit Bindung und Liebesstilen. *Zeitschrift für Sozialpsychologie*, 35 (1), 33-44.
- Raskin, R.N. (1980). Narcissism and Creativity: are they related? *Psychological Reports*, 46, 55-60.
- Raskin, R.N. & Novacek, J. (1991). Narcissism and the Use of Fantasy. *Journal of Clinical Psychology*, 47, 490-499.
- Raskin, R.N., Novacek, J. & Hogan, R. (1991). Narcissistic Self-Esteem Management. *Journal of Personality and Social Psychology*, 60 (6): 911-918.
- Raskin, R.N. & Shaw, R. (1988). Narcissism and the Use of Personal Pronouns. *Journal of Personality*, 56 (2), 393-404.
- Raskin, R.N. & Terry, H. (1988). A Principal-Components Analysis of the Narcissistic Personality Inventory and Further Evidence of Its Construct Validity. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54 (5), 890-902.
- Rhodewalt, F. & Eddings, S.K. (2002). Narcissus Reflects: Memory Distortion in Response to Ego-Relevant Feedback among High- and Low-Narcissistic Men. *Journal of Research in Personality*, 36, 97-116.
- Rhodewalt, F., Madrian, J.C. & Cheney, S. (1998). Narcissism, Self-Knowledge Organization, and Emotional Reactivity: The Effect of Daily Experiences on Self-Esteem and Affect. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 24 (1), 75-87.
- Rhodewalt, F. & Morf, C.C. (1995). Self and Interpersonal Correlates of the Narcissistic Personality Inventory: A Review and New Findings. *Journal of Research in Personality*, 29, 1-23.
- Sachse, R. (1999). *Persönlichkeitsstörungen. Psychotherapie dysfunktionaler Interaktionsstile*. Göttingen: Hogrefe, 2. Auflage.
- Sachse, R. (2001a). *Psychologische Psychotherapie der Persönlichkeitsstörungen*. Göttingen: Hogrefe.

- Sachse, R. (2001b). Persönlichkeitsstörung als Interaktionsstörung: Der Beitrag der Gesprächspsychotherapie zur Modellbildung und Intervention. *Psychotherapie*, 5, 2, 282-292.
- Sachse, R. (2002). *Histrionische und narzisstische Persönlichkeitsstörungen*. Göttingen: Hogrefe.
- Sachse, R. (2004a). *Persönlichkeitsstörungen. Leitfaden für eine Psychologische Psychotherapie*. Göttingen: Hogrefe.
- Sachse, R. (2004b). Histrionische und narzisstische Persönlichkeitsstörungen. In: R. Merod (Hrsg.), *Behandlung von Persönlichkeitsstörungen*, 357-404. Tübingen: DGVT-Verlag.
- Sachse, R. (2004c). *Selbstverliebt – aber richtig*. Klett-Cotta.
- Sachse, R. (2005). Was wirkt in der Behandlung von Persönlichkeitsstörungen? In: N. Saimeh (Hrsg.), *Was wirkt? Prävention – Behandlung – Rehabilitation*, 222-229. Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Sachse, R. (2006). Das Ein-Personen-Rollenspiel. In: R. Sachse & P. Schlebusch (Hrsg.), *Perspektiven Klärungsorientierter Psychotherapie*. Lengerich: Pabst Science Publishers, im Druck.
- Sedikides, C., Rudich, E.A., Gregg, A.P., Kumashiro, M. & Rusbult, C. (2004). Are Normal Narcissists Psychologically Healthy?: Self-Esteem Matters. *Journal of Personality and Social Psychology*, 87 (3), 400-416.
- Slavney, P.R. (1978). The diagnosis of hysterical personality disorder: A study of attitudes. *Comprehensive Psychiatry*, 19, 501-507.
- Slavney, P.R., Breitner, J.C.S. & Rabins, P.V. (1977). Variability of mood and hysterical traits in normal women. *Journal of Psychiatric Research*, 13, 155-160.
- Slavney, P.R. & Rich, G. (1980). Variability of mood and the diagnosis of hysterical personality disorder. *British Journal of Psychiatry*, 136, 402-404.
- Stern, J., Murphy, M. & Bass, C. (1993). Personality Disorders in Patients with Somatisation Disorder. *British Journal of Psychiatry*, 163, 785-789.
- Stolorow, R. (1975). Toward a functional definition of narcissism. *International Journal of Psychoanalysis*, 56, 179-185.
- Stucke, T.S. & Sporer, S.L. (2002). When A Grandiose Self-Image Is Threatened: Narcissism and Self-Concept Clarity as Predictors of Negative Emotions and Aggression Following Ego-Threat. *Journal of Personality*, 70, 509-532.
- Süllwold, F. (1990). Zur Struktur der hypochondrischen und der hysteroiden Persönlichkeit. *Zeitschrift für experimentelle und angewandte Psychologie*, 37 (4), 642-659.

- Twenge, J.M. & Campbell, W.K. (2003). "Isn't It Fun to Get the Respect That We're Going to Deserve?" Narcissism, Social Rejection, and Aggression. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 29 (2), 261-272.
- Wallace, H.M. & Baumeister, R.F. (2002). The Performance of Narcissists Rises and Falls With Perceived Opportunity for Glory. *Journal of Personality and Social Psychology*, 82 (5), 819-834.
- Watson, P.J., Grisham, S.O., Trotter, M.V. & Biderman, M.D. (1984). Narcissism and Empathy: Validity Evidence for the Narcissistic Personality Inventory. *Journal of Personality Assessment*, 48 (3), 301-305.
- Watson, P.J., Taylor, D. & Morris, R.J. (1987). Narcissism, sex roles, and self-functioning. *Sex Roles*, 16, 335-350.