

Wolfgang E. Milch

## Der Umgang mit der Aggressivität bei narzisstischen Persönlichkeitsstörungen

Treating the aggressiveness of Narcissistic Personality Disorders

### Zusammenfassung

Aggressivität kann zu einem schwer zu behandelnden Problem in Therapien von narzisstischen Persönlichkeitsstörungen werden. Zunächst wird der Begriff „Narzissmus“ definiert und die besondere Anfälligkeit für aggressives Verhalten (narzisstische Wut) von Patienten mit narzisstischer Persönlichkeitsstörung erläutert, besondere Behandlungsprobleme werden dargestellt. Für die Behandlung sollte der therapeutische Fokus auf die Regulation des Selbstempfindens, die Affekte und die Kohäsion und Fragmentierung des Selbst gelegt werden. In Behandlungskrisen kann Mentalisierung und die Entwicklung einer „relationalen Perspektive“ hilfreich sein.

### Schlüsselwörter

Aggression – narzisstische Persönlichkeitsstörung – Behandlungsprobleme – Mentalisierung – relationale Perspektive

### Summary

Aggressiveness may develop to a major problem in the treatment of patients suffering from a narcissistic personality disorder. After defining the term "narcissism" the special proneness to aggressive behavior (narcissistic rage) is explained and particular pitfalls of treatment are elaborated. Therapy should be focused on the regulation of self-esteem, affects, and the state of self (cohesion or fragmentation). During treatment crises mentalizing and the development of a "relational perspective" may be helpful.

### Keywords

aggression – narcissistic personality disorder – psychotherapeutic pitfalls – mentalizing – relational perspective

Aus psychodynamischer Sicht führen die spezifischen Charakteristika der narzisstischen Persönlichkeitsstörung zu einer besonderen Vulnerabilität gegenüber affektiven Entgleisungen. Die im DSM-IV (APA, 1994) aufgeführten Kriterien lassen erkennen, dass die Betroffenen ein durchgängiges Muster von Großartigkeit mit einem überhöhten Selbstwertgefühl als Ausdruck eines labilen narzisstischen Gleichgewichts aufweisen, das sie sehr anfällig macht für Kränkungen und ein Scheitern in sozialen Beziehungen. Subjektiv kann der Rückzug in ein autoaggressives oder nach außen gerichtetes aggressives Verhalten als einzige Möglichkeit gesehen werden, das innere Gleichgewicht behelfsmäßig zu stabilisieren. Der Einsatz von Aggression („Aggressivierung“) ist eine Möglichkeit, dem Gefühl eigener Ohnmacht zu entgehen und selbst wieder zum Handelnden zu werden.

Die Komorbiditäten mit anderen Persönlichkeitsstörungen sind hoch, so besonders mit der histrionischen, dissozialen und Borderline-Persönlichkeitsstörung. Häufig liegt auch die Kombination mit einer dependenten, zwanghaften oder paranoiden Persönlichkeitsstörung vor (Damman und Gerisch, 2005). Bezüglich des autoaggressivem Verhaltens müssen Patienten mit narzisstischen Persönlichkeitsstörungen in dem gleichen Maße als suizidgefährdet angesehen werden wie Patienten mit Depressionen (Gerson und Stanley, 2004). Auf

der Ebene der Symptome stellen besonders Impulsivität (Hawton et al., 2003) und affektive Instabilität (Yen et al., 2004) wesentliche Risikofaktoren für Suizidalität dar, was bei der Behandlung aggressiven Verhaltens von narzisstischen Persönlichkeitsstörungen beachtet werden muss.

### ■ Affekte und Fragmentierung des Selbst

Die mangelhafte Affektregulation und Affekteinstimmung sieht Basch (1992) bei Patienten mit NPS im Mittelpunkt der Pathologie. Diese Patienten müssen häufig traumatische Enttäuschungen in der Kindheit damit kompensieren, dass sie sich ganz besonders auf ihre eigenen Leistungen konzentrieren. Trotz der Enttäuschungen legen sie kein resigniertes Verhalten an den Tag, sondern entwickeln schon als Säuglinge große Geschicklichkeit, auf die Erwachsenen flexibel zu reagieren und aktiv das aufzunehmen, was diese von ihnen wollen oder brauchen. Mit der zunehmenden Fähigkeit zur Symbolisierung und dem Einsatz von Phantasien im Alter von ungefähr zwei Jahren stärken diese Kinder ihr defensives Selbstgefühl durch grandiose Allwissenheits- und Allmachtsphantasien. Sie verfügen dann über eine äußere Schale von Selbstvertrauen, beruhend auf Klugheit, Intelligenz und effektiver Beeinflussung der Umwelt, in ihrem Kern bleiben sie

jedoch verletzlich und unsicher. Werden diese Kinder in ihrem Gefühl für Selbstwirksamkeit und Kompetenz bedroht, so geraten sie schnell in Gefahr, ein starkes Verlangen nach Erfüllung ihrer frühen Bedürfnisse nach positiven Reaktionen und Bestärkungen durch Bezugspersonen unbedingt befriedigen zu wollen. Dadurch werden sie anfällig, wieder enttäuscht und erniedrigt zu werden, und die Gefühle, die an der Entstehung des defensiven Selbst vorrangig beteiligt waren, treten wieder auf. Der Wendepunkt der Charakterentwicklung dieser Kinder wird etwa mit sechs Jahren erreicht (d. h. sie haben schon die Fähigkeit zur Mentalisierung mehr oder weniger entwickelt). Das Fortschreiten der kognitiven Entwicklung zwingt sie allerdings dazu, von den grandiosen Phantasien Abstand zu nehmen und die mit den andern geteilte, kulturabhängige äußere Realität anzuerkennen und sich den notwendigen Einschränkungen anzupassen. Wie andere Kinder muss ein solches Kind anerkennen, dass andere unabhängig von der eigenen Person existieren, eigene mentale Vorstellungen haben und es nicht das Zentrum des Universums ist. Es muss deswegen die eigene Perspektive drastisch verändern, um einen Platz in einer Welt zu finden, in der es nur ein Mensch unter vielen ist, zudem noch ein ganz kleiner. Wenn es sein defensives Überlegenheitsgefühl aufgeben müsste, müsste es sich jenen Erniedrigungen aussetzen, die es ursprünglich mit aller Macht vermeiden wollte. So stehen diese Kinder vor einem Dilemma, das darin besteht, dass eine Verleugnung der eigenen Begrenztheit in dieser Entwicklungsphase ihre Anpassung behindern würde. Werden diese Vorstellungen aufrechterhalten, könnte das einen psychotischen Rückzug einleiten. Nehmen diese Kinder aber andererseits hin, dass sie hilflos sind und ihre Umgebung nicht kontrollieren können, würden sie sich jenen Einflüssen aussetzen, vor denen sie sich schützen wollten und das aufgeblähte Selbstgefühl entwickeln. Basch sieht deswegen die kognitive Reife als dritte Lösung an: Anstatt die Realität der Grenzen völlig zu ignorieren oder sie zu akzeptieren, verleugnen sie den dazugehörigen Affekt. Das bedeutet, dass sie ihre Realität nur noch kognitiv, aber nicht affektiv anerkennen. Diese Erkenntnis erklärt das oft verwunderliche Verhalten von Menschen mit NPS, die die qualifizierte Anpassung an Anforderungen (z. B. in angesehenen Berufen) nicht als ein gesundes Erfolgserlebnis oder ein Gefühl von Ganzheit oder Kohärenz erleben. Die Integrität des Selbstsystems der NPS kann nämlich nur auf Kosten der Spaltung des Selbstkonzepts aufrechterhalten werden. Mit ihrem narzisstischen Triumph können sie zwar eine grandiose Position einnehmen, die darunterliegenden Minderwertigkeits- und Unsicherheitsgefühle, die diese Haltung notwendig machten, bleiben aber unbeeinflusst. Deshalb beklagen sich solche Patienten manchmal in Behandlungen, dass ihnen all ihr Erfolg kein Glück in ihren Beziehungen gebracht hat, dass niemand sie versteht und dass sie sich trotz ihres Erfolges eher wie Betrüger fühlen.

Die im Zentrum der Pathologie stehende Selbstwertproblematik kann zu schwersten inneren Krisen führen mit der Folge, dass Aggression und Autoaggression als Auswege gesucht werden, um sich selbst zu stabilisieren und das innere grandiose Selbstbild aufrecht zu erhalten (Hartmann und Milch,

2000). Auch die bei Zusammenbruch der Grandiosität beobachteten Minderwertigkeitsideen lassen sich als affektiv bedeutsame „negative Größenphantasien“ verstehen (Belant, 1989). Die Störungen der affektiven Selbstwertregulation gehen häufig auf zwischenmenschliche Probleme und die Folgen einer gestörten „interaktiven Regulation“ zurück, so dass diese therapeutisch besonders fokussiert und einer Veränderung im Sinne einer umwandelnden Verinnerlichung in der therapeutischen Beziehung unterzogen werden müssen. Wie lässt sich die Störung der Affektregulation bei NPS verstehen und welche Folgen hat sie für die innere Kohäsion des Selbst?

Maltsberger (2004) beschreibt den Selbst-Zusammenbruch bei NPS in der suizidalen Krise als Stadium eines Zerfalls des Selbst, ein Scheitern der Affektregulation, narzisstische Kapitulation, Zusammenbruch der Repräsentanz-Welt und den Verlust der Realitätsprüfung. Er unterscheidet 4 Phasen, die nicht nur bei Autoaggression, sondern auch bei aggressivem Verhalten beobachtet werden können:

1. Affektüberflutung
2. verzweifelte Manöver, um der so entstehenden psychischen Notlage zu entgehen
3. Kontrollverlust durch zunehmende Desintegration des Selbst
4. grandiose magische Vorstellungen des mentalen Überlebens (Spaltung der Selbstrepräsentanz, „Körperdissoziation“)

Die mangelnde Integration von Affekten (wie z. B. Scham oder Ärger) führt zu einer Affektüberflutung und zu einer Dekompensation des Selbstsystems, als dessen Folge das aggressive und autoaggressive Verhalten verstanden werden kann. Damit dient das aggressive Verhalten der eigenen Stabilisierung und kann als ein Selbstheilungsversuch interpretiert werden, um die Desintegration des Selbst zu kompensieren (Milch, 2006). Fragmentierung kann hier ebenso wie Desintegration als Ausdruck der Auflösung des Selbst verstanden werden (der Begriff der Desintegration gibt mehr die Sicht von außen und derjenige der Fragmentierung den inneren Blickwinkel wieder). Diese Vorstellungen gehen auf Heinz Kohut (1987) zurück, der bereits den häufigsten Grund für selbstdestruktives und aggressives Verhalten bei NPS auf überflutende Affekte und bedrohliche Selbstzustände zurückführte, beispielsweise durch Neid oder Scham (Kohut, 1991).

Fonagy (2006, S. 526 u. 527) beobachtete bei Menschen mit einer Neigung zu gewalttätigem Verhalten die „Scham, abgelöst von intensiver Wut, um das verletzte Selbstgefühl wiederherzustellen“, als eine durch alle Erfahrungsbereiche sich durchziehende Konstante. Und „die Angriffe können nicht über Mentalisierung des Schmerzes abgemildert werden. Nichtmentalisierte Scham ist keine ‚Als-ob‘-Erfahrung, sondern gleichbedeutend mit der Zerstörung des Selbst. Es wäre daher nicht übertrieben, diese Emotion als ‚Ich-destruktive Scham‘ zu bezeichnen“.

In Fragmentierungszuständen lockert sich die Selbststruktur, was subjektiv als Gefühl der Wertlosigkeit der Leere, der Niedergeschlagenheit oder der Angst wahrgenommen wird. In diesem Sinne beschreiben sich präsuizidale Menschen als in

ihrem Selbstzustand verändert, z. B. eingeengt, diffus ängstlich, verzweifelt mit dem Gefühl der Sinnlosigkeit und Hoffnungslosigkeit. Die Erfahrung eines sich auflösenden Selbst wird als so unerträglich empfunden, dass Menschen nahezu alles auf sich nehmen, um quälenden Wahrnehmungen, die durch das fragmentierende Selbst hervorgerufen werden, zu entgehen. Nicht selten wird ein gefährliches Risiko in Sexualisierungen oder Aggressivierungen gesucht, wobei es sich hier um den Einsatz von Sexualität und Aggressionen im Dienste einer Verbesserung der Kohäsion des Selbst handelt. Durch die Suche nach Streit oder sexueller Stimulation entsteht zumindest vordergründig ein minimales Gefühl für den eigenen Körper und die eigene Person. D. h., das Selbst steuert den Auflösungserscheinungen entgegen, indem es versucht, das Selbsterleben zu intensivieren. In der Dramatik von Aggressionen, Risikoverhalten und Sexualität (möglicherweise mit Aids Risiko) wird angesichts der Frage von Leben und Tod das Selbst wieder spürbar. Durch die Mobilisierung von Aggressionen im Dienste der inneren Kohäsion wird eine vorläufige Stabilisierung und minimale Vitalität erreicht. Es wirkt wie eine Art von Selbststimulation, wenn z.B. aggressive Phantasien ausgemalt werden, wie Angehörige auf den eigenen Suizid reagieren könnten. Rachephantasien können unaufhörlich alle anderen Aktivitäten behindern, so dass eine Selbstberuhigung nicht möglich ist. Auch Selbsthass kann als Aggressivierung verstanden werden, wenn durch diesen defensiven Mechanismus das Gefühl für das eigene Selbstsein gerettet werden soll (Ornstein, 1992). Im Hass wird das Selbst wieder spürbar.

Aggressivierungen führen auch zu Angriffen auf den Therapeuten und die therapeutische Beziehung, die das Behandlungsbündnis leicht in Frage stellen können. Besonders hintergründige Angriffe chronisch suizidaler Patienten führen zu erheblichen Problemen in der Gegenübertragung, die den Therapeuten blockieren oder zu destruktiven Aktionen Anlass geben können (Milch, 1990, 2001, 2003).

Bei Patienten mit NPS ist das „Kernselbst“ nur ungenügend geschützt und leicht durch Kränkungen oder andere narzisstische Verletzungen stöbar. Die geschwächte Kohäsion des Kernselbst kann durch grandiose Phantasien gestützt werden, die aggressiven oder autoaggressiven Charakter tragen. Das Kernselbst ist besonders dann gefährdet zu fragmentieren, wenn das innere Gleichgewicht durch narzisstische Verletzungen gestört wird. Aggression und Autoaggression können deshalb als Folge einer Störung des narzisstischen Gleichgewichtes auftreten (Reiser, 1986; Milch, 1990, 2002). Zwar bleiben alle Menschen zeitlebens auf narzisstisch stabilisierende Objekterfahrungen (sogenannte Selbstobjekte) angewiesen und Verluste können mehr oder weniger schwere Krisen auslösen, aber Patienten mit NPS reagieren auf Kränkungen oder einen Verlust des Selbstobjekts sehr leicht mit besonders schwerwiegenden Fragmentierungssymptomen, z. B. in Form narzisstischer Wut oder einer „leeren Depression“. Der Verlust wird ohnmächtig erlebt mit dem subjektiven Gefühl des Dahinschwindens eigener Selbstbehauptung, was einen Zustand bedrohlicher Hilflosigkeit auslöst. Es entsteht das unerträgliche Ohnmachtsgefühl, aus eigener Kraft die Situa-

tion nicht wirksam verändern zu können, d. h. alle Handlungsmacht zu verlieren. Neurophysiologisch kann „Übersehenwerden“ als Kränkung schmerzhaft erlebt werden und das Stresssystem wird zur Verteidigung aktiviert, was wiederum zur Aggression führt (Bauer 2008).

Die Mobilisierung von Aggressionen ist eine Möglichkeit, trotz bedrohlicher Ohnmachtsgefühle doch noch handlungsfähig zu bleiben und den Zustand des Selbst zu regulieren. In einer Phantasie von archaischer Grandiosität wird die Beziehung zum anderen und manchmal auch dessen Leben zerstört, dabei wird aber das Gefühl für das eigene Selbstsein gerettet, denn gerade in der narzisstischen Wut bleibt der Patient mit NPS der Handelnde und bestimmt selbst sein eigenes Schicksal und das des anderen. Das Gefühl, über das Leben entscheiden und allem ein Ende setzen zu können, wirkt der inneren Auflösung und dem unerträglichen Gefühl völliger Ohnmacht entgegen. Damit wird auf pathologische Weise das Erleben eigener Selbstwirksamkeit doch noch möglich gemacht. Die Handlungsmacht erzeugt auch die Gewissheit, dass das eigene Handeln einen mächtigen Einfluss auf die wichtigen anderen ausübt. In dieser Hinsicht dienen aggressive Phantasien häufig einem Überleben, zumindest in der Phantasie, und drücken den Versuch aus, in der letzten Verzweiflung doch noch den fragmentierten Zustand des Selbst verändern zu können und damit die überflutenden Gefühle, z. B. von Kränkung, Neid und Scham, zu kompensieren und die Herrschaft über das Selbst wiedergewinnen zu können (siehe Battagay und Henel, 1979).

Wegen der unerträglichen Ohnmachtsgefühle ist es gerade in aggressiven Auseinandersetzungen wichtig, Patienten mit NPS wieder ein Gefühl eigener Handlungsfähigkeit zu vermitteln, z. B. Handlungsalternativen gemeinsam zu überlegen oder frühere, erfolgreichere Lösungswege des Konflikts zu würdigen (eine Effekanz-Selbstobjekterfahrung, Milch, 2001).

Bei meiner therapeutischen Arbeit mit aggressiven und autoaggressiven narzisstisch gestörten Patienten kam mir manchmal der Gedanke, wenn ich den Schilderungen über ihre Wutausbrüche intensiv zuhörte, dass mir die Patienten auf einer symptomatischen Ebene und auf verdrehte Weise zeigten, was sie in der akuten Notlage am notwendigsten brauchten, das Gefühl eigener Handlungsfähigkeit und Wirkmächtigkeit, d.h. Effekanz-Selbstobjekt-Erfahrungen. Als solche kann das Bedürfnis eines Menschen verstanden werden, sich selbst so zu erleben, dass er effektiv handelt und damit eine Selbstobjektantwort eines anderen Menschen hervorrufen kann (Wolf, 1996; Milch, 2001). Im Unterschied zu anderen Selbstobjekterfahrungen, bei denen das Selbst weitgehend der Adressat einer vom Selbstobjekt ausgehenden Aktivität ist, wird bei den Effektanzerfahrungen das Selbst zum Handelnden, so dass es in dem Selbstobjekt bzw. Objekt durch aktive Beeinflussung etwas bewirkt. Die Effekanzbedürfnisse haben eine gewisse Ähnlichkeit mit dem von Freud beschriebenen „Bemächtigungstrieb“ (Freud, 1905, GW Bd. IV, S. 93), der damit ein System zur Erlangung der Fähigkeiten meinte, etwas zu beherrschen. Die neuere Säuglingsforschung lässt vermuten, dass die Lust etwas zu bewirken schon bei der Konsolidierung des Selbsterlebens eine wichtige Rolle spielt (Lichtenberg, 1991, 1989).

## ■ Exploration, Selbstbehauptung und narzisstische Wut

In den vergangenen beiden Jahrzehnten sind zunehmend Zweifel aufgekommen, ob Aggression einen einheitlichen Trieb darstellt oder nur die Manifestation unterschiedlicher Motivationssysteme. Bereits Kohut (1972) hatte das Konzept normaler, gesunder Aggressionen als Selbstbehauptung einerseits und mörderische, zerstörerische Aggressionen als narzisstische Wut andererseits beschrieben. Danach ist narzisstische Wut gekennzeichnet durch destruktive Rachsucht als Ausdruck eines geschwächten fragmentierten Selbst und gleichzeitig der Versuch, die Selbstkohäsion wieder herzustellen. Ornstein und Ornstein (2001) beschreiben narzisstische Wut als Ausdruck eines verletzlichen Selbst, das zuerst im Fokus der therapeutischen Bemühungen stehen sollte und erst später das Aufdecken verborgener Affekte und Motive.

Eine Übersicht über die neurophysiologischen Erkenntnisse zur Entstehung destruktiver Aggression als Reaktion auf seelischen Schmerz infolge z. B. Kränkung oder Ausgeschlossenheit findet sich bei Bauer (2008).

In ihren Vorstellungen über narzisstische Wut und Selbsthass gehen Lichtenberg und Mitarbeiter (2000) von einer frühen pathologischen Organisation der für das aggressive Verhalten verantwortlichen Motivationssysteme aus. Sie unterscheiden ein explorativ-selbstbehauptendes von einem aversiven Motivationssystem, das für narzisstische Wut und Selbsthass verantwortlich ist. Bei dem Bedürfnis nach Exploration und Selbstbehauptung stehen das affektive Interesse und die lebendige Neugier an der Umgebung im Vordergrund, was schon bei Säuglingen zu beobachten ist, die Zusammenhänge ausprobieren möchten und gerade solche Erfahrungen lustvoll machen, bei denen sie sich als Urheber ihrer eigenen Handlungen wahrnehmen können. Im Erleben eigener Kompetenz, Dinge zu modulieren und zu beeinflussen, zeigt das Kind deutlich Vergnügen und Gefallen.

Wenn sich ein Kind neugierig einer Sache zuwendet, sich damit ausprobiert und beschäftigt und es greifen und begreifen will, zeigt sich der explorative Antrieb. Damit ist auch das Vergnügen verknüpft, die eigene Wirksamkeit zu spüren, wie man mit Dingen umgehen, sie verändern und beeinflussen kann, wobei der Aspekt der Selbstbehauptung deutlich wird. Dieses Teilsystem ermöglicht die Regulation des Selbstwertes, der Freude an geistigen und körperlichen Aktivitäten im Vergleich zu anderen sowie die Fähigkeit, subjektive Ziele zu verfolgen. Das explorative Verhalten benötigt allerdings die Unterstützung der Umwelt und wird häufig dann erprobt, wenn das Baby von den Bezugspersonen dazu ermutigt wird und die Bindungsbeziehung sicher ist.

Kann sich die Selbstbehauptung ausbilden, so ist der Selbstwert realistisch und bei Selbstwertkrisen, die jeder Mensch hat, besteht die Fähigkeit, sich selbst zu stabilisieren oder zumindest stabilisierende Selbstobjekterfahrung zu suchen. Wird die Entwicklung allerdings gestört, etwa durch wiederholte Demütigungen und Verletzungen in der Kindheit, so führen Kränkungen im späteren Leben bei NPS zu einem Einbruch des Selbstwertgefühls mit der Unfähigkeit, sich anderen ge-

genüber zu behaupten. Störungen in diesem Motivationssystem können auch durch unsensibles, übergriffiges oder aufdringliches Verhalten der Bezugsperson sowie durch Unterstimulation und mangelnde Responsivität (etwa bei depressiven Müttern) entstehen. In der psychotherapeutischen Arbeit mit narzisstisch gestörten Patienten stellen sich Entwicklungsarretierungen dieses Motivationssystems häufig als Autonomiekonflikte dar, die sich, manchmal auch szenisch, mit wichtigen frühen Erfahrungen verknüpfen lassen.

Im Unterschied zu dem Bedürfnis nach Exploration und Selbstbehauptung ist das aversive System nicht permanent wach, sondern wird nur aktiviert, wenn Verteidigung zum vorrangigen Ziel der Person wird. Das aversive Motivationssystem dient der Aktivierung zusätzlicher Ressourcen in Situationen existenzieller Bedrohtheit. Häufig geht es mit „negativen“ Affekten wie Zorn, Wut, Ärger, Kummer, Verzweiflung, Furcht, Ekel, Angst, Schrecken, Scham und Schuld einher. Wenn die bedrohliche Situation beendet ist, wird auch die Aktivität des aversiven Motivationssystems in einen „Bereitstellungsmodus“ zurückgefahren. Es tritt dann subjektiv Erleichterung, Entspannung und Beruhigung auf, so dass das Selbstempfinden wieder kräftiger wird. Pathologische Formen dieses Motivationssystems treten dann auf, wenn es im Rahmen der Aggressionsäußerung zu selbstschädigendem oder fremdschädigendem Verhalten kommt oder aber der aversive Zustand nicht beendet werden kann.

Bei der Entwicklung und Reifung des aversiven Motivationssystems braucht das Kleinkind besondere regulierende Hilfen durch die Bezugspersonen, damit es zunehmend mit seiner aversiven Aggression als instrumentelle Kraft seinen Handlungen Nachdruck verleihen und somit sein aversives Motivationssystem entwickeln kann. Fonagy (2006) geht davon aus, dass das Kind Gewalt verlernen muss und diese nicht erst lernt. Da die Zeit, die Eltern mit ihren Kindern im direkten Kontakt verbringen (insbesondere Väter), überraschend kurz ist, vermutet Fonagy, dass der Ursprung sozialer Gewalt eher in psychischer Vernachlässigung als in körperlichem oder sexuellem Missbrauch zu suchen ist.

Diese Lern- und Entwicklungsprozesse sind allerdings auch sehr störanfällig in einer Kultur, die Aggressionsäußerungen bestraft. Bei geglückter Entwicklung verhelfen sie aber zu energischem, zielgerichtetem Verhalten und unterstützen den explorativen und selbstbehauptenden Umgang mit der Umwelt. Ärger und Wut helfen bei der Umsetzung eigener Ziele und Handlungen und tragen dazu bei, das Selbst in bedrohlichen Situationen zu schützen und zu stabilisieren. Wenn die aversive Reaktion in der Kindheit traumatisch (z. B. auch durch Beschämung) gebrochen wurde, so können im Gegensatz dazu gefährliche Wutausbrüche, chronische Wut, Angst, Rückzug oder selbstzerstörerisches Verhalten die Folge sein.

Aversive Reaktionen treten besonders dann auf, wenn in potenziell traumatischen Situationen weder Kampf noch Flucht möglich sind und der innere Zustand förmlich „einfriert“. Das führt zu Entwicklungen, in denen das aversive System andere Motivationssysteme (z. B. das explorative Sy-

stem) blockiert, so dass deren weitere Entwicklung gehemmt wird. Die aversiven Reaktionen dienen dann nicht mehr als Alarmzeichen, die eine notwendige Veränderung der Situation signalisieren oder dazu ermutigen, sich in Kontroversen zu verwickeln, sich aus ihnen zu lösen, sich zur Wehr zu setzen oder durch Rückzug von anderen abzugrenzen, um die eigene Position behaupten zu können. Aversion, Hass und Destruktivität werden zum vorherrschenden Motiv, um den erniedrigenden und beschämenden Verletzungen des Selbst eine kompensatorische Vitalisierung im Erleben von eigener Macht entgegenzusetzen, wobei auch destruktive und auto-destruktive Mittel nicht gescheut werden. Die durch Kränkungen eingeleitete aversive Reaktion kann in einen Zustand heftigster narzisstischer Wut münden, in der der Patient mit NPS sowohl eine Gefahr für sich selbst als auch für andere ist.

### ■ Das empathische Vorgehen

Bei einfühlsamen Interventionen kann die Selbstkohärenz zunehmen, so dass sich der Patient davor schützt, von Affekten überflutet zu werden, und sich von dem jeweiligen Affektzustand distanzieren kann. Die systematische Nutzung der Einfühlung kann auch als Empathie konzeptualisiert werden, die dann in folgenden Schritten eingesetzt wird (Stern, 1992):

1. emotionale Resonanz
2. Abstraktion des empathisch gewonnenen Wissens
3. empathische Reaktion und Rollenidentifizierung mit dem Patienten

Das empathische Vorgehen (Basch, 1992) impliziert, dass der Therapeut für die eigene affektive Resonanz offen ist, um die Mitteilungen des Patienten auf sich wirken lassen zu können. Nach Dezentrierung von der eigenen affektiven Reaktion und indem er sich auf die Affektlage des Patienten einstellt, kann er dessen affektiven Zustand anerkennen. Der Therapeut kann das jetzt gewonnene empathische Verständnis nutzen, indem er Hypothesen zum Verständnis der Mitteilung des Patienten entwickelt, die sich dann in seinen Interventionen niederschlagen.

Dieses Vorgehen impliziert, dass das empathische Vorgehen sowohl eine Beobachtungsmethode ist als auch durch die von emotionaler Resonanz geprägten Interventionen zu einem wesentlichen therapeutischen Mittel wird. Ziel des empathischen Vorgehens bei NPS ist die Verbesserung der Selbstkohäsion. Insofern können konfrontierende Interventionen oder eine gewisse Festigkeit des Auftretens durchaus empathisch sein, da die Selbstkohärenz in einer spezifischen interpersonellen Situation gefördert wird. Daraus kann abgeleitet werden, dass ein bloßes Zureden gegenteilige Effekte haben kann und sich der Patient nicht ernst genommen fühlt. Die Qualität der gegebenen Interventionen bemisst sich deshalb an der Verbesserung der Selbstkohäsion bzw. Fragmentierung des Patientenselbst, was sich auch darin ausdrückt, dass der Patient seine Aggression nicht mehr als so drängend erlebt und sich im besten Fall mit Hilfe der gemeinsamen Reflexion von ihr distanzieren kann.

Eng verbunden mit der Fähigkeit des Patienten zur Empathie mit sich selbst (Introspektion) ist die Fähigkeit der Mentalisierung, d. h., den anderen als abgegrenztes psychisches Wesen mit eigenen Wünschen und Motivationen wahrzunehmen (s. u.).

### ■ Der Umgang mit Aggressionen in Behandlungen

Das aggressive Verhalten kann sich außerhalb der therapeutischen Situation abspielen und dort Thema werden, wie z. B. Selbstgefährdung durch Risikoverhalten im Straßenverkehr, Bedrohung oder handgreifliches Verhalten gegenüber Angehörigen oder auch suizidales Verhalten. Der Therapeut kann sich durch die Schilderung in der Verantwortung fühlen und muss einen Weg finden, die Hintergründe des aggressiven Verhaltens zu thematisieren und einen Einfluss auf den Selbstzustand des Patienten zu gewinnen. Es kann auch notwendig werden, Angehörige zu schützen. Wenn es zu aggressivem Verhalten im Rahmen einer Behandlungsbeziehung kommt, ist zu unterscheiden, ob die Aggression schon zu Beginn der Therapie auftritt oder im Laufe der Behandlung nach einer anfänglich guten therapeutischen Beziehung. Bereits in einem Erstgespräch kann sich ein Patient mit NPS durch eine Bemerkung oder Konfrontation zurückgewiesen fühlen.

#### Patientenbeispiel

Ein Dozent des pädagogischen Fachbereiches suchte mich auf, nachdem ein Gespräch in einer psychotherapeutischen Ambulanz gründlich schiefgegangen sei. Er habe von seiner Ehe und der Trennung berichtet, habe sich aber nicht verstanden gefühlt und sei dann mit eigenem Fehlverhalten konfrontiert worden, was er als erhebliche Beschämung empfunden habe. Er habe zurückgefragt, was er daraus lernen könne, er verstehe den Therapeuten nicht. Dieser habe ihn daraufhin an einen anderen Therapeuten überwiesen.

In Erstinterviews von Patienten mit narzisstischen Persönlichkeitsstörungen sollten neben narzisstischen Verletzungen der Vorgeschichte vor allem auch starke untergründige Affekte wie Wut, Scham und Neid beachtet und die auslösenden Situationen einfühlsam anerkannt und benannt werden. Die Anerkennung erscheint besonders wichtig, da das Kind verletzlich reagierte und es zu einer Traumatisierung kommen konnte, weil es von der Bindungsperson eine Anerkennung erwartete, aber eine Beschämung erfolgte.

Eine Validierung der Affekte und der narzisstischen Verletzungen durch vorsichtige Rückmeldungen des Therapeuten wirkt Gefühlen von Ohnmacht und Hilflosigkeit entgegen und löst beginnenden Ärger und Wut frühzeitig wieder auf. Eine Grundhaltung der emotionalen Isolierung („splendid isolation“) macht es suizidalen Menschen mit NPS allerdings sehr schwer, sich zu öffnen und mögliche untergründige Gefühle mit dem Untersucher zu teilen. Deshalb sind Gefühle von Scham oder Neid hinter einer Abwehrfassade verborgen und werden selbst von den Patienten häufig nicht bewusst wahrgenommen. Aber auch Gefühle von Wut und Ärger, die in der Untersuchungssituation aufkommen, werden abgewehrt und tauchen dann als Gefühle von Müdigkeit, Schwere, Ide-

enlosigkeit oder diffuser Ratlosigkeit sowohl in der Übertragung als auch Gegenübertragung wieder auf.

Grundsätzlich sollte der Fokus der Aufmerksamkeit bei der Behandlung von Patienten mit NPS auf der narzisstischen Verletzlichkeit und Kränkbarkeit liegen: Kränkungen als Ausdruck narzisstischer Verletzungen lassen sich als ein unvorhergesehenes Hineingeraten in einen Zustand bedrohlicher Lächerlichkeit, Ohnmacht, Hilflosigkeit und Verlassenheit verstehen, wodurch sich der gekränkte Patient trotz ohnmächtiger Wut nicht anders zu retten weiß als durch den Einsatz infantiler, manchmal lebensgefährlicher Kompensationsmechanismen. Dazu kann neben aggressivem Verhalten auch Risikoverhalten oder selbstschädigendes suizidales oder soziales Verhalten gehören. Psychogenetisch lässt sich die Kränkung als Wiederbelebung traumatischer Erfahrungen aus früheren Objektbeziehungen deuten. Wiederbelebt werden Erlebnisse ohnmächtiger Bedrohung, die zu Gefühlen katastrophaler Abhängigkeit, Retraumatisierung und intensiver Wut führen („Es war, als fiel ich in ein Loch“, „Es zog mir den Boden weg“, „Ich war wie vor den Kopf geschlagen“). Die Wut kann akut auftreten als ein Ausbruch narzisstischer Wut oder als chronische Wut hinter einer Fassade von Anpasstheit, Sarkasmus oder einem psychosomatischen Symptom verborgen sein

### Fallbeispiel

Ein Gärtner Anfang Fünfzig kam wegen eines schwer einstellbaren Hypertonus in Behandlung. Er gab mir immer wieder zu verstehen, dass er alles im Griff habe, das alles bei ihm „normal“ sei, wenn sich nur der Blutdruck einstellen ließe. Hinter einer starken ständigen Anspannung wurde für mich zunehmend eine Sensibilität und Kränkbarkeit spürbar. Im Laufe einer langen Behandlung wurde seine narzisstische Verletzlichkeit deutlich, die durch wiedererinnerte schwerste psychische Traumatisierungen verständlich wurde. Mit größerer Offenheit traten als Reaktion auf aktuelle Kränkungen immer wieder Zustände narzisstischer Wut auf, so dass ich die anfängliche Anspannung als Zustand chronischer Wut verstehe. Mit der Stabilisierung des Selbstempfindens unter der Therapie traten Zustände von Wut nur noch selten auf, und der Blutdruck normalisierte sich (Milch, 1998).

Zur Abschätzung des Umgangs mit Affekten kann aus der Schilderung der wichtigen Beziehungen zu anderen vor dem Hintergrund der Erfahrungen mit frühen Bezugspersonen schon klinisch die Bindungsqualität abgeschätzt werden: Gibt es Hinweise für eine sichere Bindung, oder ist diese eher unsicher? Wenn sie unsicher ist, ist der Patient eher ambivalent gebunden oder ist unsicher vermeidend. Bei unsicher vermeidend Gebundenen ist besondere Vorsicht geraten, da diese Menschen häufig ihre untergründigen Affekte nicht preisgeben und auch eher vermeiden, über Gefühle von Kränkungen und Verletzungen zu sprechen. Wenn es Hinweise für unverarbeitete Verluste, Traumatisierungen oder Gewalterfahrungen gibt, ist der Umgang mit Gefühlen häufig prekär, beängstigend und kann die Grenzen einer ambulanten Behandlung überfordern, so dass eine Einweisung in eine psychotherapeutische Klinik mit multimodalem Behandlungsangebot angeraten ist.

In *längeren Behandlungen* von Patienten mit NPS können diese immer wieder in schwerste Selbstwertkrisen geraten. Diese Krisen können durch äußere Anlässe wie Trennungen, Arbeitsplatzverlust, wirtschaftliche Not (z. B. Broker bei einem Börsenkrach) ausgelöst werden. Gegenüber diesen äußeren Anlässen kann die Psychotherapie zu einem Ort der Zuflucht, der Sicherheit und des Verständnisses werden. Die Gefahr bei dieser Situation besteht darin, dass der Therapeut manchmal zu dem einzigen Vertrauten wird, so dass ein großer Druck in der Gegenübertragung entsteht und sich der Therapeut unbewusst entlasten möchte, in dem es zu einem „Gegenübertragungsgagieren“ kommt. Es entstehen Tendenzen in dem Therapeuten, z. B. den Patienten zurückzuweisen, sich ohne Not von ihm zu distanzieren oder eine innere Situation nicht weiter zu explorieren und vorschnell den therapeutischen Fokus auf eine äußere („objektive“) Notwendigkeit zu legen. Eine Bereitschaft zu aggressivem Verhalten auf Seiten des Patienten kann auch dann in Behandlungen beobachtet werden, wenn alte narzisstische Verletzungen aus der Verdrängung auftauchen, wieder wach werden und in der Beziehung in Form eines Handlungsdialoges oder einer Modellszene reaktiviert werden. Wut und Hass kommen dann in die therapeutische Beziehung und müssen eine interaktive Regulierung erfahren, damit entsprechende Repräsentanzen eine Affektregulierung dauerhaft unterstützen können.

Wenn Therapeuten ihre Helferrolle nicht reflektiert haben, ist es für sie besonders schwer zu ertragen, von dem Patienten negative Zuschreibungen zu erhalten, die in völligem Gegensatz zu ihrem Selbstbild stehen (siehe dazu auch Reimer und Henseler, 1981). Werden diese Gegenübertragungsreaktionen nicht genügend therapeutisch aufgedeckt, kann es neben offenen Zurückweisungen auch zu einer latenten Vorwurfshaltung dem Patienten gegenüber kommen, dieser sei „selber schuld an der Situation“ und suche noch dazu das Scheitern der therapeutischen Beziehung. Dem Therapeuten wird die gespannte Beziehungsatmosphäre zu viel, er distanziert sich und versucht „den Fall“ nur noch zu managen, so dass beide Beteiligten sich auf eine distanzierte Position zurückziehen. Es tritt eine mangelnde Interaktion zwischen den Beteiligten auf, die bei den festgefahrenen Rollen zu einem Entwicklungsstillstand in der therapeutischen Beziehung führt.

### ■ Übertragung und Gegenübertragungsprobleme

Kommen aggressive Konflikte in die Übertragung, so sind das in Behandlungen in der Regel Momente besonderer Aufmerksamkeit. Häufig schweigen Patienten lange über aggressive und destruktive Phantasien. Wenn sie sich explizit oder implizit ankündigen, ist sehr wesentlich, darauf aktiv und verbal zu reagieren, d. h., in der Regel zunächst im explorativen Behandlungsmodus zu bleiben und nachzufragen, damit die aggressiven Phantasien nicht in einem gemeinsamen Schweigen verebben. Die Gegenübertragung aus solchen Äußerungen kann unterschiedlich sein und reicht von einem Sich-nicht-berührt-Fühlen bei Patienten, die sehr abgespalten über ihre ärgerlichen Gefühle berichten, über Erleichterung, wenn z.B. depressive Patienten erstmals außerhalb der therapeutischen

Situation ihren Ärger zeigen konnten, bis zur Besorgnis z.B. bei Berichten über sadistische destruktive Aggressionen gegenüber Kindern oder Partnern und zur großen eigenen Betroffenheit über Anschuldigungen und Bedrohungen des Therapeuten. Problematisch ist die Situation immer dann, wenn erhebliche Probleme in der Gegenübertragung auftreten, die zu Schwierigkeiten führen, den Patienten noch zu verstehen und seine Entwicklung zu begleiten. Die aggressiven und destruktiven Aktionen eines Patienten können so weit gehen, dass ein Therapeut das Gefühl bekommt, möglichst nichts mehr mit dem Patienten zu tun haben zu wollen und schnellstens die Behandlung zu beenden. Häufig treten dann Gefühle auf, die Angehörigen des Patienten oder sich selbst schützen zu müssen. Ein einfühlsames und empathisches Begleiten ist in dieser Situation kaum mehr möglich. Unabhängig von therapeutischer Erfahrung und Kompetenz handelt es sich um prekäre Situationen, in der therapeutisches Arbeiten blockiert ist. In einer solchen Lage muss ein Dritter zu Rate gezogen werden in Form von Supervision oder Intervision.

In Therapien wird die Situation erfahrungsgemäß dann besonders schwierig, wenn Missbrauch oder frühere Gewalterfahrungen wieder wach werden und sich als Übertragungsphänomene in der Beziehung manifestieren. Es besteht die Gefahr, dass ein „destruktiver“ oder „maligner“ Narzissmus die Behandlung blockiert. Der Therapeut kann in der Übertragung Ziel der wütenden und verletzenden Angriffe des Patienten werden, wobei die Angriffe explizit sein können, aber auch implizit in dauerhaften Entwertungen als Ausdruck für chronische Wut hinter einer angepassten Fassade geäußert werden. Gerade Letztere sind ein besonderes therapeutisches Hindernis und können sich zunächst dem bewussten therapeutischen Gewährwerden entziehen (Milch, 1990). Durch entsprechende Identifikation wird der Patient dann in der Übertragung zum Täter und versucht, den Therapeuten in der einstig eigenen Opferrolle zu attackieren, was ihm auch gelingen kann, wenn dieser seine ohnmächtigen und hilflos wütenden Gefühle in der Gegenübertragung nicht reflektiert. Kippt die innere Situation des Patienten, rutscht er selbst in die Opferrolle und die zunächst gegen den Therapeuten gerichtete Aggression wendet der Patient dann gegen sich selbst, d.h. er wird suizidal.

Im Unterschied zu den meist beziehungsorientierten Patienten mit NPS sind Patienten mit „malignem“ Narzissmus beziehungsabweisend (Dammann und Gerisch, 2005). Sie können die Abhängigkeit von dem Therapeuten nicht ertragen und müssen diese abwehren. Das kann sich beispielsweise in der Form manifestieren, dass sich der Patient die Interventionen sofort aneignet und behauptet, dass er den Inhalt der gegebenen Deutung schon vorher gewusst hätte. Damit versucht er, den Fortschritt der Behandlung nur für sich zu verbuchen, und der Therapeut wird zum bloßen Statisten. Er blockiert das therapeutische Vorgehen und versucht, den Therapeuten zu manipulieren. Häufig steht dahinter ein intensiver Neid oder auch Hass auf die unabhängige Existenz des Therapeuten.

Wenn die Bezugnahme auf frühere, meist kindliche Erfahrungen nicht gelingt und die Situation sich nicht durch Deutung und Rekonstruktion auflösen lässt, hilft manchmal nur

die Einweisung in eine psychotherapeutische Klinik mit Teamarbeit und einem multimodalen Behandlungsangebot und die Wiederaufnahme der Behandlung, nachdem die zugespitzte Beziehungsdynamik durch andere therapeutische Erfahrungen relativiert werden konnte.

### ■ Der Unterbrechungs- und Wiederherstellungsprozess

Die Fortschritte in den Behandlungen narzisstisch gestörter Patienten entwickeln sich häufig nicht linear, sondern auf Phasen relativer Ruhe und stetiger Arbeit folgen Zeiten intensiver Auseinandersetzung und möglicher Krisen. Die Krisen lassen sich unter dem Aspekt des „Unterbrechungs- und Wiederherstellungsprozesses“ verstehen (Wolf, 1996; Milch, 2001). Danach führt das Sicherheit vermittelnde Ambiente und die empathische Resonanz des Therapeuten zunehmend zu immer weiterreichenden Bedürfnissen nach Verstandenwerden, die sich auch als Bedürfnis nach einem Selbstobjekt konzeptualisieren lassen, das den Selbstzustand absichert, die Wahrnehmungen bestätigt und dem Patienten ein gutes Gefühl von sich selbst vermittelt. Diese sich intensivierenden Hoffnungen und Forderungen können bewusst oder implizit an den Therapeuten gerichtet werden. Gleichzeitig mit der wachsenden Bedürftigkeit wird der Patient aber immer verletzlicher gegenüber möglichen Zurückweisungen oder narzisstischen Verletzungen. Da es einem Therapeuten kaum gelingen kann, diese Beziehungserwartungen konstant empathisch zu beantworten und responsiv zu reagieren, wird der Patient irgendwann enttäuscht sein. Eine Enttäuschung kann natürlich auch daraus resultieren, dass der Therapeut aus eigenen Gründen (z. B. Müdigkeit, Unaufmerksamkeit, Unkonzentriertheit) nicht einfühlsam handelt. Auf diesen Mangel an Responsivität reagiert der Patient enttäuscht und empört und droht möglicherweise, die Behandlung abzubrechen. narzisstisch gestörte Patienten reagieren häufig mit Wut oder auch Suizidalität (siehe Fallbeispiel).

Es können auch Befürchtungen im Patienten reaktiviert werden, dass sich Verletzungen der Vergangenheit wiederholen, wenn er seine aufkommenden Bedürfnisse offen zeigt. Der Patient kann dann nicht nur einen Widerstand dagegen aufbauen, diese Bedürfnisse auszudrücken, sondern innere Widerstände machen es ihm unmöglich, sich ihrer überhaupt bewusst zu werden. Es ist dann Aufgabe des Therapeuten, das Wiedererwachen dieser Wünsche nach essentiellen selbststabilisierenden Erfahrungen mit seinem Wissen und professionellem Engagement zu fördern, indem er auf das Bedürfnis des Patienten, verstanden zu werden, responsiv reagiert. Hartnäckige Widerstände gegen das Bewusstwerden der Bedürfnisse müssen gedeutet werden, damit die Bedürftigkeit des Patienten ihm selbst bewusst werden kann. Widerstand wird in diesem Sinne als Schutz vor erneuter Verletzung verstanden. Die frühzeitige Deutung der Widerstände und die Anerkennung dieser Bedürfnisse als legitim erzeugt eine spontane Offenheit gegenüber diesen Selbstobjekterfahrungen und hilft, die Beziehung zu stabilisieren, indem eine Selbstobjektübertragung entsteht (Milch, 2001).

Bei einem geschwächten Selbst, wie es typisch für Patienten mit NPS ist, bestehen wegen der strukturellen Fehlbildungen aufgrund des Mangels an sicherheitsspendenden Selbstobjekt-erfahrungen in der Kindheit hintergründig archaische Selbstobjektbedürfnisse, d.h. Selbstobjektbedürfnisse aus frühen Stadien der kindlichen Entwicklung. Diese können wegen ihres für das Erwachsenenalter unzeitgemäßen Charakters nur schwer erfüllt werden, und die Forderung nach solchen Bedürfnissen führt zu Belastungen und Störungen in Beziehungen. So kann ein Patient erwarten, entwertet und zurückgewiesen zu werden. Diese in regressionsfördernden Therapien aufkommenden archaischen, verzerrten und imperativen Selbstobjektbedürfnisse sind so überzogen, dass sie sich in üblichen sozialen Beziehungen schädlich auswirken würden. Da es einem Therapeuten kaum gelingen kann, auf diese pathologisch veränderten Beziehungserwartungen konstant empathisch und responsiv zu reagieren, entsteht die oben bereits beschriebene Enttäuschung. Durch die Anerkennung des Therapeuten, dass es sich um eine Enttäuschung legitimer Selbstobjektbedürfnisse handelt, die durch ein Empathieversagen des Therapeuten unzureichend verstanden und responsiv beantwortet werden konnten, ist es dem Therapeuten möglich, durch die Deutung der Übertragungsunterbrechung die Krise zu überwinden und die Beziehung wiederherzustellen. Dazu muss der Therapeut sowohl introspektiv seine eigene psychische Realität reflektieren als sich auch empathisch in die andersartige Realität des Patienten einfühlen, um so zu erkennen, welche seiner Handlungen oder Deutungen, die er machte oder auch unterließ, der Unterbrechung vorausgingen. Kann er das Erleben des Patienten akzeptieren, ohne auf seinen eigenen Wahrnehmungen als „objektiv“ zu bestehen, dann wird die mutuelle reziproke empathische Kommunikation wiederhergestellt. In diesem Prozess sind zwei Faktoren wesentlich: neue korrigierende Erfahrungen mit entsprechenden Repräsentanzen aus der helfenden Beziehung aufzubauen und gleichzeitig die Deutung zu internalisieren, die auf die Bewusstmachung dieses Prozesses abzielte: dass der Patient versucht, aufgrund seines Wiederholungszwangs eine, letztlich ihn bestätigende, erneute Zurückweisung in der Beziehung zu konstellieren und damit gerade das herzustellen, was er am meisten fürchtet, allein und zurückgewiesen zu sein. Kann der Therapeut auf diese Weise die unterbrochene Behandlungsbeziehung wieder in Gang setzen, führt das im Erleben des Patienten zu einer neuartigen Erfahrung, wie Kränkungen anerkannt, verstanden und gemeinsam überwunden werden können. Er macht auch die Erfahrung, dass aus der Krise eine stabilere, kontinuierlichere therapeutische Beziehung erwächst. Erst das schafft die Voraussetzung, Aggressionen (in Form von Hass und Selbsthass) zu reflektieren und so in die therapeutische Beziehung einzubringen und zu bearbeiten. Für diese Erfahrung ist auch wesentlich, dass der Patient in dem Therapeuten etwas ausgelöst hat und er seine Selbstwirksamkeit spürt. Das Bedürfnis nach Wirksamkeit oder Effektanzlust kann als eine Variante der Spiegelerfahrung verstanden werden, die das Selbst stärkt. Der Patient kann dadurch eine für ihn essentielle Erfahrung machen, in der Beziehung gehalten zu werden, selbst wenn er in narzisstische Wut gerät. Wolf (1996) nimmt an, dass die Erfahrung von

Unterbrechung und Wiederherstellung für den Patienten eine konstituierende Erfahrung ist, die zu einer Neuorganisation führt. Der Therapeut unterstützt die Entwicklung des Patienten dadurch, dass er ihm eine Selbstobjekterfahrung ermöglicht, die sich von derjenigen der ursprünglichen Bezugsperson unterscheidet. Nach wiederholten Unterbrechungen und Wiederherstellungen ändert sich die Sichtweise des Patienten über die eigene Person allmählich, und er entwickelt die Kraft, trotz Krisen sein Leben besser zu meistern, ohne in Zustände von Fragmentierungen und narzisstischer Wut oder in suizidale Krisen zu geraten.

#### **Unterbrechungs- und Wiederherstellungsprozess:**

1. Therapeutisches Ambiente und empathische Responsivität
2. Selbstobjektübertragung
3. Regression, Unterbrechung der Übertragung, Mobilisierung von Aggressionen
4. Wiederherstellung der Übertragung
5. Neuordnung der Bestandteile des Selbst

#### **Mitteilung eigener Fehler**

Sollte der Therapeut einen eigenen Fehler freimütig mitteilen, um eine Unterbrechung der Übertragungsbeziehung wiederherzustellen? Die Meinung dazu ist in verschiedenen Schulrichtungen durchaus unterschiedlich. So führen Dammann und Gerisch (2005, S. 305) für die Behandlung von narzisstischen Persönlichkeitsstörungen an: „Der Therapeut sollte, nach dem Modell von Kernberg, dabei weder „seine Fehler“ und Unzulänglichkeiten dem Patienten gegenüber zugeben und sich entschuldigen, noch beschwichtigen und dessen Ängste als unbegründet zurückweisen, sondern auch hier deutend die Innenwelt des Patienten beleuchten.“ Nach meiner Ansicht handelt es sich bei dieser Frage grundsätzlich um eine Entscheidung, ob wir bereit sind, uns auf eine intersubjektive Beziehung einzustellen, die zwar asymmetrisch ist, in der aber jeder der Beteiligten fehlbar ist und seinen Anteil der Interaktion hat. In diesem Sinne ist es entscheidend, ob wir als Therapeuten selbst ein authentisches Gefühl haben, einen „Fehler“ begangen zu haben. Patienten haben dafür ein sehr feines Gespür, und ein solcher „Fehler“ bleibt im Raum, ob er nun angesprochen und „eingestanden“ wurde oder nicht. Für mich ist es deshalb in Therapien von NPS regelmäßig eine positive Erfahrung, wenn mir ein „Fehler“ bewusst wird, auf den der Patient reagierte und ich diesen dann auch anspreche, wenn mir im Kontext des therapeutischen Prozess die Auswirkungen des Fehlers bewusst geworden sind. Damit zeige ich, dass ich ein fehlbarer Interaktionspartner bin, der die Beziehung ernst nimmt und den Patienten nicht zum pathologischen Objekt macht.

#### **Fallbeispiel**

Herr T. kam als Patient über die Ambulanz der Klinik in unsere stationäre Langzeitpsychotherapie. Er ist ein Mann Mitte 30, der nach mehrjähriger Tätigkeit als Sozialarbeiter inzwischen lange Zeit arbeitslos war, nachdem er die Arbeit mit essgestörten Jugendlichen wegen übergroßer eigener Anstrengung aufgab. Er hat zwei längerfristige ambulante Psychotherapien hinter sich, die er jeweils vorzeitig beendete, weil



er sich unverstanden und verletzt fühlte. Er lebt sozial isoliert in einem kleinen Zimmer, ohne feste Partnerschaft begrenzen sich seine menschlichen Kontakte auf flüchtige oder unverbindliche Bekanntschaften. Bei der Aufnahme ist er verzweifelt über seine soziale Perspektivlosigkeit, niedergeschlagen und sehr verletzlich.

In den ersten Wochen seines stationären Aufenthaltes kann sich Herr T. gut auf der Station integrieren und nimmt an der Patientengruppe lebendigen Anteil. Zu seinem Einzelpsychotherapeuten nimmt er intensiven Kontakt auf, muss aber wiederholt diesen auf die Probe stellen, in der Gesprächsgruppe konfrontieren und entwerten. Als er sich in einer Situation unverstanden fühlt, bricht er den Gesprächskontakt mit dem Einzeltherapeuten ab und erscheint nur noch formal zu den Sitzungen, die er „absitzt“ und durch „sinnlose“ Aktivitäten entwertet. Für mich scheint er wie in der Wut blockiert. Da er entweder sich oder seinen Therapeuten als übermächtig ansieht, weist dieser darauf hin, dass er noch einen Vorgesetzten hat. Als die Situation weiter eskaliert und die Behandlung gefährdet ist, bittet Herr T. um ein Gespräch mit mir. Gemeinsam können wir die Situation in den Einzelgesprächen noch einmal zurückverfolgen und die Kränkungen des Patienten anerkennen und verstehen vor dem Hintergrund kindlicher narzisstischer Verletzungen. Herr T. kann mich nicht nur als ein „drittes Objekt“ nutzen, sondern es eröffnet sich eine gemeinsame dritte Sichtweise in dem langen Gespräch. Darauf kommt die Behandlung in den Einzelgesprächen nicht nur wieder in Gang, sondern wird zu einer intensiven Therapie, in der kindliche Traumatisierungen bearbeitet werden können. Am Ende der insgesamt 16-wöchigen Behandlung kann ich noch einmal ein Interview über diese Krisensituation mit dem Patienten führen und möchte ihn selbst zu Worte kommen lassen (Wiedergabe eines Teils der Videoaufnahme).

Herr T.: „Es hatte sich schon die ganze Zeit zugespitzt. Der Doktor E. hat einen, wie er selbst sagt, sehr konfrontativen Stil: Er neigt schon manchmal auch zu Provokationen, und es hat sich so einiges hochgeschaukelt. Es fing damit an, dass er bei uns die Gruppe geleitet hat. Da fing ich schon die Zeit an, ihn zu kritisieren. Das ging dann auch über ins Einzel. Da hab ich dann auch angesprochen, als Frau Doktor H. wieder die Gruppe gemacht hat, dass ich über ihn hergezogen bin. Er saß hinter der Scheibe und hat zugehört. Ich habe dann dazu auch gestanden und habe ihm auch gesagt, dass ich ihm das auch persönlich schon einmal gesagt habe. Und da ist dem Doktor I. auch etwas in der Jacke hängen geblieben. ... Wie soll ich sagen, etwas – salopp ausgedrückt – kränkend, auch verletzend auch so ... Man kann da auch viel mit dem Gesichtsausdruck machen, wenn man jemand die ganze Zeit geringschätzig anblickt, dann passiert mit dem Betreffenden auch was. Das ist mir in meiner Therapie auch bewusst geworden. Ich habe interessanterweise am letzten Wochenende einen Film geschaut, wo es interessanterweise um Partnerschaften geht, wo jemand krank werden kann. Und die Macht der Mimiken sollte man nicht unterschätzen, da habe ich, glaube ich, ein ganzes Repertoire. Das ich auch offen Doktor E. angeschossen habe, auf der anderen Seite ist er auch provokant, und das schaukelte sich immer mehr hoch, und dann

waren wir mal so weit, dass ich zu ihm kam, und das will er bis heute nicht wahrhaben, – ich denke, wir können darüber offen reden, auch wenn ich mit Herrn Doktor E. später noch ambulante Therapie machen werde – ist es aus meiner Sichtweise so, dass ich einmal zu ihm kam und ich ihm davon berichtete, dass mir die Geschichte einer Mitpatientin besonders naheging. Die Geschichte von Frau M., einer Mitpatientin, in der Musiktherapie besonders naheging, und er sagte, er wolle von mir keine Storys hören. Das hat mich sehr verletzt, und die ganze Geschichte war von beiden Seiten ziemlich emotional geladen, und dann hab ich abgeschaltet, und die Sache ist aber immer weiter hochgekocht. Ich bin dann hingegangen, habe eine Stunde nichts gesagt, ich habe ihn nicht drauf angesprochen und habe das Gespräch dann mit Ihnen dann gesucht, wir haben uns, wir haben uns eine Stunden lang unterhalten und haben über die Bühnenstücke gesprochen, die mein ganzes Leben lang inszeniert werden, und Sie haben mir noch andere Dinge gesagt. Ich habe dann wieder das Einzelgespräch mit Herrn E. gesucht, und wir sind über einen Nenner gekommen, dass Herr Doktor E. auch nur ein Mensch ist. Ich habe ihm die Sache noch mal erzählt, die ich Ihnen auch erzählt habe, und er wollte aber einiges nicht so ganz wahrhaben, wie sie so aus meiner Sicht gelaufen sind. Aber er sagt, er stimmte trotzdem mit mir überein über die Überschrift ‚Ich habe ihn auf den Boden meiner familiären Entwertungen gezwungen‘. Da haben wir so einen kleinen Ringkampf gemacht. Und auf einmal waren so ein paar Sachen, wie das abgelaufen war, auf einmal bei mir weg, z. B. ‚magisches Denken‘.

Zu dem Ringkampf befragt: „Wissen Sie, ich habe eine ziemliche Energie darauf aufgewendet, die Inszenierungen der familiären Entwertungen zu verstehen oder auf neudeutsch heißt es ‚dissen‘, wenn man jemand niedermacht. Irgendwann hat Herr Doktor E. auch reagiert, ich glaube da sind auch ein paar Sachen abgelaufen, die ziemlich unbewusst bei ihm abgelaufen sind. Da ist dann eine Rangelei entstanden, ich habe ihn dann aber entwertet, und er hat mich dann im Gegenzug auch unbewusst – auch schon – ja – niedergemäht, würde ich fasst schon sagen. Aber es war genau der Punkt, es hat genau den Punkt getroffen, Gefühle zeigen und dafür verhöhnt werden, das ist ein zentrales Thema. Das ist auch eine Narbe bei mir, die aufgebrochen ist. Aber irgendwie haben wir es dann doch auf die Reihe bekommen, und dann hat das Familiengespräch vieles gezeigt.“

Auf die Frage, wie die Beziehung wieder in die Reihe kam, führt er nach einigem Überlegen aus: „Also ich neige dazu, Menschen, wenn sie dann mal ’nen Fehler gemacht haben, nur noch so zu sehen, zu sagen, es sind Arschlöcher, zu sagen, wes Geistes Kind sie sind, und mich da reinzusteigern. ... Er hat mir auch geholfen, so ein paar – ja ich glaube, man muss, um an den Kern zu kommen – so ein paar verkrustete Abwehrmechanismen abarbeiten oder abmeißeln. Dazu gehört auch das Benennen derselbigen, und das hat er schon ganz gut hingekriegt. Ein paar Sachen haben bei mir gut eingewirkt, und es sind mehrere Geschichten, die hat er schon bei mir erkannt. Und was mir ganz nebenbei aufgefallen ist: Mit der Vehemenz und mit der Energie, wie ich mich da hineinsteigern kann, könnte ich auch mein Leben gestalten.“

Frage: „Könnte man das auch unter dem Aspekt gegenseitiger Anerkennung fassen?“

Antwort: „Ich glaube wir haben beide voneinander profitiert. Herr Doktor E. hat später noch mal Gruppe gemacht und auch im Umgang mit mir, und bei Herrn Doktor E. ist es halt so, und mit mir hat er mal jemand gehabt, der auch nicht ganz ohne ist. ... Die Beziehung hat sich gewandelt: Er hat meine mühsam zusammengeschusterte Schale verwechselt mit meinem Kern. Der Kern, der sehr sensibel ist und warum ich jetzt hierhergekommen bin, weil ich leide. Unter meiner Persönlichkeit oder unter dem Leben, das ich bisher geführt habe. Ich bin hierhergekommen, um zumindest die Richtung mitzubekommen, wo es dann für mich weitergeht.“

### ■ Eine dritte Perspektive

In der therapeutischen Aufarbeitung zeigen sich in der Regel zwei mögliche Formen des Umgangs mit der Destruktivität des Patienten, wie Lachmann (2004) deutlich gemacht hat: Das traditionelle Modell (z.B. bei Kernberg, 1996) versteht die Gegenübertragung als Reaktion auf die Übertragung, so dass konfrontativ und deutend zu der Aggression des Patienten Stellung genommen wird. Eine andere Sichtweise, die sich mit Steve Mitchell (2003) in der relationalen Psychoanalyse entwickelt hat, sieht Therapeut und Patient an einer gemeinsamen Interaktion beteiligt und mit einer ständigen interaktiven Beziehungsregulation befasst. Damit wird der Therapeut auch zum aktiven Mithandelnden, und aus der Gegenübertragung wird eine „Co-Übertragung“, wie in dem Fallbeispiel gezeigt wurde. Wenn in einer Interaktion Aggression als Thema auftaucht, ist es innerhalb der Beziehungsregulation vorrangig, dass die Selbstkohärenz des Patienten zunimmt, er sich deutlicher spürt und vitaler erlebt. Er ist dann weniger auf Aggressivierungen im Sinne der Nutzung von Aggressionen im Dienste der Selbstkohärenz angewiesen, kann eher eine Position außerhalb des direkten Affekterlebens einnehmen und das Beziehungsgeschehen gemeinsam mit dem Therapeuten reflektieren, das heißt auch, dass seine Fähigkeit zur Mentalisierung zunimmt.

Das einfühlsame Verstehen, das in den Interventionen zum Ausdruck kommt, eröffnet nicht nur allgemein einen Zugang zur inneren Welt des Patienten, sondern auch zu bisher verdrängten Ängsten vor erneuter Beschämung, Erniedrigung und Verletzung. Die benötigte Einfühlung wird besonders dann wirksam, wenn sie zu einem angemessenen Zeitpunkt und im hinreichenden Ausmaß gegeben werden kann. Von dem Patienten muss sie als in die Beziehung passend empfunden werden, weil dieser sich sonst aufgrund seiner großen Anfälligkeit für narzisstische Verletzungen leicht erneut gekränkt fühlen kann. Er reagiert sonst mit Abwehr oder Rückzug, obwohl der Therapeut sich um ihn bemüht. Damit die Intervention als passend empfunden werden kann, ist auch die Authentizität des Therapeuten erforderlich mit einem Ernstnehmen der Aggression des Gegenübers. Es ist sehr schwer, wirklich angemessen auf die Aggression zu reagieren, vor allem wenn der Therapeut selbst Ziel der Aggression geworden ist. Um als Gegenüber wahrgenommen zu werden, ist es wichtig, angemessen, d.h. weder banalisierend noch mit

Gegenaggression zu antworten. In diesen Situationen ist manchmal die Frage hilfreich, was der Patient zur Zeit bei dem Therapeuten sucht und was er benötigt, um sich konsistent und vitaler fühlen zu können? Wie könnte der Therapeut responsiv auf das antworten, was der Patient sucht? Dazu gehört auf der Seite des Therapeuten das Denken und Arbeiten in dem intersubjektiven Kontext einer Zwei-Personen-Psychologie, in der eigene Gefühle und eigenes Erleben in die gegebenen Interventionen mit einfließen, diese aber die Beziehung nicht bestimmen (Asymmetrie der Beziehung). Dazu gehört auch eine angemessene Anerkennung, dass der Patient trotz Aggressionsäußerung auch leidet und möglicherweise mühevoll versucht, mit der zur Krise führenden Situation zu recht zu kommen.

In dem Fallbeispiel erfahren wir aus der Kindheit des Patienten, dass nicht die erwartete Anerkennung der Bindungsperson erfolgte (z. B. Bestätigung „der Leistung auf dem Töpfchen“) sondern eine Beschämung auch der Geschwister, was bei ihm erhebliche Wut auslöste und den Erwerb der Fähigkeit zur Mentalisierung behinderte, da es ihm schwerer wurde, sich in die wichtigen anderen hineinzusetzen. In der Behandlung führte das Gespräch mit einem Dritten zu der Anerkennung seiner Situation und der aggressiven Gefühle. Dabei ist aber nicht wesentlich, dass es sich um ein „drittes Objekt“ handelte, sondern dass von allen Beteiligten eine „dritte Perspektive“ eingenommen werden konnte. Dieses Vorgehen unterscheidet sich von den Kleinianischen Vorstellungen, wie diese z. B. von Ogden (2006) vertreten werden, weil ein drittes Objekt eine eigene Perspektive in den Konflikt hineinträgt, der sich der Patient möglichst anschließen soll, zumindest hat der Dritte die Funktion, zwischen zweien auszugleichen in der Analogie von einem Vater, der im Konflikt zwischen Mutter und Kind vermittelt. Hier geht es aber um etwas Neues, das eine andere gemeinsame Sichtweise beschreibt, in der sich keiner unterordnen muss und in der niemand für sich postuliert, die Richtigkeit der Wahrnehmung zu besitzen. Jessica Benjamin (2006) hat das, Bezug nehmend auf Mitchell, anhand der eindrucksvollen Schilderung einer Behandlung dargelegt. In unserem Fallbeispiel kommt der Patient selbst zu Wort und schildert, wie er und sein Therapeut an der Spirale der Aggression beteiligt waren. Er kann sich auch in die Situation des Therapeuten hineinversetzen, ohne dass es zu einem „falschen Selbst“ kommt (er sich z. B. mit den als beschämend empfundenen Äußerungen des Therapeuten identifiziert), und nimmt diesen abgegrenzt mit einer fehlbaren eigenen Wahrnehmung, eigenen Gefühlen und einer eigenen inneren Welt wahr. Das heißt auch, dass er etwas besser gelernt hat zu mentalisieren. Zum Schluss kommt er zu der bemerkenswerten Erkenntnis, dass sein Therapeut seine zusammengeschusterte Schale mit seinem Kern verwechselt hat, und er kann zu seiner Verletzlichkeit stehen, ohne erneut Aggression mobilisieren zu müssen.

Aus der Kindheit vernachlässigter Kinder ist bekannt, dass diese über keine effektiv funktionierenden Selbstrepräsentanzen verfügen, da diese mit Repräsentanzen der Bindungsperson vermischt sind. Bereits nach Winnicott (1974) führt fehlerhaftes Spiegeln zur Internalisierung elterlicher Zustän-

de, jedoch nicht zu einer nutzbaren Version für das eigene Erleben des Kindes. Fonagy (1995, 2000) bezeichnet das als „fremdes Erleben innerhalb des Selbst“ (2006 S. 524): Gedanken und Gefühle werden als Teil des Selbst, jedoch nicht dem Selbst zugehörig erlebt. Die „Selbstzustandsrepräsentanzen zweiter Ordnung“, die über die Spiegelung durch die Bindungsperson entstanden sind, werden verzerrt wahrgenommen, da sie Repräsentanzen des anderen enthalten. Da das Selbst vom anderen „kolonisiert“ ist, fehlt das Gefühl für die Selbstkohärenz, das Identitätsempfinden und die Urheberschaft. Intention und Handlung können entkoppelt sein, so dass das defizitäre Selbstgefühl als Akteur dazu führen kann, Handlungen zu verleugnen und die Folgen der Handlung nicht darauf zu überprüfen, welche Auswirkungen sie auf den affektiven Zustand und die Vorstellungen des anderen haben. Auch ist es möglich, die „fremden“ Selbstaspekte zu externalisieren und in eine Bindungsperson zu verlagern. Die Bindungsperson kann dazu veranlasst werden, Emotionen bei sich wahrzunehmen, die als Teil des Selbst internalisiert wurden, jedoch nicht vollständig als dem Selbst zugehörig erlebt werden. Diese Vorstellung ist eine wesentliche Erweiterung des Konzepts der „projektiven Identifizierung“, da es sich nicht nur um ein selbstprotektives Manöver im Sinne eines Teilens von Gefühlen handelt, sondern um einen Vorgang, der das Selbst vor der Erfahrung der Inkongruenz oder Inkohärenz schützen soll, wenn tiefere Ängste das Selbst bedrohen (s. a. Kohut, 1979).

Unter dem Aspekt einer intersubjektiven Beziehung ist es wesentlich, sich bewusst zu machen, wie der Patient uns empfindet, wie wir ihn wahrnehmen und was er von sich zeigt. Im Laufe der Behandlung kann das Bild, das wir von dem Patienten erhalten und das Selbstbild, das uns der Patient schildert, miteinander abgeglichen werden. Gerade in Situationen, in denen die Affektlage von Aggressionen beherrscht wird, unterscheiden sich beide Bilder deutlich voneinander. Interventionen, die auf beide unterschiedlichen Bilder abheben, können helfen, starke Affekt besser zu regulieren (s. a. Fonagy, 2006). Praktisch bedeutet das, die Wahrnehmungen des Patienten von sich selbst und die Wahrnehmungen, die der Therapeut von dem Patienten hat, in einen Kontext zu stellen. Es entstehen auf Dauer zwei Repräsentanzsysteme von Selbst- und Fremdbild, die sicher abgelegt werden können und dazu führen, dass die aggressive Wut nicht scheinbar objektlos im Sinne der Selbststabilisierung ausgelebt werden muss, sondern sich an einem Fremdbild relativiert, so dass das Selbstbild insgesamt stabiler wird und die Affektregulation sicherer funktioniert.

## ■ Schluss

Der therapeutische Umgang mit aggressiven Phantasien oder Handlungen gehört sicher zu den größten Herausforderungen für Therapeuten. Leicht könnte es in einem Beitrag zu diesem Thema so klingen, als ob die Therapeutin oder der Therapeut es richtig machen könnte. Gerade das Eingeständnis eigener Fehlbarkeit (Orange, 2004) ist die Voraussetzung, dass aggressive Inhalte nicht außen vor gehalten werden müssen, sondern Teil der therapeutischen Arbeit werden und auch

nicht vor der gemeinsamen Beziehung Halt machen müssen. Da wir immer auch automatisch Anteil haben und bewusst auch nehmen, werden wir zum Adressaten der Aggression und auch zu einem Gegenüber, das selbst gekränkt reagieren kann, und dann offener oder versteckter aggressiv handelt. Wenn wir unseren eigenen Beitrag zu dem gemeinsam hergestellten Geschehen reflektieren können, dann eröffnet sich uns und unseren Patienten eine neue, dritte Perspektive, die weitere Entwicklung eröffnet.

## ■ Literatur

- American Psychiatric Association (ed.) (1994): Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4<sup>th</sup> ed. Washington (DC): American Psychiatric Association
- Basch MF (1992): Practicing psychotherapy. New York: Basic Books
- Battegay R, Haenel T (1979): Narzisstische Störungen und Suizidalität. *Soz Praeventivmed* 24:42-47
- Bauer J (2008): Das kooperative Gen: Abschied vom Darwinismus. Hamburg: Hoffmann und Campe
- Beland H (1989): Ichveränderung durch Abwehrprozesse und die Grenzen der Analyse. *Z Psychoanal Theorie Prax* 4:225-49
- Benjamin J (2006): Tue ich oder wird mir angetan? Ein intersubjektives Triangulierungskonzept. In: Altmeyer M, Thomä H (Hrsg.): Die vernetzte Seele. Die intersubjektive Wende in der Psychoanalyse. Stuttgart: Klett-Cotta, S. 65-107
- Dammann G, Gerisch B (2005): Narzisstische Persönlichkeitsstörungen und Suizidalität. Behandlungsschwierigkeiten aus psychodynamischer Perspektive. *Schweiz Arch Neurol Psychiatr* 6:299-309
- Fonagy P (1995): Playing with reality. The development of psychic reality and its malfunction in borderline patients. *Int J Psychoanal* 76:39-44
- Fonagy P (2000): Attachment and borderline personality disorder. *J Am Psychoanal Assoc* 48(4):1129-1146
- Fonagy P (2006): Persönlichkeitsstörung und Gewalt – ein psychoanalytisch-bindungstheoretischer Ansatz. In: Kernberg OF, Hartmann HP (Hrsg.): Narzissmus, Grundlagen, Störungsbilder, Therapie. Stuttgart: Schattauer, S.486-540
- Freud (1905): Drei Abhandlungen zur Sexualtherapie. GW, Bd. 5. Frankfurt/M.: Fischer
- Gerson J, Stanley B (2004): Suicidal and self-injurious behaviour in personality disorder: controversies and treatment directions. *Curr Psychiatr Rep* 4:30-8
- Hartmann HP, Milch WE (2000): The need for efficacy in the treatment of suicidal patients: Transference and countertransference issues. In: Goldberg A (ed.): Progress of Self Psychology. The Analytic Press 16:87-101
- Hawton K, Houston K, Haw C, Townsend E, Harriss L (2003): Comorbidity of Axis I and Axis II disorders in patients who attempted suicide. *Am J Psychiatry* 160:1494-500
- Kernberg OF (1996): Narzisstische Persönlichkeitsstörungen. Stuttgart: Schattauer
- Kohut H (1972/1978): Thoughts on narcissism and narcissistic rage. In: Ornstein P (ed.): The search for the Self. New York: International Universities Press, pp. 615-662
- Kohut H (1979): Die Heilung des Selbst. Frankfurt: Suhrkamp
- Kohut H (1987): Wie heilt die Psychoanalyse? Frankfurt: Suhrkamp
- Kohut H (1991): The Search for the Self. Selected writings of Kohut H (1978-1981). In: Ornstein PH (ed.): The Search for the Self. Bd. 4. Madison (Connecticut): International Universities Press
- Lachmann FM (2004): Aggression verstehen und verändern. Stuttgart: Peiffer bei Klett-Cotta
- Lichtenberg JD (1989): Psychoanalysis and Motivation. Hillsdale NJ: The Analytic Press

- Lichtenberg JD (1991): Psychoanalyse und Säuglingsforschung. Berlin, Heidelberg, New York: Springer
- Lichtenberg JD, Lachmann FM, Fosshage JL (1992): Self and motivational systems: toward a theory of psychoanalytic technique. Hillsdale/NJ: The Analytic Press. Dt.: Das Selbst und die motivationalen Systeme. Frankfurt/M.: Brandes & Apsel (2000)
- Maltsberger JT (2004): The descent into suicide. *Int J Psychoanal* 85:653-67
- Milch WE (1990): Suicidal patient's psychological attacks on the therapist. *Bull Menninger Clin* 54:384-390
- Milch WE (1998): Psychotherapy of severely disturbed psychosomatic patients. *Psychoanal Inq* 3:445-468
- Milch WE (2001): Lehrbuch der Selbstpsychologie. Stuttgart: Kohlhammer
- Milch WE (2002): Narzisstische Krisen. In: Bronisch T, Götze P, Schmidtke A, Wolfersdorf M (Hrsg.): Suizidalität. Ursachen, Warnsignale, therapeutische Ansätze. Stuttgart: Schattauer
- Milch WE (2003): Suizidversuche schizophrener Patienten. *Psychopathologie, Psychodynamik, Prävention*. Gießen: Psychosozial
- Milch WE (2006): Narzisstische Persönlichkeitsstörungen und Suizidalität. In: Kernberg OF, Hartmann HP (Hrsg.): Narzissmus, Grundlagen, Störungsbilder, Therapie. Stuttgart: Schattauer, S. 650-666
- Mitchell SA (2003): Bindung und Beziehung. Auf dem Wege zu einer relationalen Psychoanalyse. Gießen: Psychosozial
- Ogden TH(2006): Das analytische Dritte, das intersubjektive Subjekt der Analyse und das Konzept der projektiven Identifizierung. In: Altmeyer M, Thomä H (Hrsg.): Die vernetzte Seele. Die intersubjektive Wende in der Psychoanalyse. Stuttgart: Klett-Cotta, S. 65-107
- Orange D (2004): Emotionales Verständnis und Intersubjektivität: Beiträge zu einer psychoanalytischen Epistemologie. Frankfurt: Brandes und Apsel
- Ornstein A, Ornstein PH (2001): Empathie und therapeutischer Dialog. In: Hartmann HP (Hrsg.): Beiträge zur klinischen Praxis der psychoanalytischen Selbstpsychologie. Gießen: Psychosozial
- Ornstein PH (1992): Zur Bedeutung von Sexualität und Aggression für die Pathogenese psychischer Erkrankungen. In: Schöttler C, Kutter P (Hrsg.): Sexualität und Aggression. Frankfurt/M.: Suhrkamp, S. 77-97
- Reimer C, Henseler H (1981): Mißglückte Interventionen bei Suizidanten. In: Henseler H, Reimer C, (Hrsg.): Selbstmordgefährdung: Zur Psychodynamik und Psychotherapie. Stuttgart: Frommann-Holzboog, S. 171-87
- Reiser DE (1986): Self Psychology and the problem of suicide. In: Goldberg A (ed.): *Progress in Self Psychology*. New York: Guilford Press
- Stern DN (1992): Die Lebenserfahrung des Säuglings. Stuttgart: Klett-Cotta
- Winnicott DW (1974): Reifungsprozesse und fördernde Umwelt. München: Kindler
- Wolf ES (1996): Theorie und Praxis der Psychoanalytischen Selbstpsychologie. Frankfurt/M.: Suhrkamp
- Yen S, Shea MT, Sanislow CA, Grilo CM, Skodol AE, Gunderson JG (2004): Borderline personality disorder criteria associated with prospectively observed suicidal behaviour. *Am J Psychiatry* 161:1296-8

#### ■ Korrespondenzadresse

Prof. Dr. W. E. Milch | Psychosomatische Klinik  
Universitäts-Klinikum Giessen und Marburg  
Friedrichstr. 33 | 35392 Giessen  
Wolfgang.Milch@psycho.med.uni-giessen.de