Universitätsklinikum Ulm
Klinik für Psychosomatische Medizin
und Psychotherapie
Ärztlicher Direktor: Prof. Dr. med. Harald Gündel

Diagnostik des Narzissmus in der Erstuntersuchung in einer psychotherapeutisch-psychosomatischen Universitätsambulanz

- Eine Studie zur Qualitätssicherung -

Dissertation zur Erlangung des Doktorgrades der Humanbiologie
der Medizinischen Fakultät der Universität Ulm

Liudvika Tamulionyte

Alytus/Litauen

2014

Amtierender Dekan: Prof. Dr. Thomas Wirth
1. Berichtserstatter: Prof. Dr. Jörn von Wietersheim
2. Berichtserstatter: PD Dr. Gottfried Müller
Tag der Promotion: 12.05.2014

Inhaltsverzeichnis

Liste der Abkürzungen

1. Einleitung 1

1.1. Das Problemfeld und die Entwicklung des Narzissmuskonzeptes 3

1.2. Kohuts Theorie des Narzissmus (Selbstpsychologie) 7

1.3. Kernbergs Theorie des Narzissmus (Objekttheoretischer Ansatz) 9

1.4. Neuere Beiträge zur Definition und Differentialdiagnose des Narzissmus 12

1.5. Definition des Narzissmus 19

1.6. Diagnostischen Instrumente zur Erfassung des Narzissmus 24

1.7. Epidemiologie desr Narzisstischen Persönlichkeitsstörung 29

1.8. Ergebnisse der Forschung zur narzisstischen Störung 31

1.9. Allgemeine Fragestellung 37

1.10. Fragestellung und Hypothesen 39

2. Material und Methoden 41

2.1. Rahmenbedingungen, Vorgehensweise der Studie und Studienteilnehmer 41

2.2. In der Studie verwendeten diagnostischen Instrumente 42

2.3. Die Entwicklung des Fragebogens zur klinischen Einschätzung des Narzissmus (KEN) 48

2.4. In der Studie verwendeten Daten 50

2.5. Statistische Auswertung 51

3. Ergebnisse 53

3.1. Studienteilnehmer 53

3.2. Statistische Kennwerte des Fragebogens zur klinischen Einschätzung des Narzissmus (KEN) 56

3.2.1. Reliabilität des Fragebogens zur klinischen Einschätzung des Narzissmus (KEN) 56

3.2.2. Validität des Fragebogens zur klinischen Einschätzung des Narzissmus (KEN) 68

3.3. Diagnostik des Narzissmus in der Erstuntersuchung und sein Einfluss auf die therapeutische Situation (Hypothese 1a und 1b) 69

3.3.1. Diagnostik des Narzissmus mithilfe des KEN (Fremdeinschätzungsinstrument, Hypothese 1a) 69

3.3.2. Einfluss des Narzissmus auf die Gestaltung der therapeutischen Situation (Hypothese 1b) 70
3.4. Zusammenhang der einzelnen Merkmale mit Gesamteinschätzung der Narzisstischen Störung (Gesamtwert des KEN, Hypothese 2) 72
3.5. Zusammenhang zwischen Selbst- und Fremdeinschätzung des Narzissmus (Hypothese 3) 75
3.6. Beziehung der narzisstischen Beeinträchtigung mit der allgemeinen Psychopathologie (Standardtestpsychodiagnostik, Hypothesen 4a und 4b) 76
3.7. Zusammenfassung der Ergebnisse 80

4. Diskussion 83
4.1. Diskussion der Methoden 83
4.2. Diskussion der Konstruktion des Fragebogens zur Fremdeinschätzung (Klinische Einschätzung des Narzissmus, KEN) und dessen statistischer Kennwerte 86
4.2.1. Diskussion der Reliabilität des KEN und seiner Skalen KEN1 und KEN2 89
4.2.2. Diskussion der Validität des KEN 91
4.3. Narzissmus im Erstgespräch 92
4.4. Narzissmus und Beziehung 93
4.5. Narzissmus und Kränkbarkeit 95
4.6. Narzissmus in Selbst- und Fremdeinschätzung 97
4.7. Narzissmus und allgemeine Psychopathologie 100
4.8. Schlussfolgerungen und Ausblick 101

5. Zusammenfassung 103

6. Literatur 105

Anhang 117

Danksagung 118

Lebenslauf 119

Liste der Abkürzungen

*	signifikant ($p \leq 0{,}05$)
**	signifikant ($p \leq 0{,}01$)
***	signifikant ($p \leq 0{,}001$)
Abb.	Abbildung
AKQUASI	**AK**tive interne **QUA**litäts**SI**cherung
APA	American Psychiatric Association
AWMF	Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften
CAQ	California Adult Q-Set
CPI	California Personality Inventory
DIN	Das **D**iagnostische **I**nterview zum **N**arzissmus
DNACE	**D**üsseldorfer Fragebogen zur **na**rzisstischen Regulation **c**hronischer **E**rkrankungen
DPV	Deutsche Psychoanalytische Vereinigung
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
DSM-III-R	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 3. Revidierte Version
DSM-IV	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4. Version
DSM-IV-TR	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – 4. Text Revision
DSM-5	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5. Version
et al.	et alia (lateinisch) = und andere
FB/FP	Führungsbegabung/-persönlichkeit
FPI-R	Freiburger Persönlichkeitsinventar – Revidierte Version
G	Grandiosität
GAF	Global Assessment of Funktioning
GBB-24	Gießener BeschwerdeBogen, 24-Items Version
GSI	Global Severity Index
HAQ	Helping Alliance Questionnaire
ICD-10	International Classification of Diseases, 10. Version
IIP-D	Inventar Interpersoneller Probleme – Deutsche Version
KEN	Klinische Einschätzung des Narzissmus (Fragebogen)
KEN1	Skala 1 des KEN

KEN2	Skala 2 des KEN
M	Mittelwert
MCMI	Millon Clinical Multiaxial Inventory
MMPI	Minnesota Multifactory Personality Inventory
MMPI-2	Minnesota Multifactory Personality Inventory, 2. Version
N, n	Anzahl der Probanden
NI	Narzissmusinventar
NI-20	Narzissmusinventar, 20-Items Version
NI-90	Narzissmusinventar, 90-Items Version
NI-R	Narzissmusinventar, revidierte Version
NPD	Narcissistic Personality Disorder Scale
NPI	Narcissistic Personality Inventory
NPI-15	Narcissistic Personality Inventory, 15-Items Version
NPS	Narzisstische Persönlichkeits**S**törung
Ns	nicht signifikant
OPD-2	Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik, 2. Version
p	p-Wert, Signifikanzniveau
PADOS	**PA**tienten**DO**kumentations**S**ystem
r	Korrelationskoeffizient
S	Standardabweichung
SCL-90-R	Symptom-Checkliste von Derogatis – Deutsche Version – Revision
SKID-II	Das **s**trukturierte **k**linische **I**nterview zur Persönlichkeitsstörung nach **D**SM-IV
SPSS	Statistic Package for Social Sciences
Tab.	Tabelle
α	Cronbach's Alpha (Reliabilitätskoeffizient)

1. Einleitung

Der Narzissmus ist im klinischen und allgemeinen Sprachgebrauch ein vieldeutiger Begriff: vom pathologischen, aber auch vom gesunden Narzissmus ist die Rede, von einer narzisstischen Persönlichkeitsstörung und einer narzisstischen Neurose, von narzisstischer Abwehr und Narzissmus als einem der Prädikate unserer zeitgenössischer Kultur (Lasch "Das Zeitalter des Narzissmus" 1982, Ehrenberg "Das erschöpfte Selbst" 2004). Auch im digitalen Zeitalter findet die narzisstische Problematik ihren Niederschlag: das Internetforum "Narzissmus.NET" "gibt Betroffenen einen Leitfaden, um Wege aus der Persönlichkeitsstörung zu finden" (Beyers H-J, http://www.narzissmus.net 2013).

Umgangssprachlich wird dieser Begriff mit "Egoismus" (Selbstbezogenheit), Eitelkeit, Überheblichkeit, Ansprüchlichkeit in Zusammenhang gebracht – Eigenschaften, die in unserer Kultur wohl verbreitet und eher negativ konnotiert sind. Eine Person mit ausgeprägten narzisstischen Eigenschaften löst oft eine starke und widersprüchliche Reaktion der Umgebung aus: einerseits ist sie häufig jemand, der die Menschenmassen – nach dem Motto "Veni vidi vici" – gewinnen, überzeugen und zum Mitziehen verführen kann, andererseits will man bald wieder Abstand von ihr nehmen, da man hinter der charmanten Fassade Misstrauen, Berechnung und Leere spürt. Seit der Bankenkrise 2008 gibt es nun auch in der Wirtschaftspsychologie Bemühungen, diese Krise auch als Ausdruck einer entgleisten narzisstischen Regulierung zu betrachten. Der 8. Kongress der Wirtschaftspsychologie (Potsdam, 2010) stellt dazu fest: "In Phasen des Wandels sind Narzissten für Unternehmen von großem Wert, weil sie glänzen und repräsentieren können [...]. Es besteht allerdings stets die Gefahr einer Abkehr von der Realität" (Giesers 2010, S. 123).

Seit hundert Jahren ist der Narzissmus einer der zentralen psychoanalytischen Begriffe. Oft geht er mit dem Konzept des "Selbst" einher bzw. wird häufig mit Selbstregulation gleich gesetzt, z.B. in der Selbstpsychologie. Im Sachverzeichnis des Gesamtregisters der Jahrgänge 1947-1992 der bedeutsamen deutschsprachigen psychoanalytischen Zeitschrift "Psyche" (Kächele et al. 2003) kommt der Begriff "Narzissmus" in 76 verschiedenen Zusammenhängen vor, der Begriff "Selbst" gar in 218 (Beispiele: "Narzissmus: primärer, kindlicher, ...", "Selbstbesetzung, -bestimmung, ..."). Damit ist das Selbst der am vielseitigsten verwendete Begriff in der "Psyche" dieser Jahrgänge. Zum Vergleich wird Sexualität in 157, Angst in 124, Depression in 61 verschiedenen Zusammenhängen verwendet (eigene Untersuchung, nicht publiziert). In Bewerbungsskripten um die Mitglied-

schaft in der Deutschen Psychoanalytischen Vereinigung (DPV), die eine psychoanalytische Behandlung eines Falles darstellen, kommen die Diagnosen "Narzisstische Störung", "Narzisstische Persönlichkeitsstörung" bzw. "Narzisstische Neurose" als Erstdiagnosen zu 21%, als Zweitdiagnosen zu 14% (Zeitraum von 1989-2005, N=573, Liste erstellt von Kächele (2005), eigene Untersuchung, nicht publiziert) vor; insgesamt 35% aller in diesen Berichten beschriebenen Patienten wurde somit eine narzisstische Störung bescheinigt.

Triebtheoretiker konzipieren den Narzissmus als "libidinöse Besetzung des Ich" und betrachten ihn als ein Stadium der psychischen Entwicklung, als eine Art der Objektwahl, als einen "Fixierungsort" im Fall einer neurotischen Störung (Freud 1999, S. 139). Die in den 60-ger Jahren des 20. Jahrhunderts entstandene Ich-Psychologie bezeichnet den Narzissmus als "Libidobesetzung des Selbst" (d.h. der eigenen Person) und nicht des Ich (eines Teils des psychischen Systems)" (H. Hartmann 1965, S. 342). Selbstpsychologie hält das Selbst und den Narzissmus als Selbstregulation für eine selbständige Struktur des psychischen Apparates, die einer eigenen Entwicklung von archaisch zu reif unterliegt.

Von Psychoanalytikern und Psychotherapeuten wird der Begriff oft gebraucht, seine Existenz damit in der klinischen Praxis implizit bejaht. In der Fachliteratur fällt auf, dass die meisten Werke sich mit den behandlungstechnischen Fragen und mit der Metapsychologie des Narzissmus befassen: mit Fragen seiner Genese, seines Zusammenhangs mit dem psychischen Apparat (Es, Ich, Über-Ich), ist er primär oder sekundär angesichts der Objektbeziehungen. Trotz einer ganzen Reihe von Instrumenten zur Diagnostik der narzisstischen Störung wird ihre Evidenz in der Fachwelt immer wieder angezweifelt: z.B. stand die narzisstische Persönlichkeitsstörung im Kontext der Entwicklung der 5. Fassung des DSM (DSM-5) erneut zur Debatte. Sie wurde dennoch übernommen (APA, DSM-5 2013).

Im Zusammenhang mit dem Gebrauch des Narzissmuskonzepts ergeben sich einige Fragen: lässt sich dieses komplexe, widersprüchliche und diffuse Phänomen bereits in der Erstuntersuchung erfassen und welche Merkmale bringt man in der klinischen Praxis mit ihm in Verbindung? Wie hängen mithilfe des Selbsteinschätzungsinstruments (NI) erhobene narzisstische Eigenschaften mit anderen Aspekten der seelischen Beeinträchtigung zusammen? Wie hängen Selbst- und Fremdeinschätzung der für narzisstisch eingestuften Phänomene zusammen? Wie kann man die Qualität der Erstuntersuchung in Hinblick auf die Diagnostik des Narzissmus vertiefen? Ziel der vorgelegten Arbeit ist es, diesen Fragen nachzugehen.

1.1. Das Problemfeld und die Entwicklung des Narzissmuskonzeptes

Die vorliegende Arbeit befasst sich mit der Relevanz des Narzissmuskonzeptes in der klinischen Praxis, daher sind vorausschickend die Entwicklung des Narzissmuskonzeptes und –begriffes und die bedeutsamen, überwiegend im deutschsprachigen Raum durchgeführten empirischen Untersuchungen zum Narzissmus aufgeführt.

In den letzten Jahrzehnten hat der Begriff Narzissmus das psychoanalytische "Territorium" überschritten und ist zum festen Bestandteil unserer Umgangssprache geworden. In der Onlineausgabe des Duden, Deutschen Universalwörterbuchs, werden Narziss als "ganz auf sich selbst bezogener Mensch, der sich selbst bewundert und liebt", Narzisst als "jemand, der [erotisch] nur auf sich selbst bezogen, zu sich hingewandt ist" und Narzissmus als "Selbstliebe, Ichbezogenheit, Selbstsucht" definiert (http://www.duden.de 2013).

Die Wurzeln dieses einen bedeutenden psychoanalytischen Phänomens reichen bis in die griechische Mythologie. Eine weniger bekannte Version ist in Plutarchs (45-125 n. Ch.) Schriften erhalten, wonach Narziss einen "bösen Blick" bessesen haben soll, dessen "verderblicher Wirkung" er an sich selbst gewahr wurde, als er sich im Wasser erblickte und daraufhin Selbstmord beging (zit. nach Pfandl 1935, S. 305). Die älteste Fassung der mythischen Erzählung des Halbgottes Nárkissos (lat. narzissus) ist von Ovid (1964) in seinen in 1-8 J. n. Chr. verfassten "Metamorphosen" überliefert.

Schon die Entstehung des Nárkissos ist traumatisch – seine Empfängnis ist Ergebnis einer Vergewaltigung. Von Tiresias wurde ihm ein langes Leben prophezeit, aber nur, "wenn er sich fremd bleibt" (Ovid 1964, S. 102). Er weist als Jüngling die Liebe von Frauen und Männern, auch von Echo zurück [lehnt also Beziehungsangebote ab] und wird verdammt: "möge er selbst so lieben und nie das Geliebte besitzen" (Ovid 1964, S. 104). Als er sich im spiegelnden Wasser erkennt, will er sich von seinem Leib trennen, weil das leidenschaftliche Begehren ihm zu große Qualen bereitet. Diese Ablehnung des Körperlichen bis zur Scham, einen Körper zu haben, wurde von Neo-Platonisten (3. Jahrhundert) sehr betont, hat bis zur heutigen Zeit nicht an Bedeutung verloren und lebt in manchen Glaubenstraditionen (Christentum) sowie in einigen Krankheitsbildern (Magersucht) fort.

Die Anwendung des Narzissmus als klinischer und theoretischer Begriff nahm ihren Anfang vor hundert Jahren in der psychoanalytischen Theorie und Praxis. Die meisten Werke stammen von Psychoanalytikern, die im ersten Drittel des 20. Jahrhunderts

hauptsächlich in Wien, Berlin und Budapest wirkten. Neben anderen Grundlagen der Psychoanalyse (Neurosenlehre, Entwicklung des psychischen Apparates etc.) konzipierten sie auch Phänomenologie, Ätiologie, Dynamik und Behandlungstechnik des Narzissmus. Die "Metamorphosen des Narzissmus" (Gast 2006) beschrieben Pulver (1972), Gast (2006), Kernberg (Hrsg. 1996, 2006), Altmeyer (2000), Zepf (2000), Milch (2001), Sachse (2002) Kernberg u. H.-P. Hartmann (Hrsg. 2006), Dammann (2012), Steiner (2012).

Im "Historischen Wörterbuch der Philosophie" (Ritter, Gründer (Hrsg.) 1984, Bd. 6., S. 401-406) wird der Narzissmus wie folgt beschrieben:
1) Henseler beschreibt den Narzissmus als einen psychologischen, psychoanalytischen und *klinischen* Begriff,
2) die narzisstische Kränkung wird von Husen gesondert nicht nur als Symptom, sondern auch als *Motiv* beschrieben, das zu einem *"neuen Sozialisationstypus"* hauptsächlich bei Jugendlichen führt und
3) Fuchs fasst den Narzissmus als eine *sozialpsychologische Kategorie* auf: "sozial- und kulturgeschichtlich kann man also die für die euroamerikanische Zivilisation typische Ich-Störung als 'sekundären' Narzissmus identifizieren, in der durch Wiederbelebung des frühkindlichen Narzissmus das Selbst da zu stabilisieren versucht, wo es entfremdenden Einflüssen (etwa im Prozess gesellschaftlicher Zersetzung) ausgeliefert ist" (S. 405).

Die Einführung und Ausbreitung dieses Phänomens im klinischen und metapsychologischen Denken der Psychoanalyse wird in der Regel mit deren Begründer Sigmund Freud und seinem Aufsatz "Zur Einführung des Narzissmus" (Erstpublikation 1914) in Zusammenhang gebracht. Doch bereits 1910 schreiben Sadger ähnlich wie Rank (1911) vom Narzissmus und bringen ihn mit "Liebe des eigenen Selbst", mit einer normalen Phase der Entwicklung in Verbindung (Rank 1911, S. 402) sowie weisen auf die hochgradige Ambivalenz des Narzissmus hin (Rank 1914, S. 164).

Freud konzipierte seine Narzissmustheorie in der Zeit einer harten Auseinandersetzung mit seinen damaligen nahen Begleitern Adler und Jung, die auch aufgrund dieser Diskussion zu seinen Opponenten wurden. Freud sah sich in dieser Situation genötigt, seine Theorie des Ichs zu vertiefen und eine Narzissmustheorie zu entwerfen. Diese Herausforderung sei ihm allerdings schwer gefallen, und mit dem Ergebnis sei er unzufrieden gewesen. So bezeichnet Freud in einem Brief an seinen nahen Kollegen Abraham seine Theorie des

Narzissmus als "eine schwere Geburt", die "alle Deformationen einer solchen zeigt" (Freud 1965, S. 163).

Freud entdeckte die Beschreibung dieser "Geisteshaltung, die an den griechischen Mythos von Narziss erinnerte" (Ellis, 1898) in Werken von diesem und von Näcke (1899), die Sexualforscher waren (zit. nach Blanck & Blanck 1994, S. 65). Sie führten den Begriff Narzissmus ursprünglich in den Kontext von Medizin und Psychologie ein und "wollten damit zum Ausdruck bringen, dass der eigene Körper als Sexualobjekt benutzt wird, dass es sich also um eine Perversion handelt, bei der äußere Objekte eine unbedeutende Rolle spielen" (Blanck & Blanck 1994, S. 65).

In den im Zeitraum von 1910-1914 verfassten Werken und im Hauptaufsatz "Zur Einführung des Narzissmus" (1914) beschrieb Freud den Narzissmus nicht nur als eine Perversion, d.h. als eine libidinöse Besetzung des eigenen Körpers, sondern auch als ein normales Entwicklungsstadium zwischen Autoerotismus und Objektliebe, sowie als eine Art der Objektwahl und als Prozess der Regulation des Selbstwertgefühls (Freud 1999).

Mit der Einführung des Narzissmus – neben den neurotischen Störungen – sind auch die *"frühen"* (damals "psychotisch" oder narzisstisch, später präödipal genannten) Störungen der psychischen Entwicklung und damit auch die Entstehung der Charakterstörungen ins Blickfeld gerückt worden. Diese Ergänzung des Horizonts war sehr einflussreich und fruchtbar für die weitere Entwicklung nicht nur der Psychoanalyse.

Der Narzissmus wird bis heute kontrovers aufgefasst, oft wurden "ganz unterschiedliche Phänomene als narzisstisch bezeichnet" (Zepf 2000, S. 83). Wahl stellt trocken fest: "Eine einheitliche Auffassung, was *psychologisch* [Kursiv des Autors] unter Narzissmus zu verstehen sei, dürfte in der Psychoanalyse der Gegenwart nicht zu erreichen sein" (Wahl, 1993, S. 105). Die Konzepte des Narzissmus sind komplex, widersprüchlich, manchmal auch bezüglich grundsätzlicher Fragen: z.B., wie ist der Narzissmus zu betrachten – als eine Störung, eine pathologische Entwicklung, oder eine Störung einer normalen Entwicklung? Sowohl die Kliniker als auch die Forscher sind sich diesbezüglich bisher nicht einig. Die Wiederannährungsphase nach Mahler (1980) wird von der Mehrheit der Autoren für die entscheidende Zeitspanne in der individuellen Entwicklung für die Entstehung einer narzisstischen Störung gehalten (Meyer 1996). Sie wird jedoch verschieden datiert: von Kernberg wird diese Phase vom 3. bis 5. Lebensjahr, von anderen Autoren, z.B. Rinsley (1996) zwischen dem 15. und dem 30. Monat angenommen. Die

Verwirrung um den Narzissmusbegriff wird immer wieder festgestellt (Pulver 1972, Gast 2006, Zepf 2000). Auch der umfangreiche Sammelband zum Thema Narzissmus (Hrsg. H.-P. Hartmann u. Kernberg 2006) präsentiert keine einheitliche, allgemeingültige Theorie des Narzissmus, macht allenfalls einen Schritt in die Richtung der Integration der unterschiedlicher Konzepte.

Außerhalb der Psychoanalyse erwähnte Jung in seiner analytischen Psychologie den Narzissmus explizit nur dreimal (Jung 1994): zum Einen erwähnt er Narzissmus in seiner Kritik der Auffassung der Sexualität durch Freud (1974b, S. 184), er kritisiert u.a. die breite Verwendung des Begriffs "Liebe", auch als "onanistische Selbstliebe, die den Namen des Narzissmus verdient" (1974a, S. 117), und er beschrieb den Narzissmus als einen "relativ unangepassten Zustand, der entsteht, wenn das unbewusste Seelenbild nicht projiziert wird" und deshalb keine affektive Bindung an das Objekt entsteht (1960, S. 511). Jung sprach jedoch ausführlich über das Selbst und benutzte u.a. Bezeichnungen wie "gesteigertes Selbstwertgefühl" und dessen Gegenteil, die "Resignation" (Jung 1994, S. 391).

Die Begriffe der narzisstischen Störung und des Selbst kommen auch in verhaltenstherapeutischen Arbeiten vor: Fiedler schildert in seinem Werk "Persönlichkeitsstörungen" (Fiedler 2007) das kognitiv-behaviorale Konzept der Entstehung sowie den Behandlungsansatz der narzisstischen Störung: sie entsteht infolge einer "*direkten Wirkung* aus einem narzissmusförderlichen Erziehungsstil der Eltern, die über ihr eigenes Modell-Verhalten oder besondere Beachtung bzw. Bekräftigung kindlicher Verhaltensweisen die Selbstwertschätzung (und damit möglicherweise die Selbstwertüberschätzung) in den Mittelpunkt einer insgesamt "überwertigen" Erziehung rücken" (Fiedler 2007, S. 206.). Sachse (2002) entwirft ein Modell der narzisstischen Störung, das überwiegend auf die Grundsätze der humanistischen und der kognitiv-behavioralen Psychologie fußt. Grawe (2004) konzipiert das Bedürfnis nach Selbstwerterhöhung/-schutz als eines der vier menschlichen Grundbedürfnisse neben Bedürfnissen nach Orientierung und Kontrolle, Lustgewinn/-Unlustvermeidung sowie Bindung und formuliert, dass "die Tendenz zum Selbstwertschutz ganz besonders bei Personen mit narzisstischen Persönlichkeitszügen ausgeprägt ist" (Grave 2004, S. 257).

1.2. Kohuts Theorie des Narzissmus (Selbstpsychologie)

In den USA "sollte der tot geglaubte Narzissmus wieder auferstehen" (Green 2004, S. 13). Kohut gilt als "*der* Theoretiker, der dem Narzissmus zu neuem Leben verholfen hat" (Green 2004, S. 14). Er wird bis heute neben Kernberg als der Begründer einer der zwei führenden Narzissmustheorien anerkannt. 1971 veröffentlichte Kohut sein Werk "Narzissmus" (deutsche Übersetzung 1973). Es ging Kohut darum, eine Theorie der psychoanalytischen Behandlung narzisstischer Persönlichkeitsstörungen zu entwerfen, die sich von der 'klassischen' Theorie der Technik mit der Deutung des ödipalen Konfliktes als Mittelpunkt der Behandlung unterschied und die Notwendigkeit einer nicht konfrontativen, empathischen Haltung unterstrich.

Kohut setzte den Narzissmus mit dem Begriff des "Selbst" gleich und nannte seine Theorie Selbstpsychologie. Er beschrieb das Selbst als ein "tiefenpsychologisches Konzept, das sich auf den Kern der Persönlichkeit bezieht und das aus verschiedenen Anteilen besteht, die sich zu einer kohärenten und dauerhaften Struktur verbinden" (Milch 2001, S. 57). Die Entwicklung des Narzissmus "geht aus von einem virtuellen Selbst, führt über das archaische zum reifen Selbst und ermöglicht dadurch die Entwicklung eines in eine Selbstobjektmatrix eingebetteten kohäsiven Selbst" (Kohut, zit. nach H.P. Hartmann 1997, S. 73).

Kohut (1973) bemühte sich damit, einen anderen Standpunkt als die Triebtheoretiker und Ich-Psychologen zu begründen. Während für die Trieb- und Objektbeziehungstheoretiker die Triebentwicklung die primäre Motivation für die Entwicklung der Persönlichkeit darstellt und der Narzissmus eher eine 'Nebenerscheinung' dieser Entwicklung ist bzw. die Entwicklungslinien der Triebe und des Narzissmus miteinander verwoben sind, konzipierte Kohut "eine eigene, von den Trieben abgekoppelte Entwicklungslinie des Narzissmus (bzw. des Selbst und seiner Selbstobjekte)" (H.P. Hartmann 1997, S. 73). Sein Postulat, dass die Entwicklung der Triebe und die des Narzissmus nicht unbedingt voneinander abhängig sind, basierte Kohut u.a. auf seinen klinischen Beobachtungen: er stellte fest, dass bei schweren regressiven Entwicklungen, z.B. Borderline-Zuständen, "die Objektliebe relativ ungestört bleiben kann, während eine tiefe Störung im Bereich des Narzissmus niemals fehlt" (Kohut 1973, S. 25).

In die selbstpsychologische Definition der narzisstischen Störung sind Eigenschaften wie Kränkbarkeit, narzisstische Wut als Abwehr gegen Ohnmachtgefühle, Größenphantasien als Abwehr gegen Minderwertigkeitserlebnisse und das Gefühl der inneren Leere,

Idealisierung und Entwertung eingegangen. Kohut selbst machte auf die Vielschichtigkeit der narzisstischen Störung und die aus diesem Grund erschwerte Diagnostik aufmerksam. Mit diesem Vorbehalt definierte er die narzisstische Persönlichkeit, die seines Erachtens in vier Bereichen Beschwerden und pathologische Merkmale aufweisen kann:

1) im sexuellen Bereich: perverse Phantasien, Mangel an sexuellem Interesse;
2) im sozialen Bereich: Arbeitshemmungen, Unfähigkeit, sinnvolle Beziehungen aufzunehmen und zu erhalten, delinquentes Verhalten;
3) in den manifesten Charaktermerkmalen: Mangel an Humor, Mangel an Einfühlung für die Bedürfnisse und Gefühle anderer; Neigung zu unkontrollierten Wutausbrüchen, Pseudologie;
4) im psychosomatischen Bereich: hypochondrische Einengung, vegetative Störungen in verschiedenen Organsystemen (Kohut 1973, S. 41).

Der narzisstisch gestörte Mensch fühle sich krank, weil sein narzisstisches Gleichgewicht gestört sei und/oder er einen "Defekt" habe, nicht imstande sei, das Gleichgewicht selbst zu regulieren, d.h. "die Selbstachtung auf einem normalen Niveau zu halten" sowie "Selbstkohäsion wiederherzustellen" (Kohut 1973, S. 38). Da der narzisstisch gestörte Mensch dies selbst nicht könne, sei er auf die Umgebung angewiesen und von ihr abhängig (s. auch Zepf 2000, Altmeyer 2000). In diesem Kontext sei die Angst vor Objektverlust und Angst vor dem Verlust der Liebe des Objekts sehr von Bedeutung. Dabei meint Kohut nicht das Objekt, wie es in der Objektbeziehungstheorie verstanden wird, d.h. das abgetrennt ist und selbständig handelt, sondern als "Selbst-Objekt" i.S. eines "nicht-abgetrennten" Objekts (Kohut 1973, S. 39).

Das Selbst im Zustand von Kohäsion und Vitalität ist "nicht erlebbar" (Milch 2001, S. 58), so wie der Herzschlag und die Atmung in der normalen Funktion nicht bewusst wahrgenommen werden. Milch macht darauf aufmerksam, dass das intakte Funktionieren einer Struktur unauffällig ist. Nur wenn etwas nicht stimmt, erlebt man die Manifestationen.

Zur Behandlung der narzisstischen Persönlichkeitsstörungen konzipierte Kohut die Empathie als therapeutische Haltung. Bezüglich der Gegenübertragung des Analytikers wies Kohut u.a. auf Folgendes hin: dadurch, dass der Patient über lange Strecken vom Analytiker erwartet, bewundert zu werden, fühlt sich der Analytiker nicht wahrgenommen, ausgeschlossen, funktionalisiert (Kohut 1973, S. 308). Dies kann schwer zu ertragen sein und zur gereizten Ungeduld sowie Langeweile führen.

Auch wenn Kohut die Rolle des Narzissmus bzw. des Selbst in der Entwicklung der Persönlichkeit offenbar überbewertet hat, indem er die Triebentwicklung als zweitrangig zurückstellte, ist sein Verdienst, dass er sich um eine Rehabilitierung des Narzissmus als eines an sich normgerechten, notwendigen und bei jedem Menschen grundsätzlich zu postulierenden psychischen Sektors (Zepf 2000) bemühte. In Kohuts Auffassung ist nicht der Narzissmus an sich pathologisch, sondern dessen Entwicklung kann so beeinträchtigt werden, dass sie zu Störungen führt.

1.3. Kernbergs Theorie des Narzissmus (Objektbeziehungstheoretischer Ansatz)

Kohut und Kernberg werden in der Regel für Opponenten gehalten, es ist gar von einer Kernberg-Kohut-Kontroverse die Rede (Volkan 1984). Die Differenzen beziehen sich hauptsächlich auf den primären bzw. sekundären Ursprung der Aggression, die Entwicklung des Narzissmus und auf die Behandlungsansätze. Neben den Differenzen weisen die Theorien und ihre Autoren auch Gemeinsamkeiten auf, z.B. dass sie beide bereits in den 60-er-70-er Jahren des 20. Jahrhunderts zu denjenigen Psychoanalytikern gehörten, die die Psychoanalyse für "die Behandlungsmethode der Wahl" (Kernberg 1995, S. 131, Kohut 1973, S. 20) bei narzisstisch gestörten Patienten hielten und anwendeten. Dies trug zur Rehabilitation der narzisstischen Störung bei, die bislang überwiegend als unbehandelbar galt. Aktuell überwiegen Versuche, die beiden Theorien zu integrieren, z.B. wird die Selbstpsychologie Kohuts als ein Spezialfall der Objektbeziehungspsychologie betrachtet (Glassmann 1988), zit. nach H.-P. Hartmann 2006, S. 26).

Kernberg (1995, 1996, 2006) bezieht sich in seiner Narzissmustheorie auf trieb- und objektbeziehungspsychologische Ausführungen H. Hartmanns (1964), Jacobsons (1964), die ihrerseits Anhängerin der Schule M. Klein war, sowie van der Waals (1965) und versucht, die psychische Strukturbildung als Konsequenz verinnerlichter Objektbeziehungen darzustellen. So begreift er den Narzissmus – "im Gegensatz zu den Ansichten von Ferenczi, Balint, Grunberger und Kohut" (Zepf 2000, S. 114) – nicht als eine eigenständige Instanz, sondern als eine Erscheinungsform der Entwicklung der Triebe und der Objektbeziehung. Für Kernberg ist die narzisstische Störung ein Ausdruck nicht einer Entwicklungshemmung, sondern einer eigenständigen pathologischen Entwicklung. Kernberg fasst den Narzissmus als abgewehrte, weiter entwickelte (in Richtung besserer Integration und insofern Gesundheit) Borderline-Störung auf. Er schreibt, dass die Personen, die eine

narzisstische Störung entwickeln, sich *"von anderen Borderline-Patienten"* [Kursiv der Verfasserin] dadurch unterscheiden, dass sie bestimmte *Eigenschaften* in der Vorgeschichte hatten, die "objektiv dazu geneigt waren, bei anderen Bewunderung, aber auch Neid zu erwecken" (Kernberg 1995, S. 270), z.B. eine besondere Begabung oder eine außergewöhnliche körperliche Attraktivität, und auch dadurch, dass sie von ihren Eltern oder einem Elternteil extrem narzisstisch besetzt wurden, eine besondere Rolle in der Familie hatten, eine "Aufgabe", eine gewisse "Schlüsselposition" z.B., als einziges begabtes Kind in der Familie, das "eines Tages die ehrgeizigen Ambitionen der Familie erfüllen würde" (Kernberg 1995, S. 271).

Kernberg hat die narzisstische Störung um verschiedene Bezeichnungen erweitert: neben der narzisstischen Persönlichkeitsstörung hat er z.B. einen pathologischen, malignen Narzissmus beschrieben. Die narzisstische Persönlichkeitsstörung wurde je nach Funktionsniveau in drei Gruppen unterschieden: 1) Personen mit einer hohen Anpassung, die Erfolge haben und bewundert werden; 2) Personen, die sich nicht gut anpassen können und unter schweren Beziehungsstörungen sowie chronischer innerer Leere leiden; 3) narzisstische Persönlichkeitsstörungen auf Borderlineniveau (Kernberg 1995). Kernberg spricht auch vom gesunden, normalen Narzissmus. Dabei beruft er sich auf H. Hartmann (1964), dessen Definition er um das Adjektiv "normal" ergänzt: "normaler Narzissmus ist libidinöse Besetzung des Selbst" (Kernberg 1995, S. 358). Das Selbst ist für Kernberg "Bestandteil des Ichs", das "noch andere Strukturelemente enthält, nämlich Objektrepräsentanzen sowie Idealobjektvorstellungen auf verschiedenen Stufen der Depersonifikation, Abstraktion und Integration in allgemeine Ich-Ziele und Ich-Ideale" (Kernberg 1995, S. 359).

Ein mangelhaft integriertes Selbst – was sich durch die "widersprüchlichen, dissoziierten Ich-Zustände, Gefühle der Unwirklichkeit, Verwirrung, Leere" äußert – geht mit "einer mangelhaften Integration der Objekte einher" (Kernberg 1995, S. 359-360). Der Patient hat Schwierigkeiten, seine Wahrnehmung zu integrieren, sich in die Lage anderer einzufühlen und sie realistisch zu beurteilen. Stimmungsschwankungen seien "das Hauptmerkmal einer relativ primitiven Stufe der vom Über-Ich bestimmten Regulation des Selbstwertgefühls" – eine Ansicht, mit der sich Kernberg explizit auf Jacobson bezieht (Kernberg 1995, S. 361). Laut Kernberg (1995, 2006) können narzisstisch gestörte Personen sich nicht am Leben freuen, es sei denn, sie werden bewundert oder sie schweben in ihren grandiosen Phantasien. Das Gefühl der Minderwertigkeit hängt stark zusammen mit dem "dauerhaften inten-

siven Neid und der Abwehr gegen diesen Neid, insbesondere bestehend aus Entwertung, omnipotenter Kontrolle und narzisstischem Rückzug" (Kernberg 1995, S. 302).

Zur Ätiologie einer narzisstischen Störung bzw. eines gestörten Selbst sagt Kernberg, dass dieses Selbst der narzisstischen Persönlichkeitsstörung einer pathologischen Integration entstammt, die ausschließlich nur ideale Selbst- und Objektrepräsentanzen aufgenommen hat, "wogegen alle allzumenschlichen Züge" (Mayer 1996, S. VIII) abgespalten oder verdrängt werden. Das Über-Ich ist nicht integriert und auch nicht zu integrieren, weil die Ideale viel zu hoch und dadurch hochgradig "realitätsfremd" sind (Kernberg 1995, S. 267). Anteile des Über-Ichs werden zwar verinnerlicht (z.B. bestimmte Verbote und Tabus), sie behalten aber eine "primitive, aggressiv-entstellte Qualität", eben weil sie nicht mit liebevolleren Aspekten des Über-Ichs integriert werden können, und, da sie nicht integriert sind, können sie wieder leicht mittels Projektion externalisiert werden (Kernberg spricht von "*paranoider Projektion*", 1995, S. 316, Kursiv der Verfasserin). Da die narzisstisch gestörte Person so viel projiziert, fühlt sie sich dauernd leer, wertlos, abgeschoben, ausgeschlossen. Als wesentliches (Grund)Merkmal der narzisstischen Störung sieht Kernberg – ganz in der Tradition der Triebpsychologie – eine pathologisch verstärkte Ausprägung oraler Aggression (Kernberg 1995, S. 270), die u.a. infolge schwerer Frustrationen entstehen.

Für diese schweren Frustrationen sind häufig keine einzelnen Traumatisierungen, sondern viel mehr die frustrierende alltägliche Atmosphäre entscheidend, die durch Widersprüche und Doppeldeutigkeit gekennzeichnet ist. Betrachtet man den Familienhintergrund narzisstisch gestörter Personen, findet man oft die Kränkung als vorherrschende Methode der Beziehungsregulierung, "orale Frustration" (wenig Empathie, Entbehrungen, "Verbot", aggressiv zu sein) bestimmt das Zusammenleben. Neid und Hass dürfen nicht empfunden werden, so werden sie abgewehrt und nehmen dadurch ein überdimensionales Ausmaß ein.

Kernberg hat einen entscheidenden Beitrag zur Behandlung der narzisstischen Persönlichkeitsstörung geleistet, sowohl spezielle Behandlungsansätze und –strategien als auch die therapeutische Beziehung betreffend. Die narzisstische Übertragung wird ständig vom Versuch des Patienten begleitet, die Analyse und den Analytiker zu entwerten. Der Grund dafür ist, dass der Patient weder seinen Neid und seinen Hass auf die Qualitäten des Analytikers noch das, dass der Analytiker eigenständig denkt und existiert, aushalten kann (Kernberg 1995, S. 282). Vor allem versucht der Patient, das Gute, das er vom Analytiker bekommt, zu zerstören. Diese Dauerentwertung ist sehr belastend für den Therapeuten und

kann auch zu einer "defensiven Entwertung des Patienten" führen (Kernberg 1995, S. 283). Die Behandlung der narzisstisch Gestörten sei ein Balancieren und ein Wechselbad der Gefühle: wenn sich der Analytiker als autonom zeige, könne es dem Patienten schlagartig deutlich werden, dass er den Analytiker trotz seiner Bemühungen nicht unter Kontrolle habe, und dies könne zum Abbruch führen.

Kernberg beschreibt verschiedene Facetten des Narzissmus, wobei auf Anhieb nicht deutlich wird, wie diese Facetten zueinander stehen. Zum einen behauptet er in Anlehnung an van der Waals, dass eine narzisstische Störung eine eigenständige pathologische Entwicklung ("doppelte Fehlentwicklung") ist. Kernberg sagt aber auch, dass "die Bildung pathologischer Charakterformationen als Abwehr [...] zugleich die Funktion des Ichs und das Selbst wie auch das Selbstwertgefühl schützt, das heißt, sie hat eine *narzisstische* Funktion" [Kursiv der Verfasserin]. Und weiter: "Insofern kann man sagen, dass *alle* [Kursiv der Verfasserin] Patienten mit Symptom- und Charakterneurosen auch unter "narzisstischen Problemen" leiden, nämlich einer abnormen Verletzlichkeit ihres Selbst" (Kernberg 1995, S. 365-366). Also ist die narzisstische Störung nicht nur ein Ergebnis einer speziellen pathologischen Entwicklung, sondern sie ist mehr oder weniger ubiquitär, zumindest bei den Patienten mit "Neurosen", d.h. fast bei allen Patienten.

1.4. Neuere Beiträge zur Definition und Differentialdiagnose des Narzissmus

Green (2004) machte darauf aufmerksam, dass es neben Kohut [und Kernberg, Anmerkung der Verfasserin] in den USA mehrere Ansätze in Frankreich gegeben hat, sich mit der Theorie des Narzissmus zu befassen: Grunberger (1971) und Lacan (1975) werden von ihm exemplarisch genannt. Green bezeichnete die schon damals brennende Debatte zwischen Objektbeziehungstheoretikern und Selbstpsychologen bezüglich der Ätiologie des Narzissmus als "nicht notwendig": "Weder die einen noch die anderen können isoliert unter Vernachlässigung der Objektbeziehungen und der allgemeinen Problematik der Beziehungen, die das Ich mit der erotischen und destruktiven Libido unterhält, gedacht oder verstanden werden. Alles ist eine Sache der Beurteilung" (Green 2004, S. 15). Narzissmus sei neben gegen andere gerichteter Aggressivität und Homosexualität eine der "Formen, in denen der Eros an die Todestriebe gebunden ist" (Green 2004, S. 283). Diese Form des Narzissmus nennt er den "negativen" Narzissmus: negativer Narzissmus bevorzuge, "die Erregung gegen Null zu bewegen" sowie "die Nichtbefriedigung objektaler

Wünsche viel begehrenswerter als jede Befriedigung" einzuschätzen (Green 2004, S. 47). Green differenziert in seinem Ansatz die Manifestationen des Narzissmus in drei Bereiche, den körperlichen, intellektuellen und moralischen. Der körperliche Narzissmus zeigt sich in den ungebrochenen Aufmerksamkeit für die äußere Erscheinung, im Exhibitionismus und in hypochondrischen Befürchtungen. Der intellektuelle Narzissmus wird an Gefühlen der Omnipotenz, der "Libidinisierung des Denkens" deutlich und an der Tendenz, andere durch intellektuelle Kühnheit zu dominieren. Der moralische Narzissmus äußert sich in der Sehnsucht, rein zu sein, über den gewöhnlichen menschlichen Bedürfnissen zu stehen und von anderen unabhängig zu sein (Green 2004, S. 189).

Chasseguet-Smirgel (1986, 1987) betrachtet den narzisstischen Charakter als eine Erkrankung oder Störung der Ich-Idealbildung. Nach ihrer Auffassung werden die Wahrnehmungen des Geschlechtunterschiedes und eigener Kleinheit im Kindesalter als Kränkungen aufgefasst. Normalerweise wird diese Kränkung durch die Idealisierung des entsprechenden Elternteiles und Bildung des Ich-Ideales kompensiert. Wenn aber die Bildung des Ich-Ideales gehindert wird (z.B. durch die verleugnende, entwertende Haltung der Eltern), kommt es nicht zu einem "gesunden" Ich-Ideal, sondern zur Verschmelzung des Ichs und des Ich-Ideals. Die narzisstische Kränkung der eigenen Kleinheit wird in diesem Fall "... repariert, allerdings nicht durch die Imitation des Vaters und seiner Eigenschaften... sondern durch den Versuch, sich selbst von allen Bindungen von diesen zu befreien" (zit. nach Akhtar 2006, S. 246).

Akhtar (1996, 2006) bezeichnete gegenüber einigen psychiatrischen Lehrbüchern die diagnostischen Systeme DSM-III und DSM-III-R als fortschrittlich, da sie die narzisstische Persönlichkeitsstörung als eine abgegrenzte nosologische Einheit erfassten.

Jedoch bemängelte Akhtar am DSM-III, dass es einige wichtige Merkmale der narzisstischen Störung nicht erfasse: chronischen, intensiven Neid und dessen Abwehr, eine exhibitionistische Motivation zur Arbeit, die Korrumpierbarkeit von Wertsystemen, die Tendenz zur Promiskuität und kognitive Eigenarten, zu denen eine scheinbare Artikuliertheit gehört, eine egozentrische Wahrnehmung der Realität, pathologisches Lügen, leichte Lerndefizite, ein autozentrischer Gebrauch der Sprache und eine gewisse Unaufmerksamkeit gegenüber objektiven Aspekten bestimmter Ereignisse.

Bezüglich des DSM-III-R stellt Akhtar würdigend fest, dass die Neidgefühle jetzt zu den Kriterien der narzisstischen Persönlichkeitsstörung hinzugenommen wurden. Dennoch sind

die Tendenzen zur Überidealisierung und Entwertung aus der Liste entfernt. Dies hält Akhtar für eine "Schwächung der Beschreibung" (Akhtar 2006, S. 249). Ebenso fehlen auch im DSM-III-R folgende diagnostische Kriterien: Über-Ich-Defizite, eine Pseudo-sublimierung, die kognitiven Eigenheiten und die Störungen der Sexualität und Intimität.

Die Hauptkritik vom Akhtar an allen diagnostischen Systemen ist, dass die Koexistenz sich widersprechender Tendenzen in fast allen Bereichen des psychischen Funktionierens als "fast zentrales Merkmal der Störung" nicht erfasst wird (Akthar 2006, S. 249). Deshalb versucht er, dem dialektischen, psychodynamischen Denkansatz gerecht zu werden, und unternimmt einen Versuch der Synthese. Akthar nennt vorrausschickend 6 Bereiche psychischen Funktionierens (das Selbstkonzept, die interpersonalen Beziehungen, die soziale Anpassung, die ethischen Auffassungen, Standards und Ideale, die Liebe und Sexualität, der kognitive Stil).

Im Weiteren behauptet Akhtar, dass es in jedem dieser Bereiche "sichtbare und verdeckte Manifestationen der Störungen" gibt (Akthar 2006, S. 251), und unterstreicht, dass diese Aufgliederung als fortschrittlich aufgefasst werden sollte, da sie dabei hilft,

> "... die zentrale Bedeutung der Spaltung bei Patienten mit narzisstischen Persönlichkeitsstörungen zu betonen und ihr geteiltes Selbst hervorzuheben. Dies untermauert nicht nur theoretisch die Phänomenologie der Störung, sondern vermittelt auch dem Kliniker die Spiegelkomplementarität des Selbst [...]. Patienten mit narzisstischen Persönlichkeitsstörungen können in Erstinterviews durchaus manchmal zunächst Merkmale offenbaren, die üblicherweise nicht sichtbar sind, während die gewöhnlich offenkundigen Merkmale verdeckt oder verborgen bleiben. Das Wissen um ein dichotomes Selbst beim Patienten wird den Therapeuten dazu befähigen, weiter zu explorieren und somit eine Fehldiagnose zu vermeiden" (2006, S. 251).

In der **Tabelle 1.** sind die Merkmale der narzisstischen Persönlichkeitsstörung nach Akhtar mit unwesentlichen Kürzungen dargestellt (nächste Seite).

Tab. 1. Merkmale der narzisstischen Persönlichkeitsstörung nach Akthar (2006)

Bereiche des psychischen Funktionierens	Sichtbar	verdeckt/larviert
I. Selbst-konzept	Grandiosität, Gefühl der Einzigartigkeit, Ansprüchlichkeit	Minderwertigkeit, Selbstzweifel, Scham, Fragilität, Sensibilität gegenüber Kritik und realistischen Rückschlägen
II. Inter-personale Beziehungen	zahlreiche, aber oberflächliche Beziehungen, Verachtung für andere, verdeckt durch eine Pseudodemut, Mangel an Empathie	Unfähigkeit, wirklich abhängig zu sein und zu vertrauen, Neid u.a. auf die Fähigkeit zu echten Objektbeziehungen anderer, Missachtung der Zeit und Grenzen anderer Menschen; Tendenz, Briefe nicht zu beantworten
III. Soziale Anpassung	sozial betörend, erfolgreich, Ehrgeiz, beharrliche Arbeit, jedoch überwiegend um Bewunderung zu erfahren ("Pseudosublimierung")	quälende Ziellosigkeit und Langeweile, oberflächliches Engagement und Interessen, diletantische Einstellung, das ästhetische Empfinden oft künstlich und nachahmend
IV. Ethische Grundsätze, Standards und Ideale	karikierte Bescheidenheit, geheuchelte Verachtung für Geld, offensichtlicher Enthusiasmus für sozialpolitische Belange	Bereitschaft, Anschauungen aus eigennützigen Motiven zu ändern, pathologisches Lügen, materialistischer Lebensstil, Tendenzen zur Delinquenz
V. Liebe und Sexualität	Ehekrisen, kalte und gierige Verführung, Promiskuität	Unfähigkeit zur Liebe, eingeschränkte Fähigkeit, den Partner als getrenntes Individuum zu sehen, Perversionen
VI. Kognitiver Stil	beeindruckende Kenntnisse, wirkt bestimmt und hartnäckig, Vorliebe für die Sprache sowie für jede schnelle Art, Wissen zu erlangen	das Wissen ist oft auf Trivialitäten begrenzt ("Schlagzeilenintelligenz"), Vergesslichkeit für Details, insbesondere Namen, Tendenz, die Realität zu verändern, wenn diese als Bedrohung für das Selbstwertgefühl betrachtet wird, Sprache und Sprechen werden zur Regulation des Selbstwertsystems benutzt

Milch (2001) differenziert in Anlehnung an Kohut und Wolf (1978) zwischen

- narzisstischen Verhaltensstörungen und
- narzisstischen Persönlichkeitsstörungen.

Er behauptet, die Personen mit narzisstischen Verhaltensstörungen stünden im Kontinuum zwischen Borderline-Störungen und narzisstischen Persönlichkeitsstörungen und seien dadurch gekennzeichnet, dass sie ihr brüchiges Selbstgefühl durch süchtiges, perverses, delinquentes oder kriminelles Verhalten zu stützen versuchen (S. 112). Bei narzisstischen Persönlichkeitsstörungen treten das Gefühl des Auseinanderbrechens, eine Schwächung oder eine Verzerrung des Selbst temporär auf, die Symptome (Hypochondrie, Depression, Überempfindlichkeit gegenüber Zurücksetzungen, Mangel an Lebensfreude) äußern sich "nicht in erster Linie in Aktionen und Interaktionen des Individuums, sondern betreffen vielmehr den psychischen Zustand" (Milch 2001, S. 159). Große Schwankungen des Selbstgefühls, Neid, narzisstische Kränkbarkeit, Angst vor dem Objektverlust ("viel häufi-

ger als Kastrationsangst", Kohut 1973, S. 38), Mangel an Humor, affektive Kälte und Sexualisierung der Beziehungen seien typisch, "Ausbrüche wütend geäußerter, aber nicht entschieden verfolgter Forderung nach Wiedergutmachung [...] führen durch die Grundüberzeugung des Patienten, keine Resonanz zu finden, zu tiefer Scham, die dann verdrängt wird" (Milch 2001, S. 161).

Altmeyer (2000, 2004) betont bei seiner Übersicht der Entwicklung des Narzissmuskonzeptes nachdrücklich, dass die Selbstbezogenheit, die dem Narzissmus zugeschrieben wird, meistens verwirrend interpretiert und einseitig verstanden wird, nämlich, dass die Selbstbezogenheit die Objektwelt automatisch auslösche bzw. diese durch sie unwichtiger würde. Der Autor macht darauf aufmerksam, dass die Idee der Intersubjektivität im Ent- und Bestehen des Narzissmus bereits den Gründern der Psychoanalyse nicht fremd war. Schon Balint spricht von der "primären Liebe", Winnicott vom "Glanz im Auge der Mutter", Kohut von ausschlaggebender Bedeutung der gestörten Mutter-Kind-Beziehung für die Entstehung einer narzisstischen Störung, also das Objekt ist immer *dabei* [Kursiv der Verfasserin] und nicht nur als passiver Spiegel oder eine Projektionswand, sondern als interagierender Teilnehmer der Kommunikation. "Der Narzissmus lässt sich nicht länger als objektlose Selbstbezogenheit konzipieren. Es hat etwas mit dem Wunsch nach und dem Gefühl von Versorgt-, Gesehen-, Geliebt-, Anerkanntwerden zu tun" (2000, S. 228). Der Narzissmus "kann als ein über das Objekt vermittelter Blick auf das Selbst verstanden werden" (2000, S. 227). Später formuliert er: "Narzissmus vermittelt zwischen Selbst und Welt. Diese narzisstische Vermittlungsfunktion läuft in menschlichen Kommunikationen und Interaktionen als unbewusste Beziehungsdimension immer mit. Man könnte von einer mentalen Basisinteraktion oder einer "narzisstischen Szene" sprechen" (2011, S. 83). An dieser Stelle kommt Altmeier der Theorie der Mentalisierung und Affektregulierung sehr nahe: "Das psychische Selbst [...] entwickelt sich durch die Interaktion mit der Betreuungsperson im Kontext einer Bindungsbeziehung und wird durch den Spiegelungsprozess vermittelt" (Fonagy et al. 2002, S. 322).

Sachse (2002) entwirft ein Modell der narzisstischen Persönlichkeitsstörung, das auf klientenzentrierter Psychotherapie nach Rogers und kognitiv-verhaltenstherapeutischen Ansätzen fußt. Als theoretischer Rahmen dient ihm das Modell der doppelten Handlungsregulation. Sachse beschreibt die Besonderheiten der Motivebene bei narzisstischen Persönlichkeitsstörungen: er geht davon aus, dass bei diesen Personen das Beziehungsmotiv "Anerkennung, Liebe, Zuwendung" zentral frustriert bzw. traumatisiert worden ist. Das

Bedürfnis nach Liebe wird hier als Bedürfnis, geliebt zu werden, ohne etwas geleistet zu haben ("unconditional positive regard", Rogers 1959) verstanden. Besonders traumatisierend bei narzisstischen Persönlichkeitsstörungen sei, dass sie die Entwertung ("negative Anerkennung", Sachse, 2002, S. 161) nicht für bestimmte Verhaltensweisen, sondern für sich *als Person* erhalten: "die Person ist als Person nicht ok" (Sachse, 2002, S. 161). Diese Botschaften, dass man "nicht ok" ist, werden sehr oft subtil, unauffällig vermittelt, gerade deswegen haben sie eine "toxische Wirkung". Oft sind diese subtilen "Beziehungsdaten" (z.B. wenn eine Bezugsperson einen enttäuschten Gesichtsausdruck zeigt) kaum wahrnehmbar, erzeugen kaum Spuren im episodischen Gedächtnis und können im Erwachsenen Alter nicht erinnert werden. Der Mensch glaubt dann, "eine glückliche Kindheit" gehabt zu haben. Diese "Beziehungsdaten", die entwertenden Botschaften führen dazu, dass die Person ein *negatives Selbst-Schema* entwickelt [Kursiv der Verfasserin].

Personen mit narzisstischen Persönlichkeitsstörungen bleiben nicht bei negativen Selbst- und Beziehungsschemata stehen, sondern sie finden eine Lösung: sie lernen, sich Anerkennung zu verschaffen, die Zuwendung "zu verdienen". Die Anerkennung gewinnt man in unserer Gesellschaft am ehesten durch die Leistung. Die Leistung bringt aber einer Person mit narzisstischer Persönlichkeitsstörung nichts, da die Bestätigung nur von außen kommt. So bleibt die Person von äußeren Rückmeldungen abhängig. Auch das Motiv nach Liebe wird nicht wirklich gestillt: da die Person mit einer narzisstischen Persönlichkeitsstörung eine *Strategie* entwickelt hat, Anerkennung zu bekommen, so attribuiert sie das Lob, falls sie es erhält, auf die *Strategie*, d.h. *auf das Verhalten und nicht auf sich als Person* [Kursiv der Verfasserin].

Sachse geht davon aus, dass Personen mit narzisstischer Persönlickeitsstörung ein doppeltes Selbst-Schema entwickeln: ein negatives Selbst-Schema, das biographisch älter ist, und ein positives Selbst-Schema als Lösung, um Anerkennung zu erreichen. Offenbar ist es aber so, dass das neue Schema nicht an das alte anlagert bzw. es ablöst, sondern sie existieren ohne Verbindung nebeneinander, also als ein doppeltes Selbst-Schema. Das "Nicht-Kommunizieren" der beiden Selbst-Schemata führt Sachse auf ihr Vorliegen in unterschiedlichen Repräsentationscodes: das negative Selbst-Schema liegt in einem sensomotorischen Repräsentationscode, die Eindrücke sind perzeptuell, affektiv und nicht kognitiv-konzeptuell gespeichert, das biographisch jüngere, positive Schema liegt in einem kognitiv-konzeptuellen Code vor.

Das positive Selbst-Schema trägt Aussagen wie "ich bin kompetent", "ich bin ok", "ich bin liebenswert" etc. Das negative Selbst-Schema beinhaltet Aussagen wie "ich bin ein Versager", "ich bin nicht ok", "ich kann die Erwartungen anderer Menschen nicht erfüllen". Das positive Selbst-Schema kann noch zu einem überkompensatorischen Gebilde, zu einem "übertrieben positiven Selbst-Schema" (Sachse, 2002, S. 174) entwickelt werden. Das heißt, dass eine Person mit narzisstischer Persönlichkeitsstörung nicht durchschnittlich sein "kann", sie kann nur die Beste, Kompetenteste bzw. die Unfähigste etc. sein.

Sachse behauptet, das doppelte Selbstkonzept sei das entscheidende Merkmal der narzisstischen Persönlichkeitsstörungen, und formuliert, dass es für die Diagnose dieser Störungen nicht nur das Vorliegen der Aspekte von positiven oder sehr positiven Selbsteinschätzung, sondern auch Hinweise auf das Vorliegen eines negativen Selbst-Schemas geben muss, wie z.B.:

- Selbstzweifel;
- Kritikempfindlichkeit;
- leichte Kränkbarkeit;
- empfindliches Reagieren auf Misserfolge;
- Bemühen, positive Aspekte zu betonen, sobald negative auftauchen;
- Bemühen, nicht problematisch oder defizitär zu erscheinen;
- Bemühen, nicht durchschnittlich oder mittelmäßig zu sein.

Das negative Selbst-Schema enthält nicht nur negative Annahmen über die eigene Person, sondern auch über Beziehungskonsequenzen: "ich werde abgelehnt", "ich gehöre nicht dazu", "ich bin ausgeliefert". Die Aktivierung des negativen Selbst-Schemas erzeugt dann wieder die Gefühle der Einsamkeit etc. und ist damit extrem aversiv. "*Da es extrem aversiv ist, muss man annehmen, dass Klienten sich stark bemühen, seine Aktivierung zu vermeiden*. Und die Personen haben gute Vermeidungsstrategien gelernt" (Sachse, 2002, S. 172). Daraus zieht Sachse Konsequenzen für die psychotherapeutische Behandlung: der Klient wird in der Therapie ebenfalls versuchen, die Aktivierung des negativen Selbst-Schemas zu vermeiden. Es ist damit zu rechnen, dass der Klient "sauer und reaktant" wird, wenn der Therapeut durch die Interventionen das negative Selbst-Schema aktiviert. Sachse betont daher, dass es "vorher nötig ist, eine vertrauensvolle Therapeut-Klient-Beziehung aufzubauen" (Sachse, 2002, S. 172).

In der **Leitlinie der Persönlichkeitsstörungen (Tress et al. 2002)** der deutschen "Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften" (AWMF) wird darauf hingewiesen, dass "[...] Persönlichkeitsstörungen, intrapsychisch betrachtet, vorrangig als Selbstpathologie verstehbar sind und sich – viel mehr als andere psychische Störungen – in Problemen der interpersonellen Kommunikation manifestieren" (S.5). In dieser Definition scheint die Störung der Selbstregulation, die traditionsgemäß der narzisstischen Störung zugeordnet wird (s.o. Ausführungen zu Kohut und Kernberg), ihre Spezifität zu überrchreiten und sich zu einem ubiquitären Charakteristikum der gestörten Persönlichkeit zu konstituieren.

Zur Diagnostik der narzisstischen Persönlichkeitsstörung merkt Tress an, dass sie überwiegend klinisch und im Einzelfall mithilfe des Narzissmus-Inventars (Deneke 1988) erfolgt. Auch weist der Verfasser darauf hin, dass die "Diagnosestellung u.U. erst nach einem längeren psychotherapeutischen Behandlungsprozess möglich" ist (Tress et al. 2002, S. 25).

Im **Leitfaden Psychosomatische Medizin und Psychotherapie** (2009) beschreiben Wöller und Tress neben der Definition, Epidemiologie, Ätiologie, Diagnostik und Psychodynamik die besondere Beziehungsgestaltung mit narzisstisch gestörten Patienten: wg. der schweren Störung des Selbstwertgefühls ist ein "Beziehungsangebot von Wertschätzung und Achtung von größter Bedeutung" (S. 427) und "entwertende Tendenzen narzisstisch gestörter Patienten können beim Arzt oder Therapeuten zu erheblichen Affekten des Ärgers und der Wut, aber auch zu depressivem Rückzug führen" (S. 427) sowie zum Erleben eigener Insuffizienz. Die Autoren kommentieren die abweisende und entwertende Haltung dieser Patienten als Maßnahmen des Schutzes vor Kränkungen und empfehlen, die hohe Kränkbarkeit zu berücksichtigen sowie vorsichtig mit ihr umzugehen: "Manchmal kann schon ein Hinweis auf die hohe Kränkbarkeit als kränkend empfunden werden" (S. 428).

1.5. Definition des Narzissmus

Der Narzissmus wird nicht nur als Phänomen innerhalb eines psychotherapeutischen Verfahrens (Psychoanalyse) betrachtet, sondern er hat auch die Gestalt einer klassifizierbaren klinischen Kategorie angenommen und wurde als narzisstische Persönlichkeitsstörung in

die folgenden diagnostischen Klassifikationssysteme integriert: DSM-IV – Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders –, 1994, DSM-IV-TR, 2003, sowie DSM-5, desweiteren OPD-2 (2006), "Leitlinien Psychosomatische Medizin und Psychotherapie. Persönlichkeitsstörungen" (Tress et al. 2002) sowie "Leitfaden Psychosomatische Medizin und Psychotherapie" (Janssen et al. 2009).

Im weiteren wird eine kurze Übersicht der häufigsten dem Narzissmusphänomen zugeordneten Eigenschaften und Bezeichnungen gegeben.

Eine der ersten detaillierten Ausführungen zur narzisstischen Persönlichkeit kommt von Jones (1913). Mit der Beschreibung des "Gotteskomplex" bei Menschen erfasst Jones Merkmale, die auch heute noch mit der narzisstischen Persönlichkeit in Zusammenhang gebracht werden: dieser Mensch zeigt "eine exzessive Bewunderung für bzw. hohes Vertrauen in die eigenen Kräfte, das eigene Wissen, [...] den Wunsch, die eigene Person oder einen bestimmten Teil der Person zur Schau zu stellen, [...] Omnipotenzphantasien [...], einen ausgeprägten Wunsch, geliebt zu werden, [und] nach Verehrung und Bewunderung" (zit. nach Akhtar 2006, S. 232). Sie zeigen Verachtung für andere, sind nicht bereit, an Gruppenaktivitäten teilzunehmen, respektieren die Zeit anderer nicht. Jones beobachtete auch, dass die narzisstische Grandiosität gelegentlich durch eine "ungewöhnliche Fülle" der entgegengesetzten Tendenzen, z.B. übertriebene Freundlichkeit, zugedeckt ist, sowie dass diese Personen sehr redegewandt sind und Vorliebe für Sprache zeigen, andererseits aber sehr umständlich und ausschweifend in ihrer Diktion sind sowie subtile Lerndefizite und eine Achtlosigkeit gegenüber den objektiven Aspekten bestimmter Ereignisse haben (zit. nach Akhtar 2006, S. 232).

Außer Jones "Gotteskomplex" gibt es noch andere bildhafte Bezeichnungen des Narzissmus, die immer auf die Dramatik der extremen Diskrepanzen in einem Selbst hinweisen: Fenichel (1945) nannte den narzisstischen Menschen "Don Juan der Leistung", Nemian (1961) –"Gefangener (seiner eigenen) hochgesteckten Ziele" und Tartakoff (1966) nannte dieses Phänomen den "Nobel-Preis-Komplex" (zit. nach Volkan 1994, S. 36).

1931 beschrieb Freud neben dem "erotischen" und "Zwangstypus" den "narzisstischen Libidotypus": "Das Hauptinteresse ist auf die Selbsterhaltung gerichtet [...]. Dem Ich ist ein großes Maß an Aggression verfügbar [...]. Menschen dieses Typus imponieren den anderen als "Persönlichkeiten", sind besonders geeignet, anderen als Anhalt zu dienen, die

Rolle von Führern zu übernehmen, der Kulturentwicklung neue Anregungen zu geben oder das Bestehende zu schädigen" (Freud S 1999, S. 511).

Neben den vielen Kontroversen um den Begriff ist die Mehrzahl der Autoren sich bezüglich der Bereiche, in denen sich das Phänomen Narzissmus äußert, ziemlich einig. Die ursprüngliche Auffassung Freuds wurde in einer bemerkenswerten Übersichtsarbeit von Pulver (1972) mit unwesentlichen Präzisierungen dargestellt und bis vor kurzem unzählige Male in den meisten einschlägigen Publikationen wiederholt. Diese Bereiche, für die das Phänomen Narzissmus benutzt wurde, sind: 1) die Bezeichnung einer sexuellen Perversion; 2) eine Phase der libidinösen Entwicklung; 3) ein Typus der Objektbeziehungen (narzisstische Objektwahl und ein bestimmter Modus, mit der Umwelt in die Beziehung zu treten); 4) die verschiedenen Zustände des Selbstwertgefühls.

In einer 1996 auf Deutsch erschienenen Publikation benennen Ronningstam und Gunderson ebenfalls vier Bereiche, von denen drei an die Freud`schen Kategorien erinnern: Narzissmus als Entwicklungsphase, als Objektwahl und als Zustände des Selbstwertgefühls. Die Bezeichnung einer sexuellen Perversion als eines narzisstischen Phänomens wird von diesen Autoren nicht mehr erwähnt, dafür wird Narzissmus *als ein normaler Entwicklungsverlauf* eingeführt (1996, S.88). Hartung (2008) betont weiterhin einen relevanten Zusammenhang zwischen narzisstischen und perversen Phänomenen.

Der Narzissmus hat in seiner hundertjährigen Geschichte als ein klinisches und psychologisches Phänomen einen Teil seiner ursprünglichen Bedeutung, nämlich die einer psychotischen Störung, inzwischen verloren und eine Erweiterung der Bedeutung durch die Beschreibung auch als etwas Gesundes, Normales erfahren. Der Zusammenhang des Narzissmus mit einer Perversion wird kontrovers diskutiert.

Die meisten federführenden US-Amerikanischen Autoren definieren die narzisstische Persönlichkeitsstörung als "Konzentration des psychischen Interesses auf das eigene Selbst" mit Grandiosität und Ehrgeiz und "einer Neigung, den Nächsten hauptsächlich als Applausgeber zu funktionalisieren oder umgekehrt zu idealisieren und dann an deren Größe zu partizipieren" (Mayer 1996, S. VIII). Kleinheits-, Schwächegefühle und Neid stehen dahinter, weswegen auf Kränkungen mit narzisstischer Wut überreagiert wird.

Spricht man jetzt von einer *narzisstischen (Persönlichkeits-) Störung*, so meint man damit, dass die betreffende Person, oft in ihren Leistungen (Studium, Beruf) erfolgreich und ange-

passt ist, jedoch erhebliche Probleme in Beziehung zu sich selbst, zu anderen wichtigen Personen und zur Umwelt hat. Auffällig sind ein fragiles Selbstwertgefühl mit extremen Diskrepanzen (einerseits Grandiosität, andererseits Selbstentwertung), Empathie- und Beziehungsstörungen, hohe Verletzlichkeit, Kränkbarkeit und depressive Einbrüche mit (auto-)destruktiven Impulsausbrüchen und Rückzugstendenzen. Außerdem leidet diese Person unter Neid, dem Gefühl von innerer Leere und Einsamkeit, die häufig nach außen projiziert und durch Betriebsamkeit und Selbstgenügsamkeit ("ich brauche niemanden") abgewehrt werden. Diese Psychodynamik wird aus der Sicht der verschiedenen Theorien durch mehrfache Faktoren (z.B. Trieb-, Ich- und Selbst-Entwicklungsbeeinträchtigungen) bestimmt.

DSM (Diagnostic and Statistical Manual of mental Disorders, die neueste Fassung DSM-5, 2013). Die Textrevision DSM-IV-TR (1998, Deutsch 2003). In vorliegender Studie wurde von DSM-IV ausgegangen (1995, Deutsch 1998), da das DSM-IV-TR keine inhaltlichen Veränderungen im Bezug auf narzisstische Persönlichkeitsstörung vornahm. Im DSM-IV wird gestörter Narzissmus in Form einer narzisstischen Persönlichkeitsstörung auf der Achse II (Persönlichkeitsstörungen und Geistige Behinderung) kodiert. Das Feststellen dieser zwei Störungsgruppen stellt eine zweite diagnostische Ebene dar, damit neben den "Klinischen Störungen" (Achse I) "das mögliche Vorliegen von Persönlichkeitsstörungen [...] auch dann nicht übersehen wird, wenn sich die Aufmerksamkeit auf die normalerweise auffälligere Achse I-Störungen konzentriert" (DSM-IV, S. 40). Es ist aber durchaus mög–lich, dass die Achse II-Diagnose als die "Hauptdiagnose" bzw. der "Konsultationsgrund" angesehen wird.

Die narzisstische Persönlichkeitsstörung wird in DSM-IV folgendermaßen beschrieben:

Ein tiefgreifendes Muster von Großartigkeit (in Phantasie oder Verhalten), Bedürfnis nach Bewunderung und Mangel an Empathie. Die Störung beginnt im frühen Erwachsenenalter und tritt in den verschiedensten Situationen auf. Mindestens 5 der folgenden Kriterien müssen erfüllt sein (DSM-IV, S. 257):

1. hat ein grandioses Gefühl der eigenen Wichtigkeit (übertreibt z.B. die eigenen Leistungen und Talente; erwartet, ohne entsprechende Leistungen, als überlegen anerkannt zu werden),
2. ist stark eingenommen von Phantasien grenzenlosen Erfolgs, Macht, Glanz, Schönheit oder idealer Liebe,

3. glaubt von sich, "besonders" und einzigartig zu sein und nur von anderen besonderen oder angesehenen Personen (oder Institutionen) verstanden zu werden oder nur mit diesen verkehren zu können,
4. verlangt nach übermäßiger Bewunderung,
5. legt ein Anspruchsdenken an den Tag, d.h. übertriebene Erwartungen an eine besonders bevorzugte Behandlung oder automatisches Eingehen auf die eigenen Erwartungen,
6. ist in zwischenmenschlichen Beziehungen ausbeuterisch, d.h. zieht Nutzen aus anderen, um die eigenen Ziele zu erreichen,
7. zeigt einen Mangel an Empathie: ist nicht willens, die Gefühle und Bedürfnisse anderer zu erkennen oder sich mit ihnen zu identifizieren,
8. ist häufig neidisch auf andere oder glaubt, andere seien neidisch auf ihn/sie,
9. zeigt arrogante, überhebliche Verhaltensweisen oder Haltungen.

Im Prozess der Entwicklung des DSM-5 stand die narzisstische Persönlichkeitsstörung erneut in der Kritik und zur Disposition für die Entfernung aus diesem Klassifikationssystem, da die Kriterien teilweise als sehr vage eingeschätzt wurden (s. z.B. Fiedler 2011, zit. nach Teutsch 2012). Im Mai 2013 erschienenen DSM-5 wird die narzisstische Persönlichkeitsstörung weiterhin als eine der 3 Cluster-B Persönlichkeitsstörungen beibehalten (DSM-5 2013).

In dieser Studie wird eine narzisstische Störung nicht ausschließlich als eine narzisstische Persönlichkeitsstörung aufgefasst, die nur eine, zwar bisher die einzige anerkannte, jedoch sehr radikale diagnostische Kategorie definiert, sondern in Anlehnung an die gängigen Narzissmustheorien (v.a. Kohut 1973 und Kernberg 1995, 2006) als eine Störung des Selbst im Sinne der gestörten Selbstorganisation, die sich in folgenden übergeordneten Merkmalen äußert:

- das Selbstwertproblem nimmt einen zentralen Platz im Selbsterleben ein;
- das Vorhandensein von ausgeprägten Größenphantasien (Ansicht, jemand besonderes zu sein; Anspruchsdenken);
- emotionale Labilität (Kränkbarkeit; schnelles Verlieren des emotionalen Gleichgewichtes; depressive Einbrüche);
- frustrierende Gefühle (innere Leere, Neid, das Gefühl der Fremdheit) dominierend;

- Projektion als dominierende Abwehr;
- eine charakteristische Art der Beziehungsregulation: gestörte Empathie, arrogantes Benehmen; Ausnutzen der zwischenmenschlichen Beziehungen, Verlangen nach Bewunderung; Verletzbarkeit und infolge dessen Rückzug.

1.6. Diagnostische Instrumente zur Erfassung des Narzissmus

Es gibt vor allem im angloamerikanischen Sprachraum eine Reihe von Bemühungen, diagnostische Instrumente zur Erfassung der Störung des Narzissmus zu entwickeln. Zum Beispiel wurde auf der Grundlage des MMPI (Minnesota Multifactory Personality Inventory) eine Narcissistic Personality Disorder Scale (NPD) konstruiert, die aus 19 Items des MMPI bestand (Ashby et al. 1979). Aus dem MMPI-2 wurde ein Narcissistic Personality Inventory abgeleitet (NPI, Raskin, Hall 1979). Millon (1982) entwarf das Millon Clinical Multiaxial Inventory (MCMI) mit einer Narzissmus-Subskala (zit. nach Sachse 2002).

Die im deutschsprachigen Raum bekanntesten Instrumente zur Diagnostik des Narzissmus:

1. Narzissmusinventar (NI, Deneke, Hilgenstock 1988).
2. Das **s**trukturierte **k**linische **I**nterview zur Persönlichkeitsstörung nach **D**SM-IV (SKID-II, Spitzer et. al. 1987, Wittchen&Fydrich 1996).
3. Das **d**iagnostische **I**nterview zum **N**arzissmus (DIN, Gunderson et al. 1989, deutsche Veröffentlichung 1996).
4. Narzissmus-Persönlichkeits-Inventar (NPI, Raskin, Hall 1979, deutsche Version Schütz 2004).

1.6.1. Narzissmusinventar von Deneke u. Hilgenstock (NI, 1988)

Das Inventar "liefert einen Beitrag zur Struktur des narzisstischen Persönlichkeitssystems" (1985, S. 329) und dient dazu, "klinisch relevante, grundlegende Aspekte der Regulation und Organisation subjektiver Wirklichkeitserfahrungen (des persönlichen Erlebens) von Probanden zu erfassen, soweit sie der Selbstbeobachtung zugänglich sind" (Deneke 2002, S. 261).

Die Autoren bezogen sich bei der Entwicklung dieses Inventars auf die theoretischen Arbeiten zur Narzissmusproblematik (Kernberg 1978, und Kohut&Wolf 1980), auf die klinischen Beschreibungen narzisstischer Phänomene sowie auf die eigenen klinischen Beobachtungen. "Der Begriff "Narzissmus" wird in einem erweiterten Sinne verstanden: "alle Inhalte und Vorgänge umfassend, die das Erleben, insbesondere das Werterleben, der eigenen Person betreffen" (Deneke 2002, S. 261). In diesem erweiterten Sinne werden also nicht nur solche Formen des Erlebens und dessen Regulation erfasst, die positiv, narzisstisch befriedigend sind, sondern auch solche, die subjektiv als quälend, entwürdigend, bedrohlich etc., also als negativ erfahren werden" (Deneke 2002, S. 261).

Mithilfe der Itemanalyse wurden 163 narzissmusrelevante Items formuliert. Die Antwort ist skaliert (1= stimmt nicht bis 5= stimmt völlig). Über Faktorenanalyse wurden die 163 Items in 18 Skalen von unterschiedlicher Größe zusammengefasst, die ihrerseits vier übergeordneten Dimensionen zugeordnet sind. Die Reliabilitätskoeffizienten (Cronbach's Alpha) der Skalen liegen zwischen α_{min}=.71 und α_{max}=.94, somit ist die Reliabilität des Inventars als gut einzuschätzen. Die Dimensionen, Skalen und jeweils ein Itembeispiel sind in der **Tabelle 2.** (nächste Seite) dargestellt. Normwerte sind bisher nicht vorhanden.

Inzwischen liegen 3 kürzere Versionen des NI vor: NI-90 (Schoeneich 2000), NI-R (Neumann 2004) sowie NI-20 (Daig 2010). Das NI-90 besteht aus 90 Items, die wie in der vollen Fassung 18 Skalen und vier übergeordneten Dimensionen zugeordnet sind. Die Skalen haben alle je 5 Items. Das NI-R besteht aus 42 Items und erfasst nur die Items der Skalen "Klassisch-narzisstisches Selbst" und "Ideal-Selbst" des NI. Die 20 Items des NI-20 repräsentieren alle 18 Skalen und die 4 übergeordneten Dimensionen des NI.

In der vorliegenden Arbeit wurde die ursprüngliche Fassung mit 163 Items des Narzissmusinventars von Deneke und Hilgenstock verwendet.

Tab. 2. Dimensionen, Skalen und Itembeispiele des Narzissmusinventars (Deneke 1988)

Dimension	Skala	Itembeispiel
A Bedrohtes Selbst	Ohnmächtiges Selbst	Mitunter fühle ich mich wie ein "Nichts"
	Affekt-/Impulskontrollverlust	Ich bin sehr sprunghaft in meinen Gedanken und Gefühlen
	Derealisation/ Depersonalisation	Ich erlebe mich manchmal wie eine fremde Person
	Basales Hoffnungspotential	Ich glaube, im Kern meiner Person bin ich doch unzerstörbar
	Kleinheitsselbst	Ich schäme mich, wenn andere merken, dass ich etwas nicht kann
	Negatives Körperselbst	Da ich nicht attraktiv bin, kann ich auch nicht geliebt werden
	Soziale Isolierung	Ich bin ein Einzelgängertyp
	Archaischer Rückzug	Manchmal möchte ich mich wie in einem Fluss einfach nur so treiben lassen
B "Klassisch" narzisstisches Selbst	Größenselbst	Mit guter Vorbereitung könnte ich fast jedes Ziel erreichen
	Sehnsucht nach idealem Selbstobjekt	Menschen, die etwas Besonderes haben, ziehen mich einfach an
	Gier nach Lob und Bestätigung	Ich kann es schon genießen, wenn man mich umwirbt
	Narzisstische Wut	Ich kann stinksauer werden, wenn man mich zu Unrecht kritisiert
C Idealistisches Selbst	Autarkie-Ideal	Ich erwarte von mir, Höchstleistungen zu bringen
	Objektabwertung	Zeige anderen nie Deine Schwächen, denn das wird nur ausgenutzt
	Werte-Ideal	Die Menschen, die keine Überzeugungen haben, können einem leidtun
	Symbiotischer Selbstschutz	Ich erwarte von meinem Partner unbedingte Treue
D Hypochondrisches Selbst	Hypochondrische Angstbindung	Körperliche Störungen können mich leicht beunruhigen
	Narzisstischer Krankheitsgewinn	Ich kann oft nicht zeigen, was in mir steckt, weil ich körperlich nicht auf der Höhe bin

1.6.2. Das strukturierte klinische Interview zur Persönlichkeitsstörung nach DSM-IV (SKID-II)

Dieses Instrument wurde von First, Spitzer et al. 1987 entwickelt und von Wittchen, Fydrich et al. 1996 erweitert sowie dem deutschen Sprachraum angepasst. Das SKID-II ist ein Verfahren zur Diagnostik der zehn auf Achse-II sowie zwei im Anhang des DSM-IV aufgeführten Persönlichkeitsstörungen, darunter auch der narzisstischen Persönlichkeitsstörung. Das SKID-II ist ein halbstrukturiertes Interview. Das Verfahren ist zweistufig und besteht aus einem Fragebogen, der von Probanden beantwortet wird und dessen Items die Kriterien des DSM repräsentieren. Das sind Items wie z.B.: "Wurde Ihnen schon einmal gesagt, Sie hätten eine zu hohe Meinung von sich selbst?", "Können Sie es kaum ertragen,

wenn andere erfolgreich sind?". Der Fragebogen dient als Screening für die Merkmale der zwölf erfassten Persönlichkeitsstörungen. Im nachfolgenden Interview brauchen dann nur noch diejenigen Merkmale befragt werden, die im Fragebogen mit "ja" beantwortet wurden. Liegen nicht genügend "Ja"-Antworten vor, um die Kriterien einer oder mehreren Persönlichkeitsstörung zu erfüllen, ist die Durchführung des Interviews nicht notwendig.

Zu "Ja"-Antworten werden im Interview Fragen gestellt, die die entsprechenden Kriterien sichern sollen ("Sie haben die Frage Nr. 5. mit "ja" geantwortet". Erzählen Sie mir mehr darüber"). Wenn die Antwort das Kriterium einer Persönlichkeitsstörung erfüllt, wird sie kodiert (die Antworten im Fragebogen werden *nicht* kodiert). Das Durchführen des Interviews ist kompliziert und verlangt sowohl eine umfassende klinische Erfahrung als auch Schulung im Durchführen des Interviews, da es um die Einschätzung der klinischen Kategorien geht. Die Interrater-Reliabilität variiert stark und liegt zwischen α=0,42 und α=1 (www.scid4.org 2013).

1.6.3. Das diagnostische Interview zum Narzissmus (DIN)

Das **DIN** ist bisher das einzige Interview ausschließlich zur Diagnostik des Narzissmus. Es wurde in USA von E. Ronningstam und J. Gunderson entwickelt. Das Interview ist halbstrukturiert, es werden mit Hilfe von 138 Fragen insgesamt 33 deskriptive Merkmale befragt. Die Merkmale wurden auf der Basis der vorhandenen allgemeinen diagnostischen Systeme (hauptsächlich das strukturierte Interview für DSM-III-Persönlichkeitsstörungen (1982) und 2 andere, ebenfalls bereits vorhandene diagnostische Systeme zur Diagnostik der narzisstischen Persönlichkeitsstörung von Akhtar und Thompson (1982) sowie vom Kernberg (1983) und auf der Basis der klinischen Erfahrung der Autoren spezifiziert. Die Merkmale wurden in 5 ähnlich große Abschnitte eingeordnet:

1. Grandiosität (8 Merkmale wie Übertreibung, Vorstellung der Unverwundbarkeit, Einzigartigkeit, Selbstzentriertheit, Überheblichkeit).
2: Interpersonale Beziehungen (9 Merkmale wie Neid, Entwertung, Mangel an Empathie).
3: Empfindlichkeit (5 Merkmale wie aggressive und selbstdestruktive Reaktionen).
4: Stimmung (5 Merkmale wie Leeregefühl, Sinnlosigkeit).
5: Soziale und moralische Anpassung (6 Merkmale wie große Leistungen, oberflächliche Werte).

1.6.4. Narzissmus-Persönlichkeits-Inventar (NPI)

Raskin und Hall (1979) entwickelten das Narzissmus-Persönlichkeits-Inventar (NPI): einen Fragebogen mit 54 Items, der Narzissmus als Persönlichkeits-Trait misst. Die Konstruktion des Fragebogens basiert auf den Kriterien des DSM-III für narzisstische Persönlichkeitsstörung:

- grandioses Gefühl für eigene Bedeutung und Einzigartigkeit;
- Phantasien von unbegrenztem Erfolg, Macht, Schönheit oder idealer Liebe;
- Exhibitionismus: das Bedürfnis nach Aufmerksamkeit und Bewunderung;
- Anspruchsdenken: Erwartungen von sozialen Vergünstigungen ohne Gegenleistung;
- interpersonelle Ausnutzungstendenz.

Anspruch dieses Fragebogens war, nicht nur klinisch relevante Manifestationen von Narzissmus zu erfassen, sondern auch leichte Formen, d.h. Narzissmus als "Persönlichkeitsstil" (Raskin, Hall 1979).

Die Reliabilität und Validität des NPI sind in mehreren Studien untersucht worden. Raskin und Hall (1979, 1981) haben die Reliabilität als befriedigend befunden. Die Konstruktvalidität wurde mehrfach bestätigt (Emmons, 1987; Kernis & Sun, 1994; Watson & Biderman, 1993, zit. nach Sachse 2002, S. 148).

Raskin und Terry (1988) führten eine Faktorenanalyse des NPI durch und fanden eine Sieben-Faktoren-Lösung mit den Faktoren: Autorität (z.B. "Ich ziehe es vor, ein Führer zu sein"), Selbst-Angemessenheit (z.B. "Ich brauche selten jemanden, um Dinge getan zu bekommen"), Überlegenheit (z.B. "Ich weiß, dass ich gut bin, da mir alle das sagen"), Exhibitionismus (z.B. "Ich rege mich auf, wenn ich ausgehe und die Leute nicht bemerken, wie ich aussehe"), Ausnutzung (z.B. "Ich kann jeden alles glauben machen"), Eitelkeit (z.B. "Ich schätze es, meinen Körper anzuschauen"), Ansprüchlichkeit (z.B. "Ich bin nicht zufrieden, bevor ich nicht alles bekommen habe, was ich verdiene").

Emmons (1984) führte ebenfalls eine Faktorenanalyse des NPI durch und fand eine Vier-Faktoren-Lösung. Diese Faktorstruktur konnte in einer zweiten Untersuchung von Emmons (1987) bestätigt werden:
Faktor 1: Anspruchsdenken/Ausnutzung (z.B. "Ich erwarte viel von anderen Leuten")
Faktor 2: Führung/Autorität (z.B. "Ich habe ein natürliches Talent, Leute zu beeinflussen"),
Faktor 3: Überlegenheit/Arroganz (z.B. "Ich kann jedem alles glauben machen"),

Faktor 4: Selbstversunkenheit/Selbstbewunderung (z.B. "Ich weiß, dass ich gut bin, da mir alle das sagen").

Spangenberg (2013) hat eine Kurzform des NPI (NPI-15) psychometrisch an einer repräsentativen Bevölkerungsstichprobe (N=2512) überprüft und die 2-Faktoren-Lösung favorisiert: Führungsbegabung/-persönlichkeit (FB/FP) und Grandiosität (G). Die psychometrische Qualität der Skalen war gut (FB/FP) bzw. unbefriedigend (G). Die Validität des Verfahrens sollte weiter überprüft werden. Auch stellte die Autorin fest, dass das NPI-15 keinen pathologischen Narzissmus erfasst, sondern eine Mischung aus adaptiven und maladaptiven narzisstischen Verhaltensweisen (Spangenberg 2013).

1.6.5. Pathological Narcissim Inventory (PNI)

Das PNI wurde von Pincus et al. (2009) zur Erfassung sowohl grandioser als auch vulnerabler narzisstischer Persönlichkeitszüge entwickelt. Der Fragebogen erfasst 52 Items, die in 4 Dimensionen für narzisstische Grandiosität und in 3 Dimensionen für narzisstische Vulnerabilität eingehen. Aktuell wird am Institut für Psychologie der Universität Bern an einer deutschen Übersetzung und Validierung des PNI gearbeitet (zit. nach Doering 2012).

1.7. Epidemiologie der Narzisstischen Persönlichkeitsstörung (NPS)

Epidemiologisch betrachtet findet man keine eindeutigen Daten zur NPS, vielmehr gibt es "hochgradig auffällige Unterschiede" (Fiedler 2007), die eine "kritische Auseinandersetzung mit den Hintergründen für derartig befremdliche Diskrepanzen dringend erforderlich erscheinen" lassen (Fiedler 2007, S. 203). Wöller gibt einen Hinweis, dass die Verbreitung der narzisstischen Persönlichkeitsstörung unter 1% der Allgemeinbevölkerung (Wöller 2009, S. 426) liegt. Fiedler (1995) fasst Untersuchungsergebnisse zusammen und berichtet, dass manche Quellen angeben, dass es unter den psychisch gestörten Patienten (eine Studie mit 797 Patienten, USA) keinen gibt, der eine narzisstische Persönlichkeitsstörung hat. Eine andere epidemiologische Studie, die auch in USA 1985 durchgeführt wurde, ergab unter 609 Patienten 3% mit einer narzisstischen Persönlichkeitsstörung. Werden jedoch nur Patienten mit verschiedenen Persönlichkeitsstörungen untersucht, stieg die Zahl

der narzisstisch gestörten bis auf 16,2% (Studie von Zanarini, Gunderson u.a., zit. nach Fiedler 1995). H.-P. Hartmann (2006) erwähnt, dass in den klinischen Stichproben bis zu 22% NPS nach DSM diagnostizierbar sind (2006, S. 18). Frädrich (2000) untersuchte eine Stichprobe von 90 Strafgefangenen einer Justizvollzugsanstalt des offenen Strafvollzugs anhand des Strukturierten Klinischen Interviews für DSM-IV, Achse II (SKID-II, Spitzer et al. 1987, Wittchen u. Fydrich 1997). Es wurde die Prävalenz von Persönlichkeitsstörungen untersucht. Insgesamt betrug sie 50 Prozent. Der höchste Anteil persönlichkeitsgestörter Täter fand sich mit 78 % bei Straftaten gegen Leib und Leben und mit 71 % bei Straßenverkehrsdelikten. In der gesamten Stichprobe wurden am häufigsten Persönlichkeitsstörungen aus dem Cluster B des DSM-IV diagnostiziert. Dabei dominierte die antisoziale Persönlichkeitsstörung (33% aller Persönlichkeitsstörungen), die Borderline- und die narzisstische Persönlichkeitsstörungen betrugen jeweils 3 %, die histrionische Persönlichkeitsstörung wurde überhaupt nicht diagnostiziert.

Die Befundunterschiede bezüglich der Prävalenz kann man zumindest zum Teil damit erklären, dass es bisher keine einheitliche Theorie des Narzissmus gibt und nur die narzisstische Persönlichkeitsstörung definiert ist, die offenbar nicht das ganze Spektrum der Störungen der narzisstischen Phänomene abdeckt. Betrachtet man die Berücksichtigung des Narzissmus als separate Diagnose in den weltverbreiteten diagnostischen Manualen, ergibt sich ein stark wechselndes Bild: Im DSM-I (1952) war die narzisstische Störung vorhanden, im DSM-II (1968) nicht, in den DSM-III, DSM-III-R, DSM-IV sowie DSM-IV-TR wurden der Begriff der narzisstischen Persönlichkeitsstörung und die diagnostischen Kriterien dazu wieder eingeführt. Beim Jahreskongress der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde in Berlin 2011 forderte Fiedler, die diagnostische Kategorie NPS aus dem neuen DSM-5 zu entfernen, seine Forderung setzte sich jedoch nicht durch (zit. nach Teutsch 2012). Im ICD-9 (International Classification of Diseases der Weltgesundheitsorganisation) war der Narzissmus noch zu finden, im ICD-10 aber nicht mehr. Die narzisstische Persönlichkeitsstörung kommt lediglich im Kapitel F 6 nur unter Bezeichnung "andere Persönlichkeitsstörungen", ohne ausgeführte spezifische diagnostische Kriterien vor.

Aus dem ICD-10 wurde der Narzissmus deshalb entfernt, weil die Experten-Interreliabilität sehr gering war (zit. nach Fiedler 1995, S. 282) und man keine eindeutigen Kriterien feststellen konnte, die den Narzissmus von anderen Persönlichkeitsstörungen differenzierte, hauptsächlich von histrionischer Persönlichkeitsstörung und Borderlinestörung, denen

die narzisstische Störung laut verschiedenen Studien am nächsten zu sein scheint (s. dazu z.B. H. Saß et al. 1999). Das Konstrukt sei nicht zu definieren und nicht zu diagnostizieren, da die Merkmale sehr wenig homogen seien. Der Arbeitskreis OPD (1996) und OPD-2 (2006) hat trotzdem einen Klasifikationsvorschlag für die narzisstische Persönlichkeitsstörung unter dem Diagnoseschlüssel F 60.81 unterbreitet, wobei die Kriterien denen des DSM ähnlich sind.

1.8. Ergebnisse der Forschung zur narzisstischen Störung

Als diagnostische Kategorie wird der Narzissmus nur als NPS verwendet und kommt in den meisten bekannten diagnostischen Systemen vor, dennoch gilt er sowohl im deutsch- als auch im englischsprachigen Raum immer noch als eine "Forschungskategorie", da es letztlich sehr widersprüchliche Ergebnisse und Berichte bezüglich Epidemiologie und Erscheinungsformen des Narzissmus und der narzisstischen Störungen gibt.

Die empirischen Studien bezüglich Narzissmus kann man in zwei Bereiche unterteilen:

1) Konzeptionelle Forschung. Diese beschäftigt sich eher qualitativ mit dem Aspekt des Narzissmus als Forschungskategorie und geht davon aus, dass Narzissmus ein "unklares", ungenügend definiertes Konstrukt ist. Es wird daher systematisch versucht, konzeptionelle Probleme dieses Phänomens zu erhellen. Für diesen Zweck werden u.a. neue diagnostische Instrumente entwickelt und ihre statistischen Kennwerte untersucht (s. auch Kapitel 1.6. und 1.7. der vorliegenden Arbeit).

2) Forschung mit dominierendem empirischen Schwerpunkt. Hier wird die Definition des Narzissmus nicht hinterfragt, sondern es wird davon ausgegangen, dass die vorhandenen diagnostischen Instrumente den Narzissmus bzw. die narzisstische Störung zuverlässig messen, und es werden eher quantitative Untersuchungen mit diesen Instrumenten durchgeführt.

Vermutlich auch wegen der widersprüchlichen Auffassungen des Narzissmus steht dieses Phänomen im Allgemeinen nicht im Mittelpunkt der empirischen Forschung. Die Verfasserin konnte 22 empirische Studien zum Narzissmus finden, die in den letzten 21 Jahren

in bekannten deutsch- und englischsprachigen Fachzeitschriften und Sammelbänden publiziert worden sind. In 13 dieser Studien wurde das Narzissmusinventar (Deneke 1988) eingesetzt zur Untersuchung meistens klinischer Stichproben: bei Essgestörten (Thiel 1995, von Wietersheim 2001), in Fällen der Unfruchtbarkeit (Küchenhoff 2000) und des selbstschädigenden Verhaltens (Fliege et al. 2003). 1994 untersuchte Rogner die Brauchbarkeit des NI zur Einschätzung des Therapieerfolges (Rogner 1994). 3 Studien beschreiben die Entwicklung kürzerer Fassungen des NI (Schoeneich 2000, Neumann 2004, Daig 2010). In einer weiteren Studie wurde das NI-90 eingesetzt zur Untersuchung des Einflusses der narzisstischen Phänomene auf das Therapieergebnis (Daig 2009). Meder (2004) befasst sich mit Reliabilitätsprüfung und Normierung des NI anhand einer gesunden Vergleichsstichprobe.

Zwei Studien zur Validierung des Narzissmusinventars (konzeptionelle Forschung):

1) die erste Validierungsstudie des von Deneke (1988, 1989) neu entwickelten Instrumentes: Horlacher et al. (1991) untersuchten eine Gruppe von 32 Poliklinikpatienten, denen das NI vorgelegt wurde, nachdem bei ihnen in einem diagnostischen Interview die Diagnose einer narzisstischen Persönlichkeitsstörung festgestellt wurde. Die Ergebnisse wurden mit den Daten verglichen, die Deneke bei Patienten mit Borderline-Störungen, narzisstischen Persönlichkeitsstörungen sowie bei Gesunden festgestellt hatte. Es zeigte sich, dass die Daten den von Horlacher untersuchten Patienten im wesentlichen den Daten von Deneke untersuchten Patienten mit narzisstischen Persönlichkeitsstörungen entsprachen. In Folge wurde das Narzissmusinventar als geeignet zur Bestätigung der Diagnose der "narzisstischen Persönlichkeitsstörung" bzw. "narzisstischen Neurose" angesehen.

2) Rauchfleisch et al. (1995) untersuchten im Rahmen einer Evaluation der Validität des Narzissmusinventars 27 körperlich und psychisch gesunde Männer im Alter zwischen 30 und 45 Jahren. Neben dem Narzissmusinventar wurden den Patienten der "Fragebogen zur Erfassung von Aggressivitätsfaktoren", der "Fragebogen zur Messung der Kontrollambitionen" und das "State-Trait-Angstinventar" vorgelegt. Außerdem wurde mit den Patienten ein strukturiertes Interview zur Erfassung des Typ-A-Verhaltens durchgeführt. Die korrelationsstatistischen Analysen zeigten im Sinne der Konstruktvalidität, dass die Dimension des "bedrohten Selbst" (Subskalen 1-8) im Narzissmus-Inventar wesentlich durch Angst, Insuffizienzgefühle und aggressive Spannungen geprägt ist. Die Tatsache, dass sich sowohl bei den Korrelationsrechnungen als auch bei den Faktorenanalysen kaum

Zusammenhänge zwischen den Dimensionen des "klassisch-narzisstischen Selbst", des "idealistischen Selbst" und des "hypochondrischen Selbst" einerseits und den Variablen der anderen Fragebögen sowie des Sprachverhaltens andererseits nachweisen lassen, wird als Hinweis darauf gedeutet, dass diese Dimensionen etwas für das Narzissmusinventar Spezifisches sind, d.h. die Phänomene (nämlich die narzisstische Störung) erfassen, welche die anderen Untersuchungsinstrumente nicht in dieser Weise abzubilden vermögen (S. 275). Zusammenfassend wird festgehalten, dass die Untersuchungsbefunde für die Validität des Narzissmusinventars sprechen.

Meder (2004) untersuchte anhand einer gesunden Vergleichsstichprobe (N=273) Reliabilität und Normierung des NI und stellte in einem Retest (N=100) fest, dass die Reliabilitätswerte bis auf die Skala Kleinheitsselbst zufriedendstellend bis gut waren. Auch die Itemtrennschärfen und Zuordnungen zu den Skalen waren befriedigend. In der Hälfte der Skalen bestanden signifikante Unterschiede zw. Männern und Frauen: Ohnmächtiges Selbst, Derealisation/Depersonalisation, Kleinheitsselbst, Negatives Körperselbst, Soziale Isolierung, Archaischer Rückzug, Größenselbst, Sehnsucht nach idealem Selbstobjekt, Hypochondrische Angstbindung ($p<0,05$ bzw. $p<0,01$). Junge Menschen bis 20 J. unterschieden sich signifikant in 13 Skalen von anderen Altersgruppen.

Drei weitere nicht klinische Stichproben sind mit NI untersucht worden: in einer gesunden Stichprobe (N=38) wurde versucht, die psychoanalytischen Aspekte der Salutogenese (Lamparter 1997) zu untersuchen. Zu diesem Zweck wurden Interviews und Datenerhebung mit dem NI durchgeführt. Es wurde bei dieser Gruppe u.a. eine besondere Betonung der eigenen Autarkie und ein stets verfügbares archaisches Hoffnungspotential festgestellt.

In einer anderen nichtklinischen Stichprobe (N=222) wurden Personen untersucht, die der Hare-Krishna-Bewegung angehörten. Das Ziel dieser Studie war, die Selbstkonzeptregulation dieser Gruppe zu untersuchen. Es wurde festgestellt, dass die Angehörigen der Hare-Krishna-Bewegung durchaus über besondere Formen der Abwehr verfügen: sie erreichen durch idealisierende Übertragungen und eine Überbetonung des eigenen Wertesystems eine Stabilisierung ihres Selbsterlebens. Hohe Werte auf der Skala "Derealisation/Depersonalisation" weisen aus der Sicht der Autoren eher auf eine Ich-Schwäche der Mitglieder hin (Kraus, Eckert 1997).

Frädrich (2000) hat in seiner Studie einer Strafgefangenenstichprobe (N=90) mit NI festgestellt, dass die Werte der Skalen des NI zwischen 1,22 (niedrig, "Negatives Körperselbst") und 3,83 (hoch, "Symbiotischer Selbstschutz") liegen.

Im folgenden wird auf einige weitere Untersuchungen mit NI eingegangen, die mit klinischen Probandengruppen durchgeführt wurden.

Die Studie von Rogner (1994) untersuchte die Effekte einer individualpsychologischen Psychotherapie (Testgruppe N=45, untersucht 1 Jahr nach Beendigung einer mind. 160 Std. umfassenden Psychotherapie, als Kontrollgruppe diente eine Gruppe von 38 Personen, die eine Psychotherapie begonnen hatten). Es wurden Mittelwerte der Skalen verglichen. Festgestellt wurde u.a., dass die Testgruppe über eine effizientere narzisstische Regulation verfügte: in 8 Skalen des Narzissmusinventars von Deneke unterschieden sich die Gruppen signifikant ($p<0,05$). Die Testgruppe wies ein höheres Hoffnungspotential auf und niedrigere Werte in folgenden 7 Skalen des Narzissmusinventars: Ohnmächtiges Selbst, Affekt-/Impulskontrollverlust, Kleinheitsselbst, Sehnsucht nach idealem Selbstobjekt, Gier nach Lob und Bestätigung, Objektabwertung, Symbiotischer Selbstschutz.

Die Studie von Thiel und Schüßler zum Thema Zwangssymptome bei strukturellen Selbstdefekten am Beispiel der Anorexia und Bulimia nervosa (1995), an der 91 Patientinnen zwischen 19 und 41 Jahren teilgenommen haben, differenzierte mithilfe der Clusteranalyse zwei deutlich unterschiedliche Patientinnengruppen. Die Selbstregulation wurde mit dem NI untersucht. Im Vergleich zu den 34 Patientinnen ohne wesentliche narzisstische Störung wies die zweite Gruppe von 57 Patientinnen neben einer ausgeprägten Selbstpathologie eine signifikant höhere Zwangssymptomatik auf.

Küchenhoff et al. (2000) haben innerhalb einer großen interdisziplinären Quer- und Längsschnittstudie den Zusammenhang zwischen unerfülltem Kinderwunsch und narzisstischer Selbstwertregulation bei Männer untersucht (N=137). Es hat sich herausgestellt, dass ihre Kinderwunschmotive weniger mit Persönlichkeitsmerkmalen (Giessen-Test), viel deutlicher mit Dimensionen der Selbstwertregulation, die mit dem NI erfasst wurde, verbunden sind. Vor allem war der Einfluss des symbiotischen Selbstschutzes auf die Dimensionen Selbstaufwertung und Emotionale Stabilisierung durch das Wunschkind eindrucksvoll: je länger der Kinderwunsch als unerfüllter bestand und je schlechter der andrologische Befund war, um so mehr verstärkte sich das Verlangen nach dem Kind als Quelle narzisstischer Stabilisierung.

Von Wietersheim et al. (2001) untersuchten an Patienten mit Anorexia nervosa und Bulimia nervosa Einfüsse von stationärer psychodynamischer Psychotherapie auf Persönlichkeitsmerkmale (N=732, 712 Frauen und 20 Männer). Die Patienten wurden u.a. mit dem NI untersucht. Ein Erfolgsmaß wurde nach dem Konzept der klinischen Signifikanz definiert. Im Erfolgsmaß fanden sich bei 36% der Patienten deutliche Verbesserungen in den Skalen des NI "Negatives Körperselbst", "Ohnmächtiges Selbst", "Derealisation/Depersonalisation" sowie "Kleinheitsselbst". In diesen Skalen und in der Skala "Soziale Isolierung" zeigten sich die größten Unterschiede zwischen den Essgestörten und nicht klinischen Vergleichsgruppen. Dennoch waren die Veränderungen in der klinischen Gruppe nicht groß, die Korrelationen nach Spearmen lagen im mittleren Bereich, die Werte einer gesunden Vergleichsgruppe (Medizinstudentinnen (N=120)) wurden nicht erreicht.

Grabhorn (2002) hat anhand der Daten der Multizentrischen Essstörungsstudie Unterschiede zw. männlichen (N=33) und weiblichen (N=1138) essgestörten Patienten untersucht. Mithilfe des Narzissmusinventars ließen sich signifikanten Unterschiede in den Skalen Narzisstischer Krankheitsgewinn und Kleinheitsselbst feststellen.

Fliege et al. (2003) untersuchten Störungen der Selbstwertregulation mithilfe des NI-90 bei Patienten mit selbstschädigendem Verhalten (Unterstichprobe N=32, Gesamtstichprobe N=254). Die Patienten mit selbstschädigendem Verhalten unterschieden sich von Patienten ohne Selbstschädigung durch ein erhöhtes Ausmaß narzisstischer Selbstwertregulation in der Dimension A (das "Bedrohte Selbst"). Selbstschädigende Patienten hatten geringerere Werte für "Narzisstischen Krankheitsgewinn". Die Patienten mit offener Selbstschädigung wiesen gegenüber psychosomatischen Patienten ohne Selbstschädigung höhere Werte in den Skalen "Derealisation/Depersonalisation" und "Negatives Körperselbst" auf.

Daig (2009) untersuchte mithilfe des NI-90 die narzisstische Dimension von psychosomatischen Patienten (N=1442) und stellte fest, dass höhere Werte im "Bedrohten Selbst" und "Hypochondrischen Selbst" mit höheren Werten in Ärger, Angst und Depression einher gehen und voraussagend für ein schlechtes Therapieegebnis sind.

Kruse (2000) hat narzisstische Regulation und diabetische Stoffwechseleinstellung bei Typ-II-Diabetikern mit dem **D**üsseldorfer Fragebogen zur **na**rzisstischen Regulation **c**hronischer **E**rkrankungen (DNACE, Kruse 1994, 1996), der auf der Grundlage des NI entwickelt wurde und aus 95 Items besteht, untersucht. Von 130 Patienten wurden 49 mit Insulin, die restlichen 81 nicht medikamentös behandelt. Beide Gruppen zeigten in den

Skalen "Symbiotischer Selbstschutz", "Kämpferisches Selbstbild", "Autarkie-Ideal", "Basale Hoffnung", "Werte-Ideal" und "Idealisierung der Ärzte" die höchsten und in den Skalen "Derealisation" und "Neidgefühle" die niedrigsten Mittelwerte auf. Bei den mit Insulin behandelten Patienten wurde festgestellt, dass die, die sich vor der Behandlung als weniger hilflos eingestuft hatten, besser von der Behandlung profitierten. Mithilfe der Diskriminanzanalysen wurden Prädiktoren für den Behandlungserfolg identifiziert: ein Patient, dessen Stoffwechseleinstellung sich in der Rehabilitationsmaßnahme durch die Behandlung mit Insulin nicht verbessert, ist charakterisiert durch hohe Werte in den Skalen "Misstrauen", "Scham/Kleinheitsgefühle", "Kämpferisches Selbstbild" und durch niedrige Werte in den Skalen "Symbiotischer Selbstschutz" sowie "Werte-Ideal". Ein Patient, der nicht mit Insulin behandelt wird und nicht von der Therapie profitiert, zeigt zu Beginn der Behandlung höhere Werte in der Skala "Ohnmacht und Panik" und niedrigere Werte in der Skala "Trauer" als die Patienten, die von der Behandlung profitieren.

Neumann (2010) ging davon aus, dass der "offene" Narzissmus sich durch positive Zusammenhänge mit dem Selbstwertgefühl und mit Bindungsvermeidung zeigt sowie dass sich der "verdeckte" Narzissmus durch den negativen Zusammenhang mit dem Selbstwertgefühl und einem positiven Zusammenhang mit Bindungsangst zeigt. Der offene Narzissmus wurde mit NPI, der verdeckte Narzissmus mit NI-R (42 Items), der Selbstwert mit Rosenberg Self-Esteem-Scale sowie mit dem Felings of Inadequacy Scale und das Bindungsverhalten mit dem Bochumer Bindungsfragebogen erfasst (N=102). Wie erwartet, korrelierten NPI und NI-R kaum miteinander (r=.15), was darauf hinweist, dass diese Instrumente unterschiedliche Phänomene messen. Das NPI hing positiv mit Selbstwertgefühl (r=.39) zusammen, wogegen das NI-R negativ mit Selbstwertgefühl korrelierte (r=-.30). Bezüglich des Bindungsverhaltens korrelierte NI-R mit Bindungsangst (r=.57). Die Autorin stellt fest, dass das Selbstwertgefühl den offenen und die Bindungsangst den verdeckten Narzissmus vorhersagt.

Es konnte lediglich eine empirische Studie gefunden werden, die, allerdings an einer nichtklinischen Stichprobe (N=102), die Zusammenhänge zwischen Selbst- und Fremdeinschätzung des Narzissmus untersucht (John and Robins 1994) und feststellt, dass es wenig Übereinstimmung zwischen der Selbst- und Fremdeinschätzung der narzisstischen Phänomene gibt. Die Probanden wurden mit NPI und CPI Narzissmusskalen untersucht, die Fremdeinschätzung wurde mithilfe des DSM-III-R basierten Ratings und des CAQ – Prototypenscore durchgeführt. (r=.22 bzw. r=.34).

1.9. Allgemeine Fragestellung

Angesichts des Ungleichgewichts zw. vergleichsweise vielen klinischen sowie theoretischen und wenigen empirischen Studien zum Narzissmus zeigt sich, dass der Narzissmus diagnostisch schwer zu greifen ist. Wenn er ein komplexes Phänomen mit offenen und versteckten Aspekten ist, so entsteht die Frage, wie sich dieser in der Primärexploration äußert und wie er mit Hilfe des diagnostischen Gespräches und psychodiagnostischer Tests erfassbar ist? Kann man aus der bunten Vielfalt verschiedener klinischen Theorien des Narzissmus etwas herausfiltern, was dem Kliniker helfen kann, die Diagnose der narzisstischen Störung zu sichern? Sind die klinischen psychoanalytischen Theorien, die alle Entwicklung als Paradigma innehaben und u.a. behaupten, dass die Persönlichkeitsstörung erst *im Laufe* (Kursiv der Verfasserin) der Behandlung zum Vorschein kommt (vgl. Tress, Leitlinien der AWMF 2002), als theoretische Grundlage für die "Querschnittsdiagnostik" (Erstinterviewverfahren) geeignet? Ist es "der gleiche" Narzissmus, den die Kliniker meinen und den die psychodiagnostischen Instrumente erfassen (Fremd- und Selbsteinschätzung)? Kann man ein brauchbares, kompaktes Instrument für die Fremdeinschätzung des Narzissmus entwickeln?

Unter der Annahme, dass der Narzissmus als (klinisches) Phänomen existiert und bereits im Erstkontakt mit einem Psychotherapeuten im diagnostischem Gespräch zum Ausdruck kommt, stellt sich die Frage, was meint der Kliniker, wenn er zum Beispiel in einer psychotherapeutischen Ambulanz bereits in den Erstinterviewbesprechungen einen Patienten als "narzisstisch" beschreibt? Ist es "nur ein Gefühl" des Klinikers, das keine empirische Relevanz hat? Findet der Kliniker bei seinen Patienten Eigenschaften, die für narzisstisch gehalten werden und in diagnostische Manuale wie DSM eingehen (übertriebenes Selbstwertgefühl, Größenphantasien, Neid, Empathiemangel und Arroganz in den zwischenmenschlichen Beziehungen etc.), oder fußt die Einschätzung "narzisstisch" auf anderen Merkmalen, wie z.B. Kränkbarkeit, emotionale Labilität sowie Verletzbarkeit und infolge dessen Rückzugstendenzen, die nicht in das DSM eingegangen sind, in der Fachliteratur jedoch als "vulnerabler Narzissmus" (Wink 1991, zit. nach Neumann 2010) beschrieben werden?

Beeinflusst der Narzissmus die Untersuchungssituation und findet er seinen Niederschlag in Selbst- und Fremdeinschätzungsfragebögen, z.B. in Standardpsychodiagnostik, wie dem SCL-90-R, IIP-D, GBB, FPI-R, die im Rahmen der Qualitätssicherung routinemäßig

durchgeführt wird und den Narzissmus primär nicht erfasst? Gibt es eine Übereinstimmung zwischen Selbst- und Fremdeinschätzung? Geht eine narzisstische Störung mit einer eher höheren oder eher mit einer niedrigeren psychosomatischen und psychosozialen Beeinträchtigung einher?

Die vorliegende Studie hat folgende Ziele:

1) Entwicklung eines Fremdeinschätzungsinstruments zur Diagnostik des Narzissmus für die klinische Praxis,

2) Untersuchung des Ausdrucks des Narzissmus in der Erstuntersuchungssituation,

3) Optimierung des diagnostischen Prozesses der narzisstischen Störung in der Erstuntersuchungssituation i. S. der Qualitätssicherung.

Die Studie ist mit diesen Zielen an der Schnittstelle zwischen der "Empirie" (Psychodiagnostik und Qualitätssicherung des diagnostischen Prozesses mithilfe der standardisierten Tests, quantitative Forschung) und der "Klinik" (Entscheidungsprozesse des Klinikers infolge seiner "Haltung", seines "Gefühls", die durch Manuale wie z.B. DSM, aber auch durch Faktoren wie Erfahrung oder Therapieschulezugehörigkeit beeinflusst werden) anzusiedeln. In dieser Arbeit wurde von der Annahme ausgegangen, dass die "Klinik" für die "Empirie" und umgekehrt bereichernd sein können und sollten.

1.10. Fragestellungen und Hypothesen

1.10.1. Fragestellungen

Fragestellung zur Methodik

1. Läßt sich ein kompakter brauchbarer Fragebogen zur Einschätzung des Narzissmus aus Psychotherapeutensicht entwickeln?

2. Welche Beziehung besteht zw. der Fremdeinschätzung (Psychotherapeutenfragebogen) und der Selbsteinschätzung des Narzissmus?

3. Können Selbsteinschätzungsfragebögen für die Diagnostik einer narzisstischen Störung gebraucht werden, wenn unbewusste Prozesse naturgemäß nicht selbst einzuschätzen sind?

4. Wenn die Annahme stimmt, dass viele Persönlichkeitsmerkmale in der Erstuntersuchungssituation der Introspektion des Patienten in der Regel unzugänglich sind (Abwehrprozesse), sollte die Fremdeinschätzung von besonderer Bedeutung sein?

Fragestellungen zum Zeitpunkt

5. Wie häufig wird die narzisstische Störung in der Erstuntersuchung in der psychotherapeutisch-psychosomatischen Ambulanz diagnostiziert?

Fragestellungen zum Konstrukt "Narzissmus"

6. Schätzen sich die narzisstisch beeinträchtigten Personen tatsächlich als "unverwundbar und gesund" ein, d.h. welche Beziehung besteht zw. narzisstischer Beeinträchtigung und allgemeiner Psychopathologie?

7. Welche Beziehung besteht zwischen narzisstischer Beeinträchtigung und paranoidem Denken, d. h. welche Werte zeigen narzisstisch beeinträchtigte Personen in der Skala "paranoides Denken" im SCL-90-R?

1.10.2. Hypothesen:

H1a. Narzissmus lässt sich bereits in der Erstuntersuchung bei einigen Patienten feststellen.

H1b. Narzissmus beeinflusst die Gestaltung der therapeutischen Beziehung und die Wahrnehmung des Patienten durch den Therapeuten.

H2. In der Einschätzung des Narzissmus spielt die Wahrnehmung der Kränkbarkeit durch den Psychotherapeuten eine bedeutsame Rolle.

H3. In der Beurteilung des Narzissmus kommt es zu keiner signifikanten Übereinstimmung zwischen der Selbst- und Fremdeinschätzung.

H 4. Narzisstische Störung geht mit Besonderheiten in den Ergebnissen der testpsychologischen Diagnostik einher.

H4a. Narzisstische Beeinträchtigung geht mit niedrigen Werten in SCL-90-R einher, außer in der Skala Nr. 8 (paranoides Denken).

H4b. Narzisstisch gestörte Personen zeigen in den IIP-D Skalen Nr. 6 (Zu ausnutzbar/ nachgiebig) und Nr. 7 (Zu fürsorglich/freundlich) niedrige Werte.

2. Material und Methoden

2.1. Rahmenbedingungen, Vorgehensweise der Studie und Studienteilnehmer

Die vorliegende Untersuchung analysierte das psychodiagnostische Material von n=261 Patienten und n=16 Psychotherapeuten. Alle Patienten, die sich vom April 2001 bis Ende Februar 2002 in der psychotherapeutisch-psychosomatischen Ambulanz der Klinik für Psychotherapie und Psychosomatische Medizin des Universitätsklinikums Ulm vorgestellt hatten, wurden gebeten, neben dem Anamnesefragebogen, den sie per Post vor dem Vorgespräch erhielten, sowie neben dem Erstinterviewfragebogen, den sie vor dem Gespräch in der Ambulanz bekamen, für den Zweck der Studie das Narzissmusinventar (NI, Deneke 1988) auszufüllen. Diese Fragebögen werden im Kapitel 2.2.1. vorgestellt. Die Psychotherapeuten haben das psychodiagnostische Interview mit diesen Patienten durchgeführt und anschließend zu den jeweiligen Patienten den "Therapeutenfragebogen" und einen von der Autorin entwickelten Fragebogen "Zur klinischen Einschätzung des Narzissmus" (KEN) mit 18 Items ausgefüllt (s. unten und Anhang 1).

Von insgesamt gefragten 358 Patienten haben **297** Patienten das NI ausgefüllt (83%). 14 Inventare davon waren nicht auswertbar oder es fehlte der KEN des Therapeuten. Eine Untergruppe der Patienten eines Therapeuten, der nur in der Phase der Datenerhebung der zweiten Stichprobe teilgenommen hatte, wurden ausgeschlossen (n=22), so blieben 261 vollständigen Datensätze (**73%** von der gesamten Patientenzahl, die sich im Zeitraum der Studie in der Ambulanz vorgestellt hat).

Die gesamte Patientenstichprobe (n=261) wurde in zwei Stichproben unterteilt. Die zweite Stichprobe (n=151) diente zur Validierung der aus der Untersuchung der ersten Stichprobe (n=110) gewonnenen Ergebnisse. Für die 1. Stichprobe wurden die ersten 120 Datensätze bestimmt in der Annahme, dass sich daraus sicher 100 auswertbare Datensätze ergeben würden. Es ergaben sich jedoch gar 110 Datensätze. Die Größe der 2. Stichprobe wurde durch die Festlegung des zeitlichen Endpunktes der Datenerhebung bestimmt.

Die Routinedokumentationsdaten (Anamnese-, Erstinterview- und Therapeutenbogen) wurden im Datenaufbewahrungs- und Verarbeitungssystem PADOS (**PA**tienten**DO**kumentations**S**ystem) von den Mitarbeitern der damaligen Abteilung Psychotherapie und Psychosomatische Medizin des Uniklinikums Ulm betreut, verarbeitet und zum Zweck dieser Studie anonymisiert an die Autorin weitergegeben. Die Untersuchung wurde im Rahmen der

Qualitätssicherung durchgeführt. Die gesamte Datei, die aus den "Narzissmus"- und "Routinedokumentationsdateien" besteht, wird in einer Extradatenbank anonymisiert aufbewahrt.

2.2. In der Studie verwendete diagnostische Instrumente

2.2.1. Die meisten in der Studie verwendeten Instrumente waren Bestandteile der **Routinediagnostik** der psychotherapeutisch-psychosomatischen Ambulanz:

2.2.1.1. Anamnesebogen für den Patienten, der die wesentlichen demographischen und soziographischen Daten erfasst. Die aktuelle Fassung dieses Fragebogens war seit Oktober 1997 in der Ambulanz im Einsatz. Diese Fassung ist infolge einer Modernisierung und Standardisierung der Basisdokumentation entstanden. Der Fragebogen beinhaltet einerseits Elemente des ursprünglichen, mehrfach modifizierten Anamnesebogens, der in der Ambulanz seit ihrer Gründung 1976 verwendet wurde, andererseits ist er größtenteils an den Anamnesefragebogen des standardisierten diagnostischen Systems "**AK**tive interne **QAL**itäts**SI**cherung (**AKQUASI**, Kordy 1995, 2002) angeglichen.

2.2.1.2. Erstinterviewbogen für den Therapeuten. Dieser Fragebogen kam auch seit Oktober 1997 in der Ambulanz zur Anwendung. Der Fragebogen beinhaltet die Einschätzung der körperlichen, psychischen und sozialen Symptomatik, ICD-10 Diagnosen, Anamnese, Vorbehandlungen. Im weiteren schätzt der Therapeut die Beeinträchtigung und das psychosoziale Funktionsniveau des Patienten ein mit Hilfe des "Beeinträchtigungs-Schwere-Score" (BSS) und "Global Assessment of Functioning" (GAF). Anschließend werden die Motivation zur vorgesehenen Behandlung eingeschätzt, das Behandlungsziel und die therapeutische Beziehung mit Hilfe einer verkürzten (9 Items) Version des Fragebogens zur Therapeutischen Beziehung (Helping Alliance Questionnaire, HAQ, Luborsky 1984).

2.2.1.3. Erstinterviewbogen für den Patienten, der auch an AKQUASI angeglichen und seit Oktober 1997 in der Ambulanz verwendet wurde, besteht aus zwei Teilen:

2.2.1.3.1. Im 1. Teil schätzt der Patient sein aktuelles Wohlbefinden, Lebensqualität und momentane Probleme ein und gibt an, wie oft er im letzen Jahr professionelle Hilfe in Anspruch genommen hat.

2.2.1.3.2. Der zweite Teil besteht aus folgenden psychometrischen klinischen Selbsteinschätzungstests: der Giessener Beschwerdebogen (GBB-24), die Symptom-Checkliste von Derogatis – Deutsche Version (SCL-90-R), das Inventar zur Erfassung Interpersonaler Probleme (IIP-D) und das Freiburger Persönlichkeitsinventar (FPI-R).

2.2.1.3.2.1. Der Giessener Beschwerdebogen (GBB-24)

(Brähler E, Scheer JW, 1975, 1995)

Der Fragebogen hat eine weite Anwendung im klinischen Bereich als ein valides Instrument zur Erfassung der aktuell subjektiv wahrgenommenen psychosomatisch relevanten Beschwerden bei Erwachsenen ab 16 Jahren sowie zu Qualitätssicherungszwecken. Reliabilität: die *interne Konsistenz* (Cronbach's Alpha) liegt anhand der Datenanalyse in mehreren großen klinischen sowie nichtklinischen Stichproben zw. α_{min}=.74 und α_{max}=.87 und ist somit als hoch (Bühl 2000, S. 507) einzuschätzen.

In der Studie wurde die Kurzversion des GBB mit 24 Items verwendet (GBB-24). Die vier faktorenanalytisch erfassten Skalen beinhalten je 6 Items. Die Antwort ist fünfstufig skaliert (nicht=0, kaum=1, einigermaßen=2, erheblich=3, stark=4), der maximale Wert beträgt 24 Punkte in jeder Skala. Die Summe der Werte in den einzelnen Skalen bildet einen Sammelwert ("Beschwerdedruck"), der max. 96 Punkte beträgt. Die Normwerte der jeweiligen Skalen sowie je ein Beispiel zu jeder Skala sind in der **Tabelle 3.** dargestellt.

Tab. 3. Normwerte und Itembeispiele des Giessener Beschwerdebogens (GBB-24) (Brähler E, Scheer JW 1975, 1995)

M: Mittelwert S: Standardabweichung

Skala	Beispiel	Normstichprobe		Patientenstichprobe	
		M	S	M	S
Erschöpfung	Schwächegefühl	3,97	4,02	11,13	6,38
Magenbeschwerden	Druck- oder Völlegefühl im Bauch	2,54	3,43	4,91	4,37
Gliederschmerzen	Nacken- oder Schulterschmerzen	5,04	4,34	8,58	5,57
Herzbeschwerden	Stiche, Schmerzen oder Ziehen in der Brust	2,12	3,28	5,63	5,12
Beschwerdedruck	-	13,68	12,82	30,13	16,39

2.2.1.3.2.2. Die Symptom-Checkliste (SCL-90-R), deutsche Version

(Derogatis 1953, Franke GH 1995)

Der SCL-90-R ist ein Instrument zur Erfassung subjektiver Beeinträchtigung durch körperliche und psychische Symptome innerhalb eines Zeitraumes von 7 Tagen und wird im Rahmen der Primärdiagnostik und auch zur Messung des Psychotherapieeffektes benutzt. "Der Einsatz des Verfahrens ersetzt aber nicht das Stellen der psychiatrischen Diagnosen, das nur durch Fremdbeurteilungsprozesse erfolgen kann" (Franke 2002, S. 299).

Der Fragebogen erfasst 90 Items, die in einer fünfstufigen Skala beantwortet werden (überhaupt nicht=0 bis sehr stark=4) und mittels Faktorenanalyse in neun Skalen eingehen. Neben den Skalenwerten gibt es drei globale Kennwerte, von denen der *global severity index* (GSI), der die grundsätzliche psychische Belastung misst, am bekanntesten ist. Zur Reliabilität des Fragebogens ist zu vermerken, dass die *interne Konsistenz* (Cronbach's Alpha) anhand der Datenanalyse in mehreren großen klinischen sowie gesunden Stichproben mit zw. α_{min}=.61 und α_{max}=.97 als zufriedenstellend bis sehr gut einzuschätzen ist. Die Skalen, je ein Item als Beispiel und die Normwerte sind in der **Tabelle 4.** dargestellt.

Tab. 4. Skalen, Itembeispiele und die Normwerte der Symptom Checkliste (SCL-90-R) (Derogatis 1953, Franke GH 1995)

M: Mittelwert S: Standardabweichung

	Skala	Itembeispiel	Norm-stichprobe		Patienten-Stichprobe	
			M	S	M	S
1.	Somatisierung	"Wie sehr litten Sie in den letzten 7 Tagen unter Kopfschmerzen?"	0,49	0,39	0,95	0,75
2.	Zwanghaftigkeit	"... dem Zwang, wieder und wieder nachzukontrollieren, was Sie tun?"	0,46	0,45	1,29	0,81
3.	Unsicherheit in Sozialkontakt	"... Verletzlichkeit in Gefühlsdingen?"	0,47	0,46	1,27	0,86
4.	Depressivität	"...dem Gefühl, sich zu viele Sorgen machen zu müssen?"	0,48	0,42	1,57	0,90
5.	Ängstlichkeit	"... plötzlichem Erschrecken ohne Grund?"	0,40	0,34	1,13	0,86
6.	Aggressivität/ Feindseligkeit	"... dem Gefühl, leicht reizbar oder verärgerbar zu sein?"	0,43	0,42	1,01	0,83
7.	Phobische Angst	"... Nervosität, wenn Sie alleine gelassen werden?"	0,26	0,25	0,74	0,88
8.	Paranoides Denken	"... mangelnder Annerkennung Ihrer Leistungen durch andere?"	0,50	0,58	1,10	0,81
9.	Psychotizismus	"... Hören von Stimmen, die sonst keiner hört?"	0,25	0,43	0,72	0,66
	Global severity index		0,42	0,44	1,13	0,67

2.2.1.3.2.3. Inventar zur Erfassung interpersonaler Probleme (IIP-D)

(Horowitz LM, Strauß B, Kordy H 1988, 1999)

Das IIP eignet sich zur klinischen Individualdiagnostik und zur Verlaufsdiagnostik in der Psychotherapie. Die strukturelle Grundlage des IIP stellt ein Circumplex dar. Das zugrunde liegende interpersonelle Modell geht auf Sullivan (1953) zurück und basiert auf Grundannahmen, dass alle interpersonalen Verhaltensweisen entlang der Achsen eines zweidimensionalen Raumes beschreibbar sind: eine Dimension, Zuneigung oder Fürsorge, reicht von extrem feindseligem zu liebevollen Verhalten, die zweite Dimension, Macht, Kontrolle, Dominanz, von unterwürfigem bis zu dominanten Verhalten. Die semantische Struktur des Modells wurde in mehreren faktorenanalytischen Untersuchungen bestätigt. Die *interne Konsistenz* liegt zw. α_{min}=.36 und α_{max}=64 (niedrig bis zufriedenstellend).

Meistens wird eine Kurzfassung des Fragebogens benutzt. Das sind 64 Items, die in einer fünfstufigen Skala beantwortet werden können (nicht=0, wenig=1, mittelmäßig=2, ziemlich=3, sehr=4) und faktorenanalytisch 8 Skalen, die je 8 Items umfassen, zugeordnet sind. Der maximale Wert in einer Skala beträgt 32 Rohpunkte. Die Skalen, je ein Item als Beispiel und die Normwerte (standardisiert) sind in der **Tabelle 5.** dargestellt.

Tab. 5. Skalen, Itembeispiele und die standardisierten Normwerte des IIP-D (Horowitz LM, Strauß B, Kordy H 1988, 1999)

IIP-D: Inventar zur Erfassung interpersonaler Probleme M: Mittelwert S: Standardabweichung

	Skala	Itembeispiel	Norm-stichprobe		Patienten-Stichprobe	
			M	S	M	S
1.	zu autokratisch/ dominant	"Ich bin zu sehr darauf aus, andere zu kontrollieren"	1,04	0,65	0,86	0,58
2.	zu streitsüchtig/ konkurrierend	"Ich streite mich zuviel mit anderen"	1,01	0,55	1,07	0,55
3.	zu abweisend/ kalt	"Ich halte mir andere zu sehr auf Distanz"	1,14	0,68	1,22	0,67
4.	zu introvertiert/ sozial vermeidend	"Ich bin vor anderen Menschen zu verlegen"	1,27	0,76	1,66	0,89
5.	zu selbstunsicher/ unterwürfig	"Es fällt mir schwer, wenn nötig, standfest zu sein"	1,46	0,78	2,04	0,83
6.	zu ausnutzbar/ nachgiebig	"Es fällt mir schwer, anderen gegenüber "nein" zu sagen"	1,49	0,68	1,96	0,76
7.	zu fürsorglich/ freundlich	"Es fällt mir schwer, anderen Grenzen zu setzen"	1,57	0,65	2,01	0,72
8.	zu expressiv/ aufdringlich	"Es fällt mir schwer, bestimmte Dinge für mich zu behalten"	1,20	0,62	1,19	0,64
	Gesamtscore		1,26	0,51	1,50	0,48

2.2.1.3.2.4. Freiburger Persönlichkeitsinventar (FPI-R)

(Fahrenberg J, Hampel R, Selg H, 1970, 1995)

Das FPI kann zur Erfassung von Persönlichkeitsmerkmalen und in der klinischen Diagnostik eingesetzt werden. Das Instrument erfasst 10 relativ stabile Persönlichkeitseigenschaften sowie zwei Konstrukte E und N (Extraversion und Emotionalität i. S. von Neurotizismus von Eysenck). Die Differenzierung in diese Eigenschaften erfolgte hypothetisch-deduktiv und empirisch-induktiv und wurde durch faktoren- und itemanalytische Befunde gerechtfertigt. Die interne Konsistenz der Skalen (zw. α_{min}=.73 und α_{max}=.83) ist als hoch einzuschätzen. Das FPI-R stellt eine revidierte Testversion dar. Die 138 Items sind 12 Skalen zugeordnet, die je 12 bzw. 14 Items umfassen. Die Antwort ist dichotom ("stimmt", "stimmt nicht"). Der maximale Rohwert beträgt 12 bzw. 14 Punkte pro Skala. Skalen, je ein Item als Beispiel und die Normwerte sind in der **Tabelle 6.** dargestellt.

Tab. 6. Skalen, Itembeispiel und die rohen Normwerte des FPI-R (Fahrenberg J, Hampel R, Selg H, 1970, 1995)

FPI-R: Freiburger Perönlichkeitsinventar, revidierte Fasssung
M: Mittelwert S: Standardabweichung

	Skala	Itembeispiel	Norm-stichprobe		Patienten-Stichprobe	
			M	S	M	S
1.	Lebens-zufriedenheit	"Ich habe (hatte) einen Beruf, der mich voll befriedigt"	6,74	3,37	3,16	2,71
2.	Soziale Orientierung	(-) "Ich finde, jeder Mensch soll sehen, wie er zurecht kommt"	6,68	2,61	7,67	2,28
3.	Leistungs-orientierung	"Ich bin leicht beim Ehrgeiz zu packen"	6,81	2,90	5,36	2,82
4.	Gehemmtheit	"Ich bin ungern mit Menschen zusammen, die ich noch nicht kenne"	5,25	3,10	7,04	3,08
5.	Erregbarkeit	"Mein Blut kocht, wenn man mich zum Narren hält"	6,22	2,97	8,43	2,85
6.	Aggressivität	"Es macht mir Spaß, anderen Fehler nachzuweisen"	4,04	2,71	3,62	2,34
7.	Beanspruchung	"Ich bin oft nervös, weil zu viel auf mich einströmt"	6,35	3,63	7,98	3,28
8.	Körperliche Beschwerden	"Ich habe Schwierigkeiten einzuschlafen oder durchzuschlafen"	4,03	2,74	5,66	2,81
9.	Gesundheits-sorgen	"Um gesund zu bleiben, achte ich auf ein ruhiges Leben"	5,70	2,78	4,36	2,83
10.	Offenheit	"Manchmal schiebe ich etwas auf, was ich sofort tun sollte"	6,07	2,88	6,57	2,59
11.	Extraversion	"Ich habe fast immer eine schlagfertige Antwort bereit"	7,27	3,41	5,12	3,34
12.	Emotionalität	"Ich habe manchmal das Gefühl der Teilnahmslosigkeit und inneren Leere"	6,74	3,65	9,99	2,99

2.2.2. Narzissmusinventar von Deneke u. Hilgenstock (NI, 1988)

Zur Diagnostik des Narzissmus und zum Vergleich mit dem neu entwickelten Fremdeinschätzungsinstrument, dem "Fragebogen zur klinischen Einschätzung" (KEN), wurde ein bereits bekanntes Messinstrument, das Narzissmusinventar von Deneke u. Hilgenstock (1988) verwendet. Das NI wurde ausführlich im Einführungsteil (Kapitel 1.6.1., S. 24-25) dargestellt.

2.2.3. Fragebogen zur Therapeutischen Beziehung (Helping Alliance Questionaire, HAQ, Luborsky 1984, 1986, deutsch von Bassler et al. 1993, 1995)

Luborsky zeigte, dass neben dem Verstehen und der Sicherung der Nachhaltigkeit der Therapiefortschritte eine tragfähige therapeutische Beziehung von entscheidender Bedeutung für den Therapieerfolg ist (1976, 1984, 1986). Er entwickelte zwei Fragebögen, je einen für den Patienten und für den Therapeuten. In der vorliegenden Studie wurde der Therapeutenfragebogen verwendet, der in der verkürzten Fassung 9 Items erhält (der Patientenfragebogen war bedauerlicherweise kein Bestandteil der Standardtestbatterie). Die Items beziehen sich auf die therapeutischen Kompetenzen wie Empathie ("Ich habe den Eindruck, dass ich mich in den Patienten einfühlen kann"), auf die Einschätzung des Patienten ("Ich glaube, dass der Patient für die Behandlung ausreichend motiviert ist") und die Einschätzung der Beziehung ("Ich erlebe die therapeutische Arbeit als angenehm"). Die Fragen können im Rahmen eines semantischen Differentials (von +3 bis -3) beantwortet werden. Die *interne Konsistenz* (Cronbach's Alpha) liegt für den Patientenfragebogen zw. α_{min}=.84 und α_{max}=.89 (Basler 1995), für die Relabilität des Therapeutenbogens konnten in der zugänglichen Literatur keine Daten gefunden werden. In der vorliegenden Studie betrug das Cronbach's Alpha des Therapeutenbogens (9 Items) in der 1. Stichprobe (N=108) α**=.93**, in der 2. Stichprobe (N=151) α**=.94**, somit ist die Reliabilität als sehr gut einzuschätzen.

2.3. Die Entwicklung des Fragebogens zur klinischen Einschätzung des Narzissmus (KEN)

Für die Erfassung der quantifizierbaren Aussage des Psychotherapeuten bezüglich einer narzisstischen Störung des Patienten wurde die Entwicklung eines Fremdeinschätzungsfragebogens vorgenommen. In der Ambulanz der damaligen Klinik für Psychotherapie und Psychosomatische Medizin des Universitätsklinikums Ulm wurden die ICD-10 Diagnosen gestellt. Für die narzisstische Störung sind dort keine diagnostischen Kriterien aufgeführt. Strukturdiagnosen werden anhand des ICD-10 überhaupt nicht gestellt. Narzisstische Störung kommt im ICD-10 ganz am Rande vor, besitzt keine eigene Kodierungsziffer und ist unter "anderen Persönlichkeitsstörungen" (ICD-10 F 60.8) als "narzisstische Persönlichkeitsstörung" zu finden.

Schon angesichts der zwischenzeitlich gängigen Auffassung, dass der Narzissmus sowohl gesund als auch krank sein kann, scheint er eher eine dimensionale und nicht nur eine klinische Größe zu sein. Es ist daher naheliegend, dass der Narzissmus nicht nur als Persönlichkeitsstörung vorkommt und erfasst werden kann, sondern sich auch in "milderen" Ausprägungsstufen, z. B. auf der Ebene einer Neurose, äußern und u.a. die Entstehung neurotischer Symptome mitverursachen kann. Beim Konstruieren des Fragebogens wurde deshalb auf die einengende Bezeichnung "narzisstische Persönlichkeitsstörung" verzichtet und eine allgemeinere Formulierung "narzisstische Störung" vorgenommen.

Beim Konstruieren des Fragebogens wurde großer Wert darauf gelegt, dass er zum einen narzissmusrelevante Merkmale erfasst, jedoch aus ökonomischen Gründen so knapp wie möglich bleibt. Deshalb hat die Verfasserin sich auf eine minimale Zahl von Items beschränkt und die Items kurz formuliert.

Der Fragebogen besteht aus 18 Items, narzissmusrelevant sind 16. Neun Items von diesen 16 erfassen die Merkmale, die als Kriterien für die Diagnostik der narzisstischen Persönlichkeitsstörung im DSM-IV aufgeführt sind (hier aus Brauchbarkeitsgründen verkürzt formuliert).

Items, die anhand von 9 Kriterien der narzisstischen Persönlichkeitsstörung des DSM-IV formuliert wurden (die Nummer ist die Nummer des Items im Fragebogen):

2. Sie/Er ist der Ansicht, dass sie/er ganz besonders ist.

3. Sie/Er zeigt ein übertriebenes Selbstwertgefühl.

4. Sie/Er beschäftigt sich mit "Größenphantasien".
6. Ihre/Seine Empathie ist gestört.
7. Sie/Er verlangt nach Bewunderung.
9. Sie/Er legt ein Anspruchsdenken an den Tag.
10. Sie/Er nützt zwischenmenschliche Beziehungen aus.
11. Sie/Er ist neidisch oder projiziert den Neid.
12. Sie/Er benimmt sich arrogant.

Zu diesen 9 wurden weitere 6 Items hinzugefügt, die in der Fach-, vor allem psychoanalytischen Literatur (s. Kernberg, Kohut, Kapitel 1.2. und 1.3. der vorliegenden Arbeit) und auch in der klinischen Praxis häufig mit einer narzisstischen Störung in Zusammenhang gebracht werden. Das sind folgende Items (die Nummer ist die Nummer des Items im Fragebogen):

1. Ihr/Sein Selbstwertproblem ist zentral.
5. Sie/Er ist kränkbar.
13. Sie/Er ist schnell aus dem Gleichgewicht zu bringen.
14. Sie/Er ist schnell verletzt und zieht sich zurück.
15. Sie/Er empfindet innere Leere.
16. Sie/Er hat depressive Einbrüche, stabilisiert sich aber relativ schnell.

Zwei weitere Items (die Nummer ist ebenfalls die Nummer des Items im Fragebogen) wurden für die zusätzliche Erhebung der (emotionalen) "therapeutischen Reaktion" des Interviewers/- Therapeuten im Gespräch eingeführt.

8. Ich finde sie/ihn sympathisch.
17. Ihre/Seine Schilderung war mir gut nachvollziehbar.

Das letzte, 18. Item diente zur **direkten Einschätzung** der narzisstischen Störung.

Die Antwortmöglichkeit wurde nicht dichotom konzipiert, sondern es wurden drei Antwortkategorien vorgesehen ("Sehr selten", "Teils-teils", "Fast immer"), um die Ausprägung verschiedener Merkmale differenzierter einschätzen zu können.

Die statistischen Kennwerte des Fragebogens (Reliabilität, Validität) sind im Ergebnisteil (Kapitel 3.2.), der Fragebogen selbst im **Anhang** dargestellt.

2.4. In der Studie verwendete Daten

2.4.1. Anamnestische, soziodemographische Daten

Sie wurden aus dem **Anamnesebogen** des Patienten gewonnen.

- Geschlecht, Geburtsjahr,
- Partnersituation, Kinder (ja, nein),
- höchster Schul- und Berufsabschluss, Berufsgruppe,
- psychosomatisch-psychotherapeutische Vorbehandlungen (1=ja, 2=nein),
- Inanspruchnahme der ärztlichen Hilfe (1=selten, 2=häufig),
- Krankschreibung in den letzten 12 Monaten (Dauer in Wochen),
- Therapiemotivation (nicht=0, eher nicht=1, mittelmäßig=2, ziemlich=3, sehr =4).

2.4.2. Aus dem **Therapeutenfragebogen** gewonnene Daten:

- Psychische und soziale Symptomatik des Patienten in der Einschätzung des Therapeuten,
- Therapeutische Beziehung, Globalwert (HAQ).

2.4.3. Aus dem Patienteninterviewbogen gewonnene Daten:

- Momentane Probleme (jedes Problem definiert durch eine ihr zugeordnete Nummer)**,**
- GBB-24 Itemwerte, Skalenwerte sowie Globalwert,
- SCL-90-R Itemwerte, Skalenwerte sowie Globalwert (GSI),
- IIP-D Itemwerte, Skalenwerte sowie Globalwert,
- FPI-R Itemwerte und Skalenwerte.

2.4.4. Items-, Skalen-, Faktoren- und Globalwerte des **Narzissmusinventars** (NI, Deneke).

2.4.5. Items- und Gesamtwerte sowie die "Direkte Einschätzung" (Item Nr. 18) des **Fragebogens zur Klinischen Einschätzung** (KEN).

2.4.6. Aus dem Datenaufbewahrungs- und -verarbeitungssystem der Ambulanz (**PADOS**):

- verschlüsselte ICD-10 Diagnosen (1.ste, 2.te und 3.te Diagnosen),
- abschließende Vereinbarung.

2.5. Statistische Auswertung

Die Daten wurden mit Hilfe des Statistikprogramms in verschiedenen Versionen bis SPSS 20.0 für Windows ausgewertet. Alle Korrelationsrechnungen wurden mit Hilfe der nichtparametrischen Statistik (Rangkorrelationskoeffizient nach Spearmann und Kendall) durchgeführt. Die Ergebnisse wurden anhand der Datenanalyse der ersten Stichprobe (die ersten 110 Datensätze) gewonnen. Die Validität dieser Ergebnisse wurden anhand der Datenanalyse der zweiten Stichprobe (weitere 151 Datensätze) überprüft.

2.5.1. Zuerst wurde **die Qualität und die Brauchbarkeit des Fragebogens zur Klinischen Einschätzung des Narzissmus (KEN),** des neuentwickelten Fremdeinschätzungsinstruments, untersucht:

Die **Reliabilität** des neu entwickelten KEN wurde mithilfe von Faktoren- und Clusteranalysen untersucht. Auch wurden Item- und Skaleninterkorrelation sowie interne Konsistenz des Fragebogens (Cronbach's Alpha) berechnet.

Die **Validität** des KEN wurde mit Hilfe der nichtparametrischen Statistik (Rangkorrelationskoeffizient nach Spearmann und Kendall) untersucht. Mangels eines vergleichbaren Fremdeinschätzungsinstruments zur Einschätzung einer narzisstischen Störung wurden die Skalen- und Gesamtwerte des KEN mit der Direkten Einschätzung des KEN (das 18.te, im Fragebogen nicht nummerierte Item "Bei dieser Patientin/diesem Patienten liegt eine narzisstische Störung vor") in Beziehung gesetzt.

2.5.2. Als Nächstes wurden das **Vorkommen des Narzissmus** in der Erstuntersuchungssituation und **der Einfluss des Narzissmus auf die Gesprächssituation** untersucht (**Hypothesen 1a. und 1b.** "Narzissmus lässt sich bereits in der **Erstuntersuchung** bei einigen Patienten feststellen" und "Narzissmus beeinflusst die **Gestaltung der therapeutischen Beziehung** und die **Wahrnehmung des Patienten durch den Therapeuten**"). Dabei wurden zum Einen der Narzissmusglobalwert (NI) gemessen und zum Anderen die Zusammenhänge zwischen dem Gesamtwert der Narzisstischen Störung (KEN) und der "Emotionalen Reaktion" des Interviewers/Therapeuten (Item 8. "Ich finde sie/ihn sympathisch" und Item 17. "Ihre/Seine Schilderung war für mich nachvollziehbar" des KEN) sowie mit dem Wert des Fragebogens zur Therapeutischen Beziehung (HAQ) mittels Korrelationsrechnung untersucht.

2.5.3. Die **Hypothese 2.** ("In der Einschätzung des Narzissmus spielt die **Wahrnehmung der Kränkbarkeit durch den Psychotherapeuten** eine bedeutsame Rolle") wurde mithilfe der Analyse der Rangkorrelation einzelner Items des KEN mit dem Gesamtwert des KEN untersucht.

2.5.4. Zur Prüfung der **Hypothese 3.** ("In der Beurteilung des Narzissmus kommt es zu keiner signifikanten **Übereinstimmung zwischen der Selbst- und Fremdeinschätzung**") wurden die Korrelationen zwischen Narzissmuswerten im Narzissmusinventar (NI) und Narzissmuswerten aus dem Fragebogen zur Klinischen Einschätzung (KEN) analysiert.

2.5.5. Die Prüfung der **Hypothesen Nr. 4a. und 4b.** ("Narzisstische Störung geht mit **Besonderheiten in den Ergebnissen der testpsychologischen Diagnostik** einher") wurde in zwei Schritten unternommen:

Zum Einen wurden mithilfe von Korrelationsrechungen die Skalenwerte und der Globalwert des SCL-90-R sowie die Werte der Skalen 6. ("zu ausnutzbar/nachgiebig") und 7. ("zu fürsorglich/freundlich") des IIP-D mit Narzissmus-Globalwert (NI) und mit der Direkten Einschätzung des Therapeuten (nicht numeriertes Item aus dem KEN, das Item wurde einfachheitshalber "Item 18." genannt) sowie mit dem Gesamtwert der Narzisstischen Störung (KEN) verglichen.

Im zweiten Schritt wurden anhand der Direkten Einschätzung der Narzisstischen Störung durch den Therapeuten ("Item 18." des KEN) drei Gruppen gebildet (Gruppe 1. Narzisstische Störung fast immer vorhanden, Gruppe 2. Narzisstische Störung teils-teils vorhanden, Gruppe 3. Narzisstische Störung sehr selten vorhanden) und Mittelwerte sowie Standardabweichungen in folgenden Parametern – SCL-90-R Skalenweite und GSI, IIP-D Globalwert und GBB-Globalwert – mithilfe des Mann-Whitney-U-Tests verglichen.

3. Ergebnisse

Die Ergebnisse wurden aus der Untersuchung der 1. Stichprobe (N=110) gewonnen. Die 2. Stichprobe (N=151) diente zur Validierung dieser Ergebnisse. Hier werden die Resultate der Analyse der 1. Stichprobe dargestellt, die Validierungsresultate werden kurz am Ende jedes Kapitels erwähnt und nur in dem Fall ausführlicher dargestellt, wenn sie sich von den Ergebnissen der 1. Stichprobe auffällig unterscheiden.

3.1. Studienteilnehmer

3.1.1. Patienten

3.1.1.1. Erste Patientenstichprobe

Die erste Stichprobe bestand aus 110 Patienten, die sich von April bis September 2001 in der Ambulanz zu Erstgesprächen vorstellten: 71 Frauen (64,5%) und 39 Männer (35,5%). Von der *Altersverteilung* her waren 8 Patienten (7,3%) bis 20 J., 26 Patienten (23,6%) von 21 bis 30 J., 39 Patienten (35,5%) von 31 bis 40 J., 20 Patienten (18,2%) von 41 bis 50 J., 16 Patienten (14,5%) von 51 bis 60 J. und 1 Patient älter als 60 J. (0,9%). In einer festen *Partnerschaft* lebten 65 Patienten (59,1%), die anderen 45 (40,9%) hatten entweder keine feste Beziehung oder machten keine Angabe dazu. *Kinder* hatten 54 Patienten (49,1%).

31 Patienten (28,2%) hatten die Haupt-, 40 Patienten (36,4%) die Realschule abgeschlossen, 26 Patienten (23,6%) schlossen die *schulische Ausbildung* mit dem Abitur ab, 8 Patienten (7,3%) gaben einen "sonstigen Abschluss" an, 5 Patienten (4,5%) machten keine Angabe. Bezüglich des ausgeübten *Berufes* hatten 24 Patienten (21,8%) keine Angabe dazu gemacht. Die meisten, die eine präzise Angabe gemacht hatten, arbeiteten in einem einfachen oder mittleren Dienst (N=43, 39,1%), 24 Patienten (21,8%) waren Arbeiter, 9 Patienten (8,2%) waren in einem gehobenen oder hohen Dienst, 8 Patienten waren selbst–ständig (7,2%). Bezüglich *Inanspruchnahme der ärztlichen Hilfeleistungen* hat 1/3 (32,7%; N=36) der Patienten ihrer eigenen Einschätzung nach häufig ärztliche Hilfe gebraucht. 61 Patienten (55,5%) wurden in den letzten 12 Monaten krankgeschrieben, 27 Patienten (24,7%) länger als 4 Wochen. Die Fragestellung differenziert zwischen psychischen und somatischen Gründen der Hilfesuche und Krankschreibung nicht. Bezüglich einer *psychotherapeutischen/psychosomatischen Vorbehandlung* hatten 54 Patienten (49,1%)

bereits Erfahrungen damit. Einer eventuellen neuen psychotherapeutischen Behandlung standen die meisten Patienten (N=78, 70,9%) "ziemlich" oder "sehr" motiviert gegenüber.

3.1.1.2. Zweite Patientenstichprobe

Die zweite Patientenstichprobe bestand aus 151 Patienten, die sich von September 2001 bis Ende Februar 2002 in der Ambulanz zu Erstgesprächen vorstellten: 99 Frauen (65,5%) und 52 Männer (34,4%). Von der *Altersverteilung* her waren 6 Patienten (4%) bis 20 J., 43 - (28,5%) von 21-30 J., 46 - (30,5%) von 31-40 J., 37 - (24,5%) von 41-50 J., 18 - (11,9%) von 51-60 J. und 1 Patient älter als 60 J. (0,7%). In einer festen *Partnerschaft* lebten 96 Patienten (63,6%), die anderen 55 (36,3%) hatten entweder keine feste Beziehung oder machten keine Angabe dazu. *Kinder* hatten 78 Patienten (51,7%).

50 Patienten (33,1%) schlossen die *schulische Ausbildung* mit dem Abitur ab, 49 (32,5%) mit der Realschule, 39 Patienten (25,8%) hatten die Hauptschule abgeschlossen, 10 (6,6%) gaben einen "sonstigen Abschluss" an, jeweils 1 Patient hat keinen Abschluss, war noch in der Schule oder hat eine Sonderschule absolviert. Bezüglich des ausgeübten *Berufes* hatten 40 Patienten (26,5%) keine Angabe dazu gemacht. Die meisten, die eine präzise Angabe gemacht hatten, arbeiteten in einem einfachen oder mittleren Dienst (N=34, 22,5%), 26 Patienten (17,2%) waren Arbeiter, 21 Patienten (13,9%) in einem gehobenen oder hohen Dienst, 7 Patienten (4,6%) selbstständig. Bezüglich der *Inanspruchnahme der ärztlichen Hilfeleistungen* hat 1/4 (24,5%; N=37) der Patienten ihrer eigenen Einschätzung nach häufig ärztliche Hilfe gebraucht. 77 Patienten (51,0%) wurden in den letzten 12 Monaten krankgeschrieben, 30 Patienten (19,9%) länger als 4 Wochen (fehlende Angaben dazu von 18 Patienten, 11,9%). 62 Patienten (47,6%) aus der zweiten Stichprobe hatten bereits eine *psychotherapeutische/psychosomatische Vorbehandlung*. Einer eventuellen neuen psychotherapeutischen Behandlung standen die meisten Patienten (N=119, 78,8%) "ziemlich" oder "sehr" motiviert gegenüber (fehlende Angaben dazu von 17 Patienten, 11,3%).

Die Gruppenstatistiken der wichtigsten demographischen und psychometrischen Variablen der beiden Stichproben sind in der **Tabelle 7.** und in der **Tabelle 8.** (nächste Seite) dargestellt.

Tab. 7. Gruppenstatistiken der nominal skalierten Variablen der Stichproben 1. und 2. (Datenerhebung der 1. in der psychotherapeutisch-psychosomatischen Ambulanz des Universitätsklinikums Ulm im Zeitraum von April 2001 bis Februar 2002)

N: Anzahl der Probanden
ausgewertet mit Chi-Quadrat nach Pearson

Variable	Stichprobe	Anzahl der ausgewerteten Datensätze	Verteilung der Probanden	Signifikanz
Geschlecht	1.	110	Frauen N=71 Männer N=39	nicht signifikant
	2.	151	Frauen N=99 Männer N=52	
Partnersituation (feste Partnerschaft "ja"-"nein")	1.	104	Ja N=65 Nein N=39	nicht signifikant
	2.	148	Ja N=96 Nein N=52	
Schulabschluss	1.	105		nicht signifikant
	2.	151		
Berufliche Situation	1.	086		nicht signifikant
	2.	101		
Vorbehandlung	1.	107	Ja N=54 Nein N=53	nicht signifikant
	2.	151	Ja N=72 Nein N=79	
Krankschreibung im letzten Jahr	1.	093	Ja N=61 Nein N=32	nicht signifikant
	2.	133	Ja N=77 Nein N=56	

Tab. 8. Gruppenstatistiken der ordinal skalierten Variablen der Stichproben 1. und 2. (Datenerhebung in der psychotherapeutisch-psychosomatischen Ambulanz des Universitätsklinikums Ulm im Zeitraum von April 2001 bis September 2002)

N: Anzahl der Probanden
KEN: Fragebogen zur Klinischen Einschätzung des Narzissmus
SCL-90-R: Symptom Checkliste, deutsche revidierte Version
IIP-D: Inventar zur Erfassung Interpersonaler Probleme, deutsche Version
NI: Narzissmusinventar
GBB-24: Giessener Beschwerdebogen
GSI: Global Severity Index (SCL-90-R)
ausgewertet mit Mann-Whitney-Test

Variable	Stichprobe	N	Mittelwert	Standard-abweichung	Signifikanz
Alter	1.	110	37,10	11,18	nicht signifikant
	2.	151	36,60	10,93	
Narzissmuswert (KEN)	1.	110	1,93	0,47	nicht signifikant
	2.	151	1,87	0,43	
Narzissmus Globalwert (NI, Deneke)	1.	110	2,74	0,50	nicht signifikant
	2.	147	2,70	0,48	
Beschwerdedruck (GBB-24)	1.	108	1,23	0,72	nicht signifikant
	2.	151	1,18	0,71	
SCL-90-R GSI	1.	109	1,06	0,63	nicht signifikant
	2.	151	1,02	0,64	
IIP-D Globalwert	1.	109	1,37	0,61	nicht signifikant
	2.	148	1,23	0,56	

3.1.2. Psychotherapeutenstischprobe

An der Studie haben 16 Psychotherapeuten teilgenommen, die Mitarbeiter (10) oder Gastmitarbeiter (6) der Ambulanz waren. Von den gesamt 261 Patienten wurden die meisten von den Mitarbeitern der Ambulanz gesehen: 218 (83,5%). 7 Psychotherapeuten waren Psychologen, 7 Ärzte, 2 Sozialarbeiter. Von dem theoretischen Hintergrund und der psychotherapeutischen Ausrichtung her waren 12 Psychotherapeuten in der psychoanalytischen oder tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie ausgebildet bzw. befanden sich in der Ausbildung. 2 Psychotherapeuten haben die kognitiv-verhaltenstherapeutische Ausbildung abgeschlossen bzw. standen kurz vor dem Abschluss. 2 Sozialarbeiter hatten jahrzehntenlange psychotherapeutische Erfahrung sowie psychotherapeutische Qualifikation.

Vom Stand in der psychotherapeutischen Ausbildung her hatten 9 Psychotherapeuten entweder eine abgeschlossene Ausbildung oder befanden sich in einem fortgeschrittenen Stadium der Ausbildung. Sie verfügten über eine jahrelange klinische Erfahrung und hatten auch die meisten Studienpatienten gesehen (N=228, 87%). 4 Psychotherapeuten befanden sich etwa in der Mitte ihrer Ausbildung, sie hatten insgesamt 20 Patienten gesehen (8%). 3 Psychotherapeuten waren am Anfang ihrer Ausbildung und hatten 13 Studienpatienten gesehen (5%). Die meisten Patienten wurden daher von den erfahrenen psychoanalytisch oder tiefenpsychologisch fundiert ausgebildeten ärztlichen oder psychologischen Psychotherapeuten sowie Sozialarbeitern gesehen.

3.2. Statistische Kennwerte des Fragebogens zur Klinischen Einschätzung des Narzissmus (KEN)

3.2.1. Reliabilität des Fragebogens zur Klinischen Einschätzung des Narzissmus (KEN)

3.2.1.1. Faktorenanalyse des Fragebogens zur Klinischen Einschätzung (KEN)

Als Methode wurde die Hauptkomponentenanalyse durchgeführt (nicht rotiert). In der **Tabelle 9.** sind die Kommunalitäten der verschiedenen Variablen (Items), in der **Tabelle 10.** die erklärte Gesamtvarianz der Faktorenanalyse der Items des KEN dargestellt (nächste Seite).

Tab. 9. Kommunalitäten der Items des KEN (Faktorenanalyse, Datenerhebung der 1. klini schen Stichprobe, N=110, in der psychotherapeutisch-psychosomatischen Ambulanz des Universitätsklinikums Ulm im Zeitraum von April bis September 2001)

Extraktionsmethode: Hauptkomponentenanalyse. Nicht rotiert
KEN: Fragebogen zur Klinischen Einschätzung des Narzissmus
N: Anzahl der Probanden Nr: Nummer des Items

Nr.	Item	Anfänglich	Extraktion
2.	Sie/Er ist der Ansicht, dass sie/er ganz besonders ist	1,000	0,670
3.	Sie/Er zeigt ein übertriebenes Selbstwertgefühl	1,000	0,666
4.	Sie/Er beschäftigt sich mit "Größenphantasien"	1,000	0,642
6.	Ihre/Seine Empathie ist gestört	1,000	0,621
7.	Sie/Er verlangt nach Bewunderung	1,000	0,597
9.	Sie/Er legt Anspruchsdenken an den Tag	1,000	0,549
10.	Sie/Er nützt zwischenmenschliche Beziehungen aus	1,000	0,484
11.	Sie/Er ist neidisch oder projiziert den Neid	1,000	0,442
12.	Sie/Er benimmt sich arrogant	1,000	0,624
1.	Ihr/Sein Selbstwertproblem ist zentral	1,000	0,237
5.	Sie/Er ist kränkbar	1,000	0,529
13.	Sie/Er ist schnell aus dem Gleichgewicht zu bringen	1,000	0,707
14.	Sie/Er ist schnell verletzt und zieht sich zurück	1,000	0,759
15.	Sie/Er empfindet innere Leere	1,000	0,480
16.	Sie/Er hat depressive Einbrüche, stabilisiert sich aber relativ schnell	1,000	0,298

Tab.10. Erklärte Gesamtvarianz der Faktoren des KEN (Faktorenanalyse, Datenerhebung der 1. klinischen Stichprobe, N=110, in der psychotherapeutisch –psychosomatischen Ambulanz des Universitätsklinikums Ulm im Zeitraum von April bis September 2001)

Extraktionsmethode: Hauptkomponentenanalyse. Nicht rotiert
KEN: Fragebogen zur Klinischen Einschätzung des Narzissmus
N: Anzahl der Probanden

Komponente	Eigenwerte	Prozente der Varianz	Kumulierte Prozente
1	6,120	40,799	40,799
2	2,185	14,565	55,364
3	1,085	7,232	62,596
4	0,922	6,149	68,745
5	0,852	5,677	74,422
6	0,645	4,300	78,723
7	0,545	3,632	82,355
8	0,503	3,354	85,709
9	0,426	2,842	88,551
10	0,408	2,721	91,272
11	0,333	2,220	93,492
12	0,304	2,024	95,517
13	0,282	1,878	97,395
14	0,213	1,422	98,817
15	0,177	1,183	100,000

Die Korrelationskoeffizienten der einzelnen Items sind in der **Tabelle 11.,** die Komponentenmatrix in der darauffolgenden **Abbildung 1.** dargestellt (nächste Seite).

Tab.11. Die Korrelationskoeffizienten der einzelnen Items des KEN (Faktorenanalyse, Datenerhebung der 1. klinischen Stichprobe, N=110, in der psychotherapeutisch-psychosomatischen Ambulanz des Universitätsklinikums Ulm im Zeitraum von April bis September 2001)

Extraktionsmethode: Hauptkomponentenanalyse. Nicht rotiert.
3 Komponenten extrahiert
KEN: Fragebogen zur Klinschen Einschätzung des Narzissmus
N: Anzahl der Probanden

	Item	Komponente		
		1	2	3
1.	Ihr/Sein Selbstwertproblem ist zentral	,440	,209	,565
2.	Sie/Er ist der Ansicht, dass sie/er ganz besonders ist	,697	-,428	,147
3.	Sie/Er ist zeigt ein übertriebenes Selbstwertgefühl	,790	-,203	,049
4.	Sie/Er beschäftigt sich mit "Größenphantasien"	,712	-,366	,229
5.	Sie/Er ist kränkbar	,680	,258	,094
6.	Ihre/Seine Empathie ist gestört	,786	,060	,005
7.	Sie/Er verlangt nach Bewunderung	,711	-,304	,403
9.	Sie/Er legt Anspruchsdenken an den Tag	,707	-,221	-,258
10.	Sie/Er nützt zwischenmenschliche Beziehungen aus	,677	-,161	-,451
11.	Sie/Er ist neidisch oder projiziert den Neid	,653	,127	-,393
12.	Sie/Er benimmt sich arrogant	,736	-,286	-,204
13.	Sie/Er ist schnell aus dem Gleichgewicht zu bringen	,343	,768	,011
14.	Sie/Er ist schnell verletzt und zieht sich zurück	,548	,677	,145
15.	Sie/Er empfindet innere Leere	,525	,452	,095
16.	Sie/Er hat depressive Einbrüche, stabilisiert sich aber relativ schnell	,320	,442	-,146

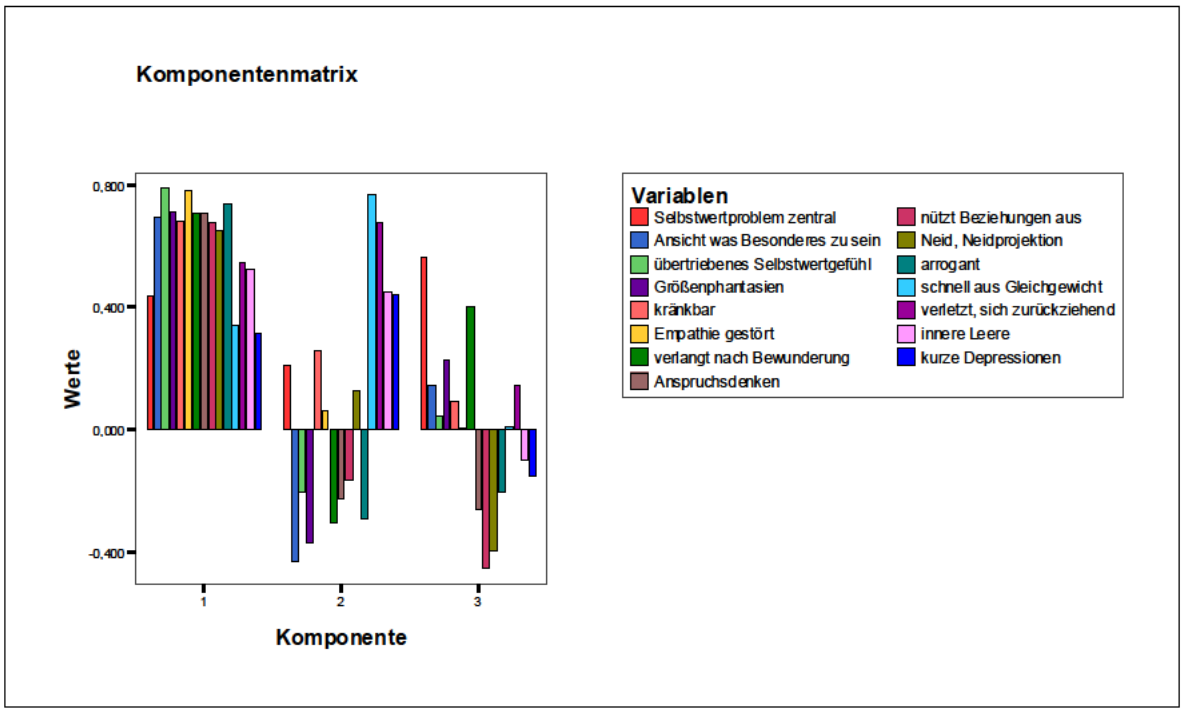


Abb.1. Komponentenmatrix, Faktorenanalyse des KEN (Datenerhebung der 1. klinischen Stichprobe, N=110, in der psychotherapeutisch-psychosomatischen Ambulanz des Universitätsklinikums Ulm im Zeitraum von April bis September 2001)

Extraktionsmethode: Hauptkomponentenanalyse. Nicht rotiert.
3 Komponenten extrahiert
KEN: Fragebogen zur Klinschen Einschätzung des Narzissmus
N: Anzahl der Probanden

Wegen der besseren Interpretierbarkeit wurde ein Gesamteigenwert > 1 als ein sinnvolles Maß genommen. Die **Faktorenanalyse** zeigt, dass die meisten Items (11 von 15) auf einen starken Faktor laden, der fast 41% der gesamten Varianz erklärt. Zwei weitere relevante Faktoren erklären weitere 22% der Gesamtvarianz (insgesamt 63%). Auf den 2.ten Faktor luden 3 Items (13., 14. und 16.). Auf den 3.ten Faktor lud nur das Item 1. Aus Praktikabilitätsgründen wurde die Anzahl der Faktoren auf 2 beschränkt (55% der Gesamtvarianz). Die Korrelationskoeffizienten der einzelnen Items in 2-Faktoren-Lösung ist in der **Tabelle 12.** dargestellt (nächste Seite).

Tab.12.Die Korrelationskoeffizienten der einzelnen Items in 2-Faktoren-Lösung (Faktorenanalyse, Datenerhebung der 1. klinischen Stichprobe, N=110, in der psychotherapeutisch-psychosomatischen Ambulanz des Universitätsklinikums Ulm im Zeitraum von April bis September 2001)

Extraktionsmethode: Hauptkomponentenanalyse. Nicht rotiert.
2 Komponenten extrahiert
KEN: Fragebogen zur Klinschen Einschätzung des Narzissmus
N: Anzahl der Probanden

	Item	Komponente	
		1	2
1.	Ihr/Sein Selbstwertproblem ist zentral	,440	,209
2.	Sie/Er ist der Ansicht, dass sie/er ganz besonders ist	,697	-,428
3.	Sie/Er zeigt ein übertriebenes Selbstwergefühl	,790	-,203
4.	Sie/Er beschäftigt sich mit "Größenphantasien"	,712	-,366
5.	Sie/Er ist kränkbar	,680	,258
6.	Ihre/Seine Empathie ist gestört	,786	,060
7.	Sie/Er verlangt nach Bewunderung	,711	-,304
9.	Sie/Er legt Anspruchsdenken an den Tag	,707	-,221
10.	Sie/Er nützt zwischenmenschliche Beziehungen aus	,677	-,161
11.	Sie/Er ist neidisch oder projiziert den Neid	,653	,127
12.	Sie/Er benimmt sich arrogant	,736	-,286
13.	Sie/Er ist schnell aus dem Gleichgewicht zu bringen	,343	,768
14.	Sie/Er ist schnell verletzt und zieht sich zurück	,548	,677
15.	Sie/Er empfindet innere Leere	,525	,452
16.	Sie/Er hat depressive Einbrüche, stabilisiert sich aber relativ schnell	,320	,442

Die Komponentenmatrix in 2-Faktoren-Lösung ist in der **Abbildung 2.** (nächste Seite) dargestellt. Es fällt auf, dass sich die Items in 2 Quadranten gruppieren: im rechten oberen (beide Komponenten positiv) und im rechten unteren (1. Komponente positiv, 2. Komponente negativ). Es entsteht die Frage, ob diese 2 Itemsgruppen jeweils eine inhaltlich und mathematisch nachvollziehbare Skala ergeben.

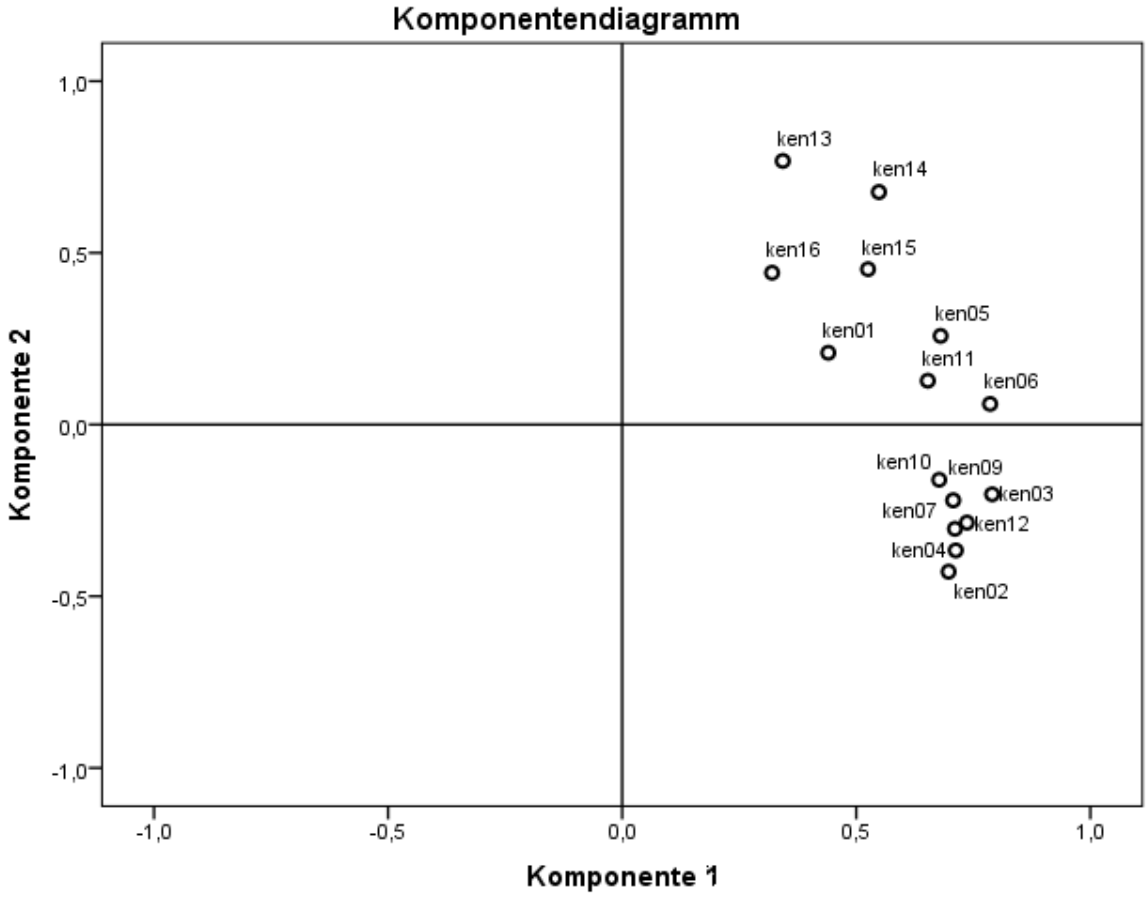


Abb.2. Komponentenmatrix des KEN in 2-Faktoren-Lösung (Faktorenanalyse, Datenerhebung der 1. klinischen Stichprobe, N=110, in der psychotherapeutisch-psychosomatischen Ambulanz des Universitätsklinikums Ulm im Zeitraum von April bis September 2001)

KEN: Fragebogen zur klinischen Einschätzung des Narzissmus
ken01 – ken16: einzelne Items des KEN

Die Items im unteren rechten Quadranten wurden einer Skala zugeordnet, die **Skala KEN1** genannt wurde. Die Items aus dem oberen rechten Quadranten wurde einer zweiten Skala zugeordnet, die **Skala KEN2** genannt wurde.

Aus der Faktorenanalyse geht hervor, dass die **Skala KEN1** die sieben von neun Items – mit Ausnahme von Items Nr. 6. ("Ihre/Seine Empathie ist gestört") und Nr. 11. ("Sie/Er ist häufig neidisch oder projiziert den Neid") – erfasst, die anhand der diagnostischen Kriterien der narzisstischen Persönlichkeitsstörung der DSM-IV formuliert wurden (2., 3., 4., 7., 9., 10., 12.; die Nummern entsprechen dabei den Nummern des Items im Fragebogen). Diese Skala scheint überwiegend die Eigenschaften zu erfassen, die inhaltlich betrachtet eine bestimmte Richtung (Dominieren, Beherrschen) aufweisen. Aufgrund der Inhalts-

analyse der Items wurden diese Eigenschaften einem Typus zugeordnet, die vorläufig **Alpha-Narzissmus** genannt wurde.

Das sind folgende Items:

2. Sie/Er ist der Ansicht, dass sie/er ganz besonders ist.
3. Sie/Er zeigt ein übertriebenes Selbstwertgefühl.
4. Sie/Er beschäftigt sich mit "Größenphantasien".
7. Sie/Er verlangt nach Bewunderung.
9. Sie/Er legt ein Anspruchsdenken an den Tag.
10. Sie/Er nützt zwischenmenschliche Beziehungen aus.
12. Sie/Er benimmt sich arrogant.

In die **Skala KEN2** sind die weiteren 6 Items eingegangen, die die Autorin zusätzlich – auf die klinische Erfahrung und Literaturhinweise (z.B. Kernberg, Kohut) fußend – für relevant für eine narzisstische Störung gehalten hat (1., 5., 13., 14., 15., 16.), plus das Item 6. und das Item 11., die an die DSM-IV Kriterien der Narzisstischen Persönlichkeitsstörung angelehnt wurden. Diese Items scheinen inhaltlich mehr den "leidenden" Aspekt zu erfassen. Die Items wurden ebenfalls einem Typus zugeordnet, der vorläufig **Omega-Narzissmus** genannt wurde.

Das sind folgende Items:

1. Ihr/Sein Selbstwertproblem ist zentral.
5. Sie/Er ist kränkbar.
6. Ihre/Seine Empathie ist gestört.
11. Sie/Er ist neidisch oder projiziert den Neid.
13. Sie/Er ist schnell aus dem Gleichgewicht zu bringen.
14. Sie/Er ist schnell verletzt und zieht sich zurück.
15. Sie/Er empfindet innere Leere.
16. Sie/Er hat depressive Einbrüche, stabilisiert sich aber relativ schnell.

In der zweiten Stichprobe (N=151) hat nur das Item Nr. 6. von der Skala KEN1 zu der Skala KEN2 gewechselt, die anderen Items behielten ihre Zuordnung bei.

3.2.1.2. Clusteranalyse des Fragebogens zur Klinischen Einschätzung (KEN)

Die nächste Untersuchungsmethode der Reliabilität des Fragebogens zur klinischen Einschätzung war die Clusteranalyse. Das Ergebnis der Clusteranalyse wird im folgenden Dendrogramm dargestellt (**Abbildung 3**., nächste Seite).

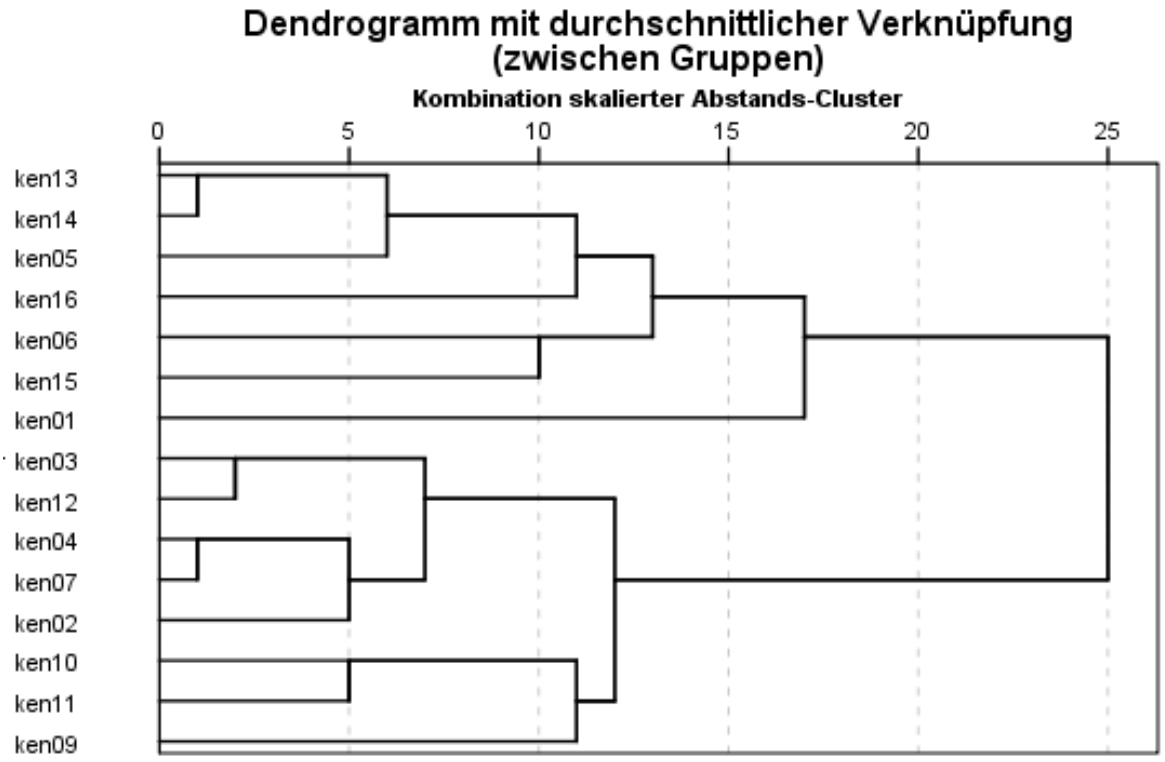


Abb.3. Hierarchische Clusteranalyse des KEN (Datenerhebung der 1. klinischen Stichprobe, N=110, in der psychotherapeutisch-psychosomatischen Ambulanz des Universitätsklinikums Ulm im Zeitraum von April bis September 2001)

KEN: Fragebogen zur klinischen Einschätzung des Narzissmus
ken01 – ken16: einzelne Items des KEN

Die Clusteranalyse zeigt wie die Faktorenanalyse, dass sich die 15 narzissmusrelevanten Items des Fragebogens in zwei Hauptcluster zusammenfassen lassen, die in ein übergeordnetes Cluster eingehen. Das eine Cluster erfasste 8, das andere die restlichen 7 Items.

Cluster 1 des KEN (1. Stichprobe, N=110):

2. Sie/Er ist der Ansicht, dass sie/er ganz besonders ist.
3. Sie/Er zeigt ein übertriebenes Selbstwertgefühl.
4. Sie/Er beschäftigt sich mit "Größenphantasien".
7. Sie/Er verlangt nach Bewunderung.
9. Sie/Er legt ein Anspruchsdenken an den Tag.
10. Sie/Er nützt zwischenmenschliche Beziehungen aus.
11. Sie/Er ist neidisch oder projiziert den Neid.
12. Sie/Er benimmt sich arrogant.

Cluster 2 des KEN (1. Stichprobe, N=110).

1. Ihr/Sein Selbstwertproblem ist zentral.
5. Sie/Er ist kränkbar.
6. Ihre/Seine Empathie ist gestört.
13. Sie/Er ist schnell aus dem Gleichgewicht zu bringen.
14. Sie/Er ist schnell verletzt und zieht sich zurück.
15. Sie/Er empfindet innere Leere.
16. Sie/Er hat depressive Einbrüche, stabilisiert sich aber relativ schnell.

Im Vergleich zu der Zuordnung der Items in der Faktorenanalyse fällt auf, dass 1 Item seinen "Platz" gewechselt hat: das Item 11. Man kann dieses Ergebnis der Clusteranalyse als gut ansehen: 14 Items von 15 sind "auf ihren Plätzen" geblieben (d.h. bei der selben Skala bzw. Itemgruppe, die aus der Faktorenanalyse hervorging). Für die Bildung der Skalen wurde wg. der besseren inhaltlichen Passung das Ergebnis der Faktorenanalyse gewählt.

3.2.1.3. Das Kriterium für die **interne Konsistenz** eines psychometrischen Tests ist ein Reliabilitätskoeffizient, das sogenannte **Cronbach's Alpha**, das in der psychometrischen Analyse als ausreichend gesehen wird, wenn es mehr als 0,75 beträgt (Bühl 2000, S. 507). Der Fragebogen zur Klinischen Einschätzung weist einen Cronbach's Alpha für den gesamten Fragebogen (15 narzissmusrelevante Items) von α**=.89**, für die Skala **KEN1** von α**=.90** und für die Skala **KEN2** von α**=.82** auf. Diese Koeffizienten sind als zufriedenstellend bis sehr gut zu betrachten und sagen aus, dass der gesamte Fragebogen und die zwei Skalen **KEN1** und **KEN2** über eine ausreichende interne Konsistenz verfügen.

3.2.1.4. Item- und Skaleninterkorrelation

Als eines der statistischen Kennwerte eines psychometrischen Instruments wurden Item- und Skaleninterkorrelation untersucht, die Hinweise auf den Zusammenhang der Items untereinander geben. In der **Tabelle 13.** sind die Itemkorrelationen der 1. Stichprobe abgebildet (nächste Seite).

Tab.13.Iteminterkorrelation des KEN (Datenerhebung der 1. klinischen Stichprobe, N=110, in der psychotherapeutisch-psychosomatischen Ambulanz des Universitätsklinikums Ulm im Zeitraum von April bis September 2001)

KEN: Fragebogen zur klinischen Einschätzung des Narzissmus
01 – 16: einzelne Items des KEN
fett sind jeweils der größte und der kleinste Korrelationswert markiert

Item Nr.	01	02	03	04	05	06	07	09	10	11	12	13	14	15	16
01	1.00	.228	.255	.221	.308	.308	.396	.109	.205	.206	.248	.212	.380	.297	.108
02		1.000	.608	.631	.316	.530	.614	.453	. 452	.308	.610	**-.084**	.182	.184	.087
03			1.000	.662	.476	.553	.578	.592	.433	.450	.585	.136	.297	.279	.243
04				1.00	.363	.491	**.696**	.516	.380	.321	.487	-.003	.170	.265	.120
05					1.00	.546	.418	.481	.346	.437	.349	.441	.542	.286	.160
06						1.00	.494	.472	.539	.402	.522	.249	.455	.477	.245
07							1.000	.456	.370	.332	.496	.076	.224	.161	.074
09								1.00	.538	.442	.588	.158	.238	.206	.064
10									1.00	.580	.590	.098	.161	.315	.146
11										1.00	.442	.246	.420	.364	.209
12											1.00	.053	.159	.309	.179
13												1.00	.658	.418	.339
14													1.00	.490	.380
15														1.00	.314
16															1.00

Aus der Tabelle ist zu entnehmen, dass die Iteminterkorrelationen zwischen **min= -.084** und **max= .696** liegen (sie sind in der Tabelle fett markiert). Es zeigt sich, dass die Items ausreichend miteinander korrelieren, um sie einem Konstrukt zuordnen zu können, und andererseits unterscheiden sie sich voneinander genug, so dass man größtenteils davon ausgehen kann, dass die verschiedenen Items verschiedene Aspekte des Konstruktes erfassen.

Die Items, die am höchsten korrelieren, sind Item 4. ("Sie/Er beschäftigt sich mit "Größen-phantasien") und Item 7. ("Sie/Er verlangt nach Bewunderung"). Die Items, die am geringsten korrelieren, sind das Item 2. ("Sie/Er ist der Ansicht, dass sie/er ganz besonders ist") und das Item 13. ("Sie/Er ist schnell verletzt und zieht sich zurück"). Diese zwei Items gehören zwei verschiedenen Skalen an (das Item 2. ist in der Skala KEN1, das Item 13. in der Skala KEN2).

Die **Tabelle 14.** zeigt die Iteminterkorrelationen der Skala KEN1 des KEN.

Tab.14.Iteminterkorrelationen der Skala KEN1 des KEN (Datenerhebung der 1. klinischen Stichprobe, N=110, in der psychotherapeutisch-psychosomatischen Ambulanz des Universitätsklinikums Ulm im Zeitraum von April bis September 2001)

KEN: Fragebogen zur Klinischen Einschätzung des Narzissmus
KEN1: Skala 1 des Fragebogens zur Klinischen Einschätzung des Narzissmus
fett sind jeweils der größte und der kleinste Korrelationswert markiert

Item Nr.	02	03	04	07	09	10	12
02	1,000	,608	,632	,614	,454	,452	,610
03		1,000	,663	,579	,592	,434	,587
04			1,000	**,696**	,516	,381	,488
07				1,000	,456	**,371**	,497
09					1,000	,538	,587
10						1,000	,591
12							1,000

Die höchste und die niedrigste Iteminterkorrelation der Skala KEN1 sind in der Tabelle fett markiert. Die zwei Items, die am höchsten korrelieren, sind auch hier das Item 4. ("Sie/Er beschäftigt sich mit "Größenphantasien") und das Item 7. ("Sie er verlangt nach Bewunderung"). Die niedrigste Korrelation besteht zwischen dem Item 7. ("Sie/Er verlangt nach Bewunderung") und dem Item 10. ("Sie/Er nützt zwischenmenschliche Beziehungen aus").

In der Skala KEN2 sind die Iteminterkorrelationen insgesamt niedriger. Die Iteminterkorrelationen sind in der **Tabelle 15.** dargestellt.

Tab.15.Iteminterkorrelationen Skala KEN2 des KEN (Datenerhebung der 1. klinischen Stichprobe, N=110, in der psychotherapeutisch-psychosomatischen Ambulanz des Universitätsklinikums Ulm im Zeitraum von April bis September 2001)

KEN: Fragebogen zur klinischen Einschätzung des Narzissmus
KEN2: Skala 2 des KEN
fett sind jeweils der größte und der kleinste Korrelationswert markiert

Item Nr.	01	05	06	11	13	14	15	16
01	1,000	,308	,308	,206	,212	,380	,297	**,107**
05		1,000	,546	,437	,441	,542	,286	,160
06			1,000	,402	,249	,455	,477	,245
11				1,000	,246	,420	,364	,209
13					1,000	**,658**	,418	,339
14						1,000	,490	,380
15							1,000	,314
16								1,000

Die höchste und die niedrigste Iteminterkorrelation sind in der Tabelle fett markiert. Die zwei Items, die am höchsten korrelieren, sind Item 13. ("Sie/Er ist schnell aus dem Gleichgewicht zu bringen") und Item 14. ("Sie/Er ist schnell verletzt und zieht sich zurück"). Die niedrigste Korrelation besteht zwischen dem Item 1. ("Ihr/Sein Selbstwertproblem ist zentral") und dem Item 16. ("Sie/Er hat depressive Einbrüche, stabilisiert sich aber relativ schnell").

Die Ergebnisse der Reliabilitätsanalyse des KEN sind in der **Tabelle 16.** zusammengefasst.

Tab.16. Ergebnisse der Reliabilitätsanalyse des Fragebogens zur klinischen Einschätzung (Datenerhebung der 1. klinischen Stichprobe, N=110, in der psychotherapeutisch-psychosomatischen Ambulanz des Universitätsklinikums Ulm im Zeitraum von April bis September 2001)

KEN: Fragebogen zur klinischen Einschätzung des Narzissmus
KEN 1: Skala 1 des KEN
KEN2: Skala 2 des KEN

	Anzahl der Probanden	Anzahl der Items	Cronbach's Alpha	Iteminterkorrelation		
				Mittelwert	Min	Max
Gesamt-fragebogen	110	15	.89	.349	-.084	.696
Skala KEN1	110	7	.90	.506	.371	.696
Skala KEN2	110	8	.82	.355	.107	.658

Zuletzt werden in der **Tabelle 17.** die Skaleninterkorrelationen des KEN dargestellt.

Tab.17.Korrelation des Gesamtwertes des KEN mit den Werten der Skalen KEN1 und KEN2 (Datenerhebung der 1. klinischen Stichprobe, N=110, in der psychotherapeutisch-psychosomatischen Ambulanz des Universitätsklinikums Ulm im Zeitraum von April bis September 2001)

KEN: Fragebogen zur klinischen Einschätzung des Narzissmus
KEN 1: Skala 1 des KEN
KEN2: Skala 2 des KEN
** Die Korrelation ist auf dem Niveau von p<0,01 (2-seitig) signifikant

	KEN (15 Items)	KEN1 (7 Items)	KEN2 (8 Items)
KEN	1,000	0,887(**)	0,866(**)
KEN1		1,000	0,538(**)
KEN2			1,000

Die Korrelation der Skala KEN1 mit dem Gesamtwert des KEN (r= .89**) ist fast gleich mit der Korrelation der Skala KEN2 mit dem Gesamtwert des KEN (r= .87**) und deutlich höher, als die Korrelation beider Skalen KEN1 und KEN2 untereinander (r= .54**). Alle Korrelationen sind auf dem Niveau von p<0,01 signifikant. Diese hohen Zusammenhänge zwischen den Skalen und dem Gesamtwert des Fragebogens sprechen dafür, dass sie zwar etwas andere Aspekte erfassen, dennoch auf ein Konstrukt zurückzuführen sind. Das entspricht der Zielrichtung der Konstruktion des Fragebogens.

Anhand der zweiten Stichprobe (N=151) wurden diese Ergebnisse überprüft. Es zeigte sich, dass Cronbach's Alpha hoch bleibt: im gesamten Fragebogen α= .88, in der Skala KEN1 α= .89, in der Skala KEN2 α=0.78, praktisch identisch). Man kann festhalten, dass sich der Fragebogen und die zwei Skalen KEN1 und KEN2 als intern konsistent erwiesen haben.

3.2.2. Validität des Fragebogens zur klinischen Einschätzung des Narzissmus

Mangels eines vergleichbaren Fremdeinschätzungsinstruments zur Einschätzung des Narzissmus wurde für die Überprüfung der Validität des KEN als Kriterium die Direkte Einschätzung des Narzissmus ("Item 18." des KEN) verwendet. In der **Tabelle 18.** (nächste Seite) sind die korrelativen Zusammenhänge zwischen den Items und dem Gesamtwert des KEN mit dem Item 18. des KEN (Direkte Einschätzung) abgebildet.

Alle narzissmusrelevanten Items korrelieren mit der Direkten Einschätzung des Narzissmus, am höchsten das Item 6. ("Ihre/Seine Empathie ist gestört", r=.667**), am niedrigsten das Item 16. ("Sie hat depressive Einbrüche, stabilisiert sich aber relativ schnell", r=.326**), beide Werte sind in der Tabelle fett markiert. Die Items, die die emotionale Einstellung erfassen (8. und 17.), korellieren negativ mit der direkten Einschätzung.

Tab.18.Zusammenhänge zwischen den Items-, Gesamtwert des KEN und Item 18.
(Datenerhebung der 1. klinischen Stichprobe, N=110, in der psychotherapeutisch-psychosomatischen Ambulanz des Universitätsklinikums Ulm
im Zeitraum von April bis September 2001)

KEN: Fragebogen zur klinischen Einschätzung des Narzissmus
** Korrelation ist auf dem Niveau von 0,01 signifikant (2-seitig)
fett sind der jeweils höchste und niedrigste Korrelationswert markiert

Items-, Gesamtwerte des KEN	Korrelation	Signifikanz
1. Ihr/Sein Selbstwertproblem ist zentral	.446**	.000
2. Sie/Er ist der Ansicht, dass sie/er ganz besonders ist	.549**	.000
3. Sie/Er zeigt ein übertriebenes Selbstwertgefühl	.614**	.000
4. Sie/Er beschäftigt sich mit "Größenphantasien"	.557**	.000
5. Sie/Er ist kränkbar	.597**	.000
6. Ihre/Seine Empathie ist gestört	**.667****	.000
7. Sie/Er verlangt nach Bewunderung	.571**	.000
8. Ich finde sie/ihn sympathisch	-.464**	.000
9. Sie/Er legt ein Anspruchsdenken an den Tag	.550**	.000
10. Sie/Er nützt zwischenmenschliche Beziehungen aus	.503**	.000
11. Sie/Er ist neidisch oder projiziert den Neid	.467**	.000
12. Sie/Er benimmt sich arrogant	.592**	.000
13. Sie/Er ist schnell aus dem Gleichgewicht zu bringen	.380**	.000
14. Sie/Er ist schnell verletzt und zieht sich zurück	.513**	.000
15. Sie/Er empfindet innere Leere	.432**	.000
16. Sie/Er hat depressive Einbrüche, stabilisiert sich aber schnell	**.326****	.001
17. Ihre/Seine Schilderung war mir gut nachvollziehbar	-.273**	.004
Gesamtwert des KEN	.825**	.000

3.3. Diagnostik des Narzissmus in der Erstuntersuchung und sein Einfluss auf die therapeutische Situation (Hypothese 1a und 1b)

3.3.1. Diagnostik des Narzissmus mithilfe des KEN (Fremdeinschätzungsinstrument, Hypothese 1a)

Bereits in der Erstuntersuchung sind der Narzissmus und auch eine narzisstische Störung feststellbar. Die Ergebnisse der Häufigkeit dieser Störung sind in der **Tabelle 19.** dargestellt (nächste Seite).

Tab.19.Häufigkeit der narzisstischen Störung (KEN, Direkte Einschätzung (Item 18.) (Datenerhebung der 1. (N=110) und der 2. (N=151) klinischen Stichproben in der psychotherapeutisch-psychosomatischen Ambulanz des Universitätsklinikums Ulm im Zeitraum von April 2001 bis Februar 2002)

KEN: Fragebogen zur klinischen Einschätzung des Narzissmus
N: Anzahl der Probanden

	Narzisstische Störung "fast immer"		Narzisstische Störung "teils teils"		Narzisstische Störung "sehr selten"	
	N	%	N	%	N	%
Erste Stichprobe (N=110)	35	31,8	39	35,5	36	32,7
Zweite Stichprobe (N=151)	44	29,1	59	39,1	48	31,8

In der Erstgesprächsituation kommen die Psychotherapeuten bei 31,8 % Patienten (N=35) zur Einschätzung, dass bei ihnen eine narzisstische Störung vorliegt. Bei weiteren 35,5% (N=39) Patienten wird eine narzisstische Störung als zum Teil vorliegend eingeschätzt. Ein Drittel der Patienten bekommen die Einschätzung, dass eine narzisstische Störung bei ihnen sehr selten vorliegt. Die Ergebnisse der 2. Stichprobe zeigen die selbe Tendenz.

Die narzisstische Störung kommt folglich bereits im Erstgespräch zum Vorschein und wird z.B. mithilfe des Fragebogens zur klinischen Einschätzung (KEN) erfasst. Damit ist festzuhalten, dass der erste Teil der ersten **Hypothese H1a.** nicht abgelehnt werden kann.

3.3.2. Einfluss des Narzissmus auf die Gestaltung der therapeutischen Situation (Hypothese 1b)

Zur Erfassung der emotionalen Reaktion des Therapeuten auf den Patienten wurden zwei Items in den Fragebogen zur Klinischen Einschätzung eingeführt. Das sind folgende Items:

Item **8**. "Ich finde sie/ihn sympathisch".
Item **17**. "Ihre/Seine Schilderung war für mich nachvollziehbar".

Diese zwei Items wurden "therapeutische Reaktion" genannt. Es hat sich herausgestellt, dass sie in einem Zusammenhang sowohl mit der Einschätzung des Narzissmus als auch

mit der Einschätzung der therapeutischen Beziehung (HAQ) stehen. Die Zusammenhänge sind in der **Tabelle 20.** dargestellt.

Tab.20. Zusammenhang zwischen Narzissmuswerten des KEN sowie des NI und "Therapeutischer Reaktion" des KEN sowie der Therapeutischen Beziehung (HAQ) (Datenerhebung der 1. (N=110) und der 2. (N=151) klinischen Stichproben in der psychotherapeutisch-psychosomatischen Ambulanz des Universitätsklinikums Ulm im Zeitraum von April 2001 bis Februar 2002)

KEN:	Fragebogen zur klinischen Einschätzung des Narzissmus
KEN1:	Skala 1 des KEN
KEN2:	Skala 2 des KEN
Nar. Glob. NI	Gesamtwert des Narzissmus in Narzissmusinventar
HAQ	Helping Alliance Questionnaire Fragebogen zur Therapeutischen Allianz
**	Korrelation ist auf dem Niveau von 0,01 signifikant (2-seitig)
*	Korrelation ist auf dem Niveau von 0,05 signifikant (2-seitig)

		Narzissmus (KEN)	Skala KEN1 (KEN)	Skala KEN2 (KEN)	Therap. Reaktion (KEN)	Nar. Glob. (NI)	Therap. Beziehung (HAQ)
1. Stichprobe (N=110)	Narzissmus (KEN)	1,000	0,887(**)	0,866(**)	-0,576(**)	0,216(*)	-0,297(**)
	Skala KEN1 (KEN)	0,887(**)	1,000	0,538(**)	-0,577(**)	0,152	-0,298(**)
	Skala KEN2 (KEN)	0,866(**)	0,538(**)	1,000	-0,427(**)	0,229(*)	-0,219 (*)
	Therap. Reaktion (KEN)	-0,576(**)	-0,577(**)	-0,427(**)	1,000	-0,158	0,528(**)
	Nar. Glob. Wert (NI)	0,216(*)	0,152	0,229(*)	-0,158	1,000	-0,199(*)
	Th. Beziehung HAQ)	-0,297(**)	-0,298(**)	-0,219(*)	0,528(**)	-0,199(*)	1,000
2. Stichprobe (N=151)	Narzissmus (KEN)	1,000	0,880(**)	0,864(**)	-0,500(**)	0,092	-0,315(**)
	Skala KEN1 (KEN)	0,880(**)	1,000	0,520(**)	-0,516(**)	0,059	-0,315(**)
	Skala KEN2 (KEN)	0,864(**)	0,520(**)	1,000	-0,352(**)	0,103	-0,234(**)
	Therap. Reaktion (KEN)	-0,500(**)	-0,516(**)	-0,352(**)	1,000	0,024	0,567(**)
	Nar. Glob. Wert (NI)	0,092	0,059	0,103	0,024	1,000	0,123
	Th. Beziehung (HAQ)	-0,315(**)	-0,315(**)	-0,234(**)	0,567(**)	0,123	1,000

Es besteht eine deutliche signifikante negative Korrelation zwischen dem Narzissmuswert (KEN) einerseits und der "therapeutischen Reaktion" des KEN sowie der Einschätzung der therapeutischen Beziehung (HAQ) andererseits. Die negative Korrelation der "therapeutischen Reaktion" mit dem Gesamtwert des Narzissmus (KEN) war in der ersten Stichprobe **r= -.576****, bei Skala KEN1 war das **r= -.577****, bei Skala KEN2 betrug das **r= -.427**** (alle Korrelationen sind signifikant beim Signifikanzniveau von $p<0,01$).

Das heißt, dass, wenn der Therapeut den Patienten als "narzisstisch" einzuschätzen tendiert, dann tendiert er auch dazu, ihn als unsympathisch und seine Schilderung als nicht nachvollziehbar zu empfinden. Die therapeutische Beziehung (HAQ) wird seitens des The-

rapeuten in diesem Fall als ungünstig empfunden (**r= -.297****), d.h. der Therapeut schätzt sich selbst so ein, dass er sich in den Patienten schlecht einfühlen und sich schlecht mit ihm identifizieren, ihm schlecht helfen kann, die therapeutische Arbeit unangenehm findet.

Die therapeutische Beziehung und die "therapeutische Reaktion" korrelieren miteinander positiv (**r= .528****, Signifikanzniveau p<0,01). In dieser Stichprobe zeigte sich also ein deutlicher Zusammenhang zwischen einer emotionalen Reaktion auf den Patienten und der Einschätzung der therapeutischen Beziehung.

Diese Ergebnisse wurden in der zweiten Stichprobe bestätigt (s. **Tabelle 20**., vorherige Seite). Das heißt, dass die erste Hypothese (**H1**) der Studie angenommen werden kann, dass der Narzissmus in der Situation der Erstuntersuchung diagnostisch erfassbar wird (**H1a**) und die Gestaltung der therapeutischen Beziehung und die Wahrnehmung des Patienten durch den Therapeuten beeinflusst (**H1b**). Die narzisstischen Phänomene beeinflussen die Wahrnehmung des Patienten und die Einschätzung der therapeutischen Beziehung und zwar in beiden Fällen negativ. Dabei ist zu betonen, dass hier die Rede von Narzissmus ist, der mithilfe der Fremdeinschätzung erfasst wird.

3.4. Zusammenhang der einzelnen Merkmale mit Gesamteinschätzung der Narzisstischen Störung (Gesamtwert des KEN, Hypothese 2)

Es sollte untersucht werden, in welcher Beziehung die einzelnen Items des KEN mit dem Gesamtwert stehen. Hierzu wurden die Korrelationen der einzelnen Items des KEN mit dem Gesamtwert der narzisstischen Störung (KEN) berechnet. Die Korrelationen sind in der **Tabelle 21.** der Höhe der Korrelationskoeffizienten nach aufgeführt (nächste Seite).

DSM-IV führt 9 Kriterien auf, die entscheidend sind für die Diagnostik einer narzisstischen Persönlichkeitsstörung (für diese Diagnose reicht das Vorhandensein der 4 Kriterien). Es fragt sich, ob in dieser Untersuchung die am höchsten mit der Einschätzung "narzisstische Störung" korrelierenden einzelnen Items die sind, die bei der Konstruktion des Fraugebogens von diesen Kriterien abgeleitet sind. Die "DSM-Items", die in der Tabelle *kursiv* markiert sind, sind tatsächlich auf den Plätzen I-X platziert. Das Item "Sie/Er ist kränkbar" fällt in dieser Liste auf: es ist nicht in das DSM-IV als narzissmusrelevantes Kriterium eingegangen, in dieser Stichprobe wird es aber häufig mit narzisstischer Störung in Zusammenhang gebracht (Platz III in der Tabelle).

Tab.21.Korrelationen der einzelnen Items des KEN mit dem Gesamtwert der narzisstischen Störung (Datenerhebung der 1. klinischen Stichprobe (N=110) in der psychotherapeutisch-psychosomatischen Ambulanz des Universitätsklinikums Ulm im Zeitraum von April bis September 2001)

KEN: Fragebogen zur Klinischen Einschätzung des Narzissmus
I-XV: Platz des Items der Höhe des Korrelationskoeffizientes nach (absteigend)
** Die Korrelation ist auf dem Niveau von p<0,01 (2-seitig) signifikant.
kursiv sind die Items markiert, die dem DSM-IV entlehnt sind

Platz	Korrelation	Item
I	0,789**	*Ihre/Seine Empathie ist gestört*
II	0,770**	*Sie/Er zeigt übertriebenes Selbstwertgefühl*
III	0,712**	Sie/Er ist kränkbar
IV	0,700**	*Sie/Er benimmt sich arrogant*
V	0,681**	*Sie/Er beschäftigt sich mit "Größenphantasien"*
VI	0,676**	*Sie/Er verlangt nach Bewunderung*
VII	0,672**	*Sie/Er legt ein Anspruchsdenken an den Tag*
VIII	0,650**	*Sie/Er ist häufig neidisch oder projiziert den Neid*
IX	0,649**	*Sie/Er ist der Einsicht, dass sie/er ganz besonders ist*
IX	0,649**	*Sie/Er nützt zwischenmenschliche Beziehungen aus*
XI	0,621**	Sie/Er ist schnell verletzt und zieht sich zurück
XII	0,564**	Sie/Er empfindet innere Leere
XIII	0,490**	Ihr/Sein Selbstwertproblem ist zentral
XIV	0,420**	Sie/Er ist schnell aus dem Gleichgewicht zu bringen
XV	0,367**	Sie/Er hat depressive Einbrüche, stabilisiert sich aber relativ schnell

Hat diese Häufigkeitszuordnung einen bleibenden Wert? Die **Tabelle 22.** (nächste Seite) zeigt die Rangordnung der Items der 2.ten Stichprobe (N=151), auch angeordnet nach der Höhe ihrer Korrelation mit dem Gesamtwert der Narzisstischen Störung (KEN).

Tab.22.Korrelationen der einzelnen Items des KEN mit dem Gesamtwert der narzisstischen Störung (Datenerhebung der 2. klinischen Stichprobe (N=151) in der psychotherapeutisch-psychosomatischen Ambulanz des Universitätsklinikums Ulm im Zeitraum von September 2001 bis Februar 2002)

KEN: Fragebogen zur Klinischen Einschätzung des Narzissmus
** Die Korrelation ist auf dem Niveau von p<0,01 (2-seitig) signifikant
I-XV: Platz des Items der Höhe des Korrelationskoeffizientes nach (absteigend)
kursiv sind die Items markiert, die dem DSM-IV entlehnt sind

Platz	Korrelation	Item
I	0,768**	*Sie/Er verlangt nach Bewunderung*
II	0,746**	Sie/Er ist kränkbar
III	0,726**	*Sie/Er legt ein Anspruchsdenken an den Tag*
IV	0,690**	*Ihre/Seine Empathie ist gestört*
V	0,673**	*Sie/Er beschäftigt sich mit "Größenphantasien"*
VI	0,652**	*Sie/Er zeigt übertriebenes Selbstwertgefühl*
VII	0,637**	*Sie/Er nützt zwischenmenschliche Beziehungen aus*
VIII	0,628**	*Sie/Er ist der Einsicht, dass sie/er ganz besonders*
IX	0,617**	*ist Sie/Er ist häufig neidisch oder projiziert den Neid*
IX	0,600**	*Sie/Er benimmt sich arrogant*
XI	0,588**	Sie/Er empfindet innere Leere
XII	0,511**	Ihr/Sein Selbstwertproblem ist zentral
XIII	0,462**	Sie/Er ist schnell verletzt und zieht sich zurück
XIV	0,420**	Sie/Er ist schnell aus dem Gleichgewicht zu bringen
XV	0,343**	Sie/Er hat depressive Einbrüche, stabilisiert sich aber relativ schnell

Auch in der 2. Stichprobe korrelieren die Items, die in Anlehnung an den DSM-IV als relevant für eine narzisstische Störung formuliert wurden, am höchsten mit dem Gesamtwert des KEN. Und auch in dieser Stichprobe steht das Item "Sie/Er ist kränkbar" ganz hoch auf der Liste (II.ter Platz bzgl. der Höhe der Korrelation mit dem Gesamtwert der Narzisstischen Störung). Dies legt nahe, dass die **Hypothese 2**. angenommen werden muss.

3.5. Zusammenhang zwischen Selbst- und Fremdeinschätzung des Narzissmus (Hypothese 3)

Für diesen Zweck wurden Zusammenhänge zwischen den Global- und Faktorenwerten des NI (Selbsteinschätzung) und den Gesamt- und Skalenwerten des KEN (Fremdeinschätzung) untersucht. Die Ergebnisse sind in der **Tabelle 23.** aufgeführt. Auf der Ebene der einzelnen Skalen des KEN und des NI sind aus praktischen Gründen nur die signifikanten korrelativen Zusammenhänge dargestellt.

Tab.23. Signifikante Zusammenhänge zwischen Rangwerten des KEN und des NI (Datenerhebung der 1. klinischen Stichprobe (N=110) in der psychotherapeutisch-psychosomatischen Ambulanz des Universitätsklinikums Ulm im Zeitraum von April bis September 2001)

KEN:	Fragebogen zur Klinischen Einschätzung des Narzissmus
KEN1:	Skala 1 des KEN
KEN2:	Skala 2 des KEN
NI:	Narzissmusinventar
Faktoren A bis D:	Dimensionen des Narzissmusinventars
**	Die Korrelation ist auf dem Niveau von p<0,01 (2-seitig) signifikant
*	Die Korrelation ist auf dem Niveau von p<0,05 (2-seitig) signifikant

Werte der Faktoren, Skalen sowie der Globalwert des Narzissmusinventars NI	Gesamtwert KEN	Skala KEN1 KEN	Skala KEN2 KEN
Globalwert	0,256**	0,185	0,282**
Faktor A (Bedrohtes Selbst)	0,218*	0,151	0,239*
Faktor B ("Klassisch" narzisstisches Selbst)	0,156	0,078	0,233*
Faktor C (Idealistisches Selbst)	0,150	0,150	0,126
Faktor D (Hypochondrisches Selbst)	0,068	0,109	0,003
Ohnmächtiges Selbst	0,203*	-	0,223*
Kleinheitsselbst	-	-	0,271**
Soziale Isolierung	0,214*	-	-
Archaischer Rückzug	-	-	0,192*
Größenselbst	0,196*	0,228*	-
Sehnsucht nach Ideal-Selbst-Objekt	-	-	0,191*
Gier nach Lob/Bestätigung	-	-	0,228*
Narzisstische Wut	-	-	0,190*
Autarkie-Ideal	-	0,209*	-

Die Korrelationsrechnung hat ergeben, dass der KEN (Gesamtwert und beide Skalen) mit dem NI zwar statistisch signifikant korreliert, jedoch springt sofort ins Auge, dass die Korrelationen sehr niedrig sind. Am stärksten (r= .282**) korreliert Skala KEN2 des KEN mit dem Globalwert des NI. Möglicherweise handelt es sich an dieser Stelle am ehesten

um ein annähernd ähnliches Konstrukt. Trotzdem, auch wenn es sich hier um ein auf dem Niveau von $p<0,01$ signifikanten Zusammenhang handelt, ist diese Korrelation unzureichend, um zu bestätigen, dass die beiden Instrumente (NI und KEN) ein ähnliches Konstrukt erfassen. Zwischen Fragebogen zur Klinischen Einschätzung und Faktoren C (Idealistisches Selbst) und D (Hypochondrisches Selbst) des Narzissmusinventars ergab sich keine Korrelation.

Summa summarum sind die Korrelationen zwischen NI (Selbstenschätzung) und KEN (Fremdeinschätzung) als klein einzuschätzen, da der absolute Wert der Korrelationen niedrig ist. Damit kann die **Hypothese H3** dieser Untersuchung angenommen werden.

3.6. Beziehung der narzisstischen Beeinträchtigung mit der allgemeinen Psychopathologie (Standardtestpsychodiagnostik, Hypothesen 4a und 4b)

Für diesen Zweck wurden die Ergebnisse der Fremd- und Selbsteinschätzungsinstrumente analysiert. Im ersten Schritt wurde der Narzissmusglobalwert (NI, Deneke) mit den Werten der einzelnen Skalen sowie mit den Globalwerten der Fragebögen (GBB-24, SCL-90-R, IIP-D und FPI-R) verglichen. Die Ergebnisse sind in der **Tabelle 24.** dargestellt (nächste Seite).

Bei der Betrachtung der Tabelle fällt auf, dass sowohl auf der Skalenebene als auch auf der Ebene der Gesamtwerte ziemlich viele signifikante Zusammenhänge mit dem Globalwert des Narzissmus (NI) bestehen. Dieses Ergebnis wiederholt sich in der zweiten Stichprobe. Man kann wohl kaum einzelne, "besondere" Werte identifizieren, die die narzisstisch gestörten Personen charakterisieren könnten, vielmehr ergibt sich das Bild einer allgemeinen Beeinträchtigung. Wenn man die Zusammenhänge, die höher als 0,5 sind (in der Tabelle **fett** markiert), betrachtet, fällt allerdings auf, dass die meisten davon in dem SCL-90-R zu finden sind, während der IIP-D weniger und der FPI-R noch weniger so hohe Zusammenhänge mit dem Narzissmus Globalwert aufzeigt.

Der Narzissmusglobalwert (NI) korreliert am höchsten mit dem Gesamtwert des SCL-90-R (**r=.669****). Es weist auf eine hohe allgemeine Beeinträchtigung hin. Auf der Ebene der Skalen des SCL-90-R korreliert der Narzissmusglobalwert hoch mit dem Wert der Skala Nr. 8. Paranoides Denken (**r=0,663****). Diese Korrelation ist am höchsten im Vergleich

Tab.24. Korrelation des Narzissmus-Globalwertes (Narzissmusinventar) mit den Skalen- und Globalwerten der psychodiagnostischen Tests der Standarddiagnostik (Datenerhebung der 1. (N=110) und der 2. (N=151) klinischen Stichproben in der psychotherapeutisch-psychosomatischen Ambulanz des Universitätsklinikums Ulm im Zeitraum von April 2001 bis Februar 2002)

GBB-24: Der Giessener Beschwerdebogen
SCL-90-R: Die Symptom-Checkliste, deutsche revidierte Version
GSI: Global severity Index Grad der allgemeinen Beeinträchtigung
IIP-D: Inventar zur Erfassung interpersonaler Probleme, deutsche Version
FPI-R: Freiburger Persönlichkeitsinventar, revidierte Version
N: Anzahl der Probanden
** Die Korrelation ist auf dem Niveau von p<0,01 (2-seitig) signifikant
• Die Korrelation ist auf dem Niveau von p<0,05 (2-seitig) signifikant
Fett sind die Zusammenhänge markiert, die höher als 0,5 sind

Fragebogen	Skala bzw. Gesamtwert	Erste Stichprobe (N=110)	Zweite Stichprobe (N=151)
GBB-24	Beschwerdedruck	0,426**	0,416**
	Erschöpfungsneigung	0,344**	0,380**
	Magenbeschwerden	0,400**	0,270**
	Gliederschmerzen	0,270**	0,331**
	Herzbeschwerden	0,426**	0,287**
SCL-90-R	GSI	**0,669****	**0,575****
	Somatisierung	0,347**	0,354**
	Zwanghaftigkeit	**0,550****	0,491**
	Unsicherheit in Sozialkontakt	**0,611****	**0,561****
	Depressivität	**0,631****	**0,531****
	Ängstlichkeit	0,474**	0,462**
	Aggressivität/Feindseligkeit	**0,539****	0,453**
	Phobische Angst	0,405**	0,333**
	Paranoides Denken	**0,663****	**0,529****
	Psychotizismus	**0,604****	**0,563****
IIP-D	Gesamtscore	**0,617****	**0,584****
	zu autokratisch/dominant	0,407**	0,338**
	zu streitsüchtig/konkurrierend	**0,549****	0,448**
	zu abweisend/kalt	0,386**	0,348**
	zu introvertiert/sozial vermeidend	0,494**	0,443**
	zu selbstunsicher/unterwürfig	0,398**	0,438**
	zu ausnutzbar/nachgiebig	0,450**	0,429**
	zu fürsorglich/freundlich	0,492**	0,472**
	zu expressiv/aufdringlich	**0,521****	0,422**
FPI-R	Lebenszufriedenheit	-0,466**	-0,421**
	Soziale Orientierung	-0,006	0,061
	Leistungsorientiertheit	0,102	0,017
	Gehemmtheit	0,282**	0,284**
	Erregbarkeit	0,257**	0,328**
	Aggressivität	0,355**	0,489**
	Beanspruchung	0,275**	0,430**
	Körperbeschwerden	0,402**	0,386**
	Gesundheitssorgen	0,219**	-0,047
	Offenheit	0,360**	0,459**
	Extraversion	-0,080	0,008
	Emotionalität	0,474**	**0,583****

zur Korrelation mit anderen Skalen des SCL-90-R. Von daher kann eine gewisse Nähe zwischen Narzissmus und paranoidem Denken (genauso wie zwischen Narzissmus und Unsicherheit in sozialen Kontakten (Skala Nr. 3, r=0,611**) und Depressivität (Skala Nr.4, r=0,631**), sowie Psychotizismus (Skala Nr. 9, r=0,604**) festgestellt werden. Bemerkenswert ist auch, dass mit dem Globalwert des Narzissmus die "Soziale Orientierung" (Skala Nr. 2, r=-0,006) und die "Leistungsorientiertheit" (Skala Nr. 3, r=0,102) nicht korrelieren und die "Lebenszufriedenheit" (Skala Nr. 1, r=-0,466**; alles 1. Stichprobe) negativ korreliert.

Im zweiten Schritt wurden anhand des Wertes der Direkten Einschätzung des Narzissmus (Item 18. des KEN) 3 Gruppen gebildet und auf signifikanten Unterschiede zw. den Gruppen in der Standardpsychodiagnostik (GBB-24, SCL-90-R, IIP-D und FPI-R) sowie des NI (vom letzteren auch die Faktorenwerte) geprüft. Zusätzlich wurden die o.g. signifikanten Unterschiede in einzelnen Skalen des SCL-90-R untersucht. Die Ergebnisse sind in der **Tabelle 25.** dargestellt (nächste Seite). Aus Anschaulichkeitsgründen wurden die Skalen, die keine signifikanten Unterschiede zw. Mittelwert und Standardabweichung aufwiesen, aus der tabelarischen Darstellung ausgeschlossen.

Die Gruppen, zwischen denen die Unterschiede in M und SD signifikant sind, sind **fett** markiert. Die Unterschiede finden sich in allen Fällen zwischen den beiden Extremgruppen: Gruppe "Fast immer" und Gruppe "Sehr selten".

Die meisten signifikanten Unterschiede haben sich im SCL-90-R gezeigt: sowohl in den Skalen 2 (Zwanghaftigkeit), 3 (Unsicherheit in Sozialkontakt), 8 (Paranoides Denken), 9 (Psychotizismus) als auch bezüglich des Gesamtwertes GSI. Die zwei höchsten signifikanten Unterschiede zw. den Gruppen finden sich in den Skala 8 (Paranoides Denken) und Skala 9 (Psychotizismus). Außerdem gibt es einen signifikanten Unterschied bezüglich des Gesamtwertes des IIP. Bezüglich des NI gibt es einen signifikanten Unterschied bzgl. des Faktors A (Bedrohtes Selbst). In allen anderen Skalen sowie in den Global- oder Summenwerten waren die Unterschiede zwischen den Gruppen nicht signifikant.

Diese Ergebnisse waren jedoch nicht stabil: in der vorliegenden Studie wurde die zweite Stichprobe als Validierungsinstrument benutzt, und bei entsprechender Analyse ließen sich die in der ersten Stichprobe festgestellten signifikanten Unterschiede nicht bestätigen. Dafür zeigten sich zwei andere signifikante Unterschiede zwischen den Gruppen (ebenfalls zw. Gruppe 1 und 3) – bezüglich des Faktors C des NI (Idealistisches Selbst), $p<0,033$

sowie bezüglich der Therapeutischen Beziehung (HAQ) p<0,024, nicht aber im SCL-90-R. Daher können die Ergebnisse der 1. Stichprobe nicht bestätigt werden und die Hypothese **H4.** muss zurückgewiesen werden.

Tab.25. Signifikante Unterschiede der Mittelwerte (M) und Standardabweichungen (SD) der psychodiagnostischen Tests zwischen den Gruppen der narzisstischen Störung (KEN) (Datenerhebung der 1. klinischen Stichprobe (N=110) in derpsychotherapeutisch-psychosomatischen Ambulanz des Universitätsklinikums Ulm im Zeitraum von April bis September 2001)

KEN: Fragebogen zur Klinischen Einschätzung des Narzissmus
SCL-90-R: Die Symptom-Checkliste, deutsche revidierte Version
GSI: Global severity Index Grad der allgemeinen Beeinträchtigung
IIP-D: Inventar zur Erfassung interpersonaler Probleme, deutsche Version
NI: Narzissmusinventar
N: Anzahl der Probanden
Fett sind die signifikanten Unterschiede zwischen den Gruppen markiert
Der Signifikanzunterschied bezieht sich auf die einfache Varianzanalyse ANOVA

Skalen und Gesamtwerte der Testdiagnostik	Direkte Einschätzung der Ausprägung des Narzissmus (Item 18.)						Signifikanz
	Fast immer (=1)		Teils-teils (=2)		Sehr selten (=3)		
	Mittelwert	Standardabweichung	Mittelwert	Standardabweichung	Mittelwert	Standardabweichung	
GSI SCL-90-R	**1,30**	**0,70**	0,97	0,60	**0,93**	**0,54**	0,024
Skala 2 Zwanghaftigkeit SCL-90-R	**1,63**	**0,85**	1,24	0,83	**1,13**	**0,66**	0,021
Skala 3 Unsicherheit in Sozialkontakt SCL-90-R	**1,35**	**0,80**	1,06	0,67	**0,92**	**0,69**	0,040
Skala 8 Paranoides Denken SCL-90-R	**1,28**	**1,00**	0,87	0,68	**0,73**	**0,69**	0,014
Skala 9 Psychotizismus SCL-90-R	**1,05**	**0,77**	0,65	0,60	**0,64**	**0,49**	0,009
Faktor A Bedrohtes Selbst (NI)	**2,83**	**0,70**	2,52	0,50	**2,49**	**0,57**	0,029
Globalwert IIP-D	**1,58**	**0,61**	1,30	0,62	**1,24**	**0,56**	0,044

3.7. Zusammenfassung der Ergebnisse

Diese Schlussfolgerungen wurden aus der Untersuchung der ersten Stichprobe (N=110) einer psychotherapeutischen Ambulanz und der Validierung der Ergebnisse in der zweiten Stichprobe (N=151) der selben Ambulanz gewonnen.

1. Der Fragebogen zur klinischen Einschätzung des Narzissmus (KEN) hat sich als ein reliables Fremdeinschätzungsinstrument zur Erfassung des Narzissmus in der Erstuntersuchung der Patienten erwiesen: Die interne Konsistenz (Cronbach's Alpha (α=.89 (1. Stichprobe), α=.88 (2. Stichprobe) ist hoch, die Item- und Skaleninterkorrelationen sind adäquat (zw. r_{min}=-.084 und r_{max}=.696, Items, zw. r=.538 und r=.887, Skalen, 1. Stichprobe, die Ergebnisse der 2. Stichprobe sind praktisch identisch).

2. Ebenfalls mithilfe der Faktorenanalyse ließen sich 2 Skalen bilden: KEN1 (**α =.90**) und KEN2 (**α =.82**). In die Skala 1, die eher die dominanten Eigenschaften erfasste und Alpha-Narzissmus genannt wurde, gingen 7 Items ein. In die Skala 2, die eher die leidenden Eigenschaften erfasste und Omega-Narzissmus genannt wurde, gingen 8 Items ein. In der zweiten Stichprobe (N=151) hat nur das Item 6. von der Skala KEN2 zur Skala KEN1 gewechselt, die anderen Items behielten ihre Zuordnung bei.

3. Die Validität des KEN wurde mithilfe eines eigenen Instruments ("Item 18." des KEN, Direkte Einschätzung) untersucht. Alle narzissmusrelevanten Items korrelierten mit der Direkten Einschätzung des Narzissmus. Die Korrelation lag zw. r=.667** (Item 6.) und r=.326** (Item 16.). Die Validität bleibt mangels vergleichbarer Fremdeinschätzungsinstrumente fraglich und verlangt weitere Untersuchung.

4. Narzissmus kommt bereits in der Erstuntersuchung zum Vorschein und wird mithilfe von sowohl Selbst- (Narzissmusinventar, Deneke) als auch Fremdeinschätzungsinstrumenten (eigens für diese Studie entwickelter Fragebogen zur klinischen Einschätzung des Narzissmus) erfasst. Der Mittelwert des Narzissmusglobalwert (NI Deneke) ist in der 1. Stichprobe M=2,73, S=0,50, in der 2. Stichprobe M=2,70, S=0,48 (Min M=1, Max M=5). Mithilfe des Fremdeinschätzungsinstrumentes (KEN) wird bei 31,8% der Patienten der ersten Stichprobe das Vorhandensein einer narzisstischen Störung festgestellt, bei den weiteren 35,5% Patienten der 1. Stichprobe wird eine Einschätzung "die narzisstische Störung ist "teils-teils" vorhanden" vergeben. In der zweiten Stichprobe waren es 29,1%

("Narzisstische Störung fast immer vorhanden") und 39,1% ("teils-teils" vorhanden"). Damit ist festzuhalten, dass der erste Teil der **1.** Hypothese (**H1a**. Narzissmus lässt sich bereits in der Erstuntersuchung bei einigen Patienten feststellen) nicht abgelehnt werden kann.

5. Narzissmus beeinflusst die Gestaltung des Gesprächs und damit auch die Beziehung zwischen Patienten und Therapeuten. Es besteht ein deutlicher negativer Zusammenhang zwischen der narzisstischen Störung (Fremdeinschätzungsinstrument KEN) und der "therapeutischen Reaktion" (Fremdeinschätzungsinstrument KEN) (1. Stichprobe r=-.576 (Signifikanzniveau p<0,01), 2. Stichprobe r=-.500 (Signifikanzniveau p<0,01) sowie zwischen der narzisstischen Störung und therapeutischen Beziehung (1. Stichprobe r=-.297 (Signifikanzniveau p<0,01), 2. Stichprobe r=-.315 (Signifikanzniveau p<0,01). Damit ist festzuhalten, dass der zweite Teil der **1.** Hypothese (**H1b.** Narzissmus beeinflusst die Gestaltung der therapeutischen Beziehung und die Wahrnehmung des Patienten durch den Therapeuten) aufgrund dieser Ergebnisse nicht abgelehnt werden kann.

6. In der vorliegenden Studie zeigte es sich, dass die Wahrnehmung der Kränkbarkeit durch den Psychotherapeuten in der Einschätzung einer narzisstischen Störung eine bedeutsame Rolle spielt. In der 1. Stichprobe rangierte das r mit r=.712 (Signifikanzniveau p<0,01) des 5. Item des KEN "Sie/Er ist kränkbar" auf dem dritten Platz bezüglich der Korrelation mit dem Gesamtwert des KEN, in der 2. Stichprobe mit r=.746 (Signifikanzniveau p<0,01) gar auf dem Platz 2. Daher muss die **2.** Hypothese (**H2.** In der Einschätzung des Narzissmus spielt die Wahrnehmung der Kränkbarkeit durch den Psychotherapeuten eine bedeutsame Rolle) angenommen werden.

7. In der Beurteilung des Narzissmus in der Erstuntersuchung (Erstinterview in einer psychotherapeutischen Ambulanz) kommt es zu einer statistisch positiven signifikanten, aber absolut gesehen geringeren und daher nicht relevanten Übereinstimmung zwischen der Selbst- und Fremdeinschätzung: die Korrelation zwischen KEN und NI übertrifft r=.216 bei Signifikanzniveau p<0,05 nicht. Daher muss die Hypothese **3** (**H3.** In der Beurteilung des Narzissmus in der Erstuntersuchung kommt es zu keiner signifikanten Übereinstimmung zwischen Selbst- und Fremdeinschätzung) angenommen werden.

8. Narzisstische Störung, gemessen mit dem Selbsteinschätzungsinstrument (NI), steht nicht nur mit den hohen Werten in der Skala Nr. 8 ("Paranoides Denken") des SCL-90-R im Zusammenhang, sondern auch mit hohen Werten in vielen anderen Skalen sowie in den

Ergebnissen anderer psychodiagnostischen Tests. Es ergibt sich ein recht diffuses, undifferenziertes Bild der Allgemeinbeeinträchtigung. Das heißt, dass die Hypothese **4.** bzgl. der subjektiven "Unverwundbarkeit" der narzisstisch Gestörten (**H4a.** Narzisstische Beeinträchtigung geht mit niedrigen Werten in SCL-90-R einher, außer in der Skala Nr. 8 "Paranoides Denken") zurückgewiesen werden muss, diese Patienten erleben sich wider Erwarten als in vielen Bereichen beeinträchtigt.

9. Auch geht eine narzisstische Störung (Selbsteinschätzung, NI) mit hohen Werten in den meisten IIP-D Skalen einher, und nicht nur in den Skalen Nr. 6 ("Zu ausnutzbar/ nachgiebig") und Nr. 7 ("Zu fürsorglich/freundlich"), wie a priori angenommen. Daher muss festgehalten werden, dass die Hypothese **H4b**. (Narzisstisch gestörte Personen zeigen in IIP-D Skalen Nr. 6 (zu ausnutzbar/nachgiebig) und Nr. 7. (zu fürsorglich/freundlich) niedrige Werte) aufgrund vorliegender Untersuchung nicht bestätigt werden kann.

11. Unterteilt man die Stichprobe anhand des Narzissmuswertes (KEN) in drei Gruppen (Narzissmus kommt "sehr selten", "teils-teils", "fast immer" vor), zeigt sich in Bezug auf den Zusammenhang mit Skalen der Standardtestpsychodiagnostik ein etwas anderes Bild: die zwei Extremgruppen ("sehr selten" und "fast immer") unterscheiden sich signifikant angesichts der SCL-90-R Skalen 2 (Zwanghaftigkeit), 3 (Unsicherheit in Sozialkontakt), 8 (Paranoides Denken), 9 (Psychotizismus) als auch bezüglich des Gesamtwertes GSI. Die zwei höchsten signifikanten Unterschiede zw. den Gruppen finden sich in der Skala 8 (Paranoides Denken) und der Skala 9 (Psychotizismus). Außerdem gibt es einen signifikanten Unterschied bezüglich des Gesamtwertes des IIP. Bezüglich des NI gibt es einen signifikanten Unterschied bzgl. des Faktors A (Bedrohtes Selbst). Diese Unterschiede blieben jedoch nicht stabil, bestätigten sich in der zweiten Stichprobe nicht. Daher muss auch anhand dieses Teils der Untersuchung die **Hypothese 4.** abgelehnt werden.

4. Diskussion

Ziele der vorliegenden Arbeit waren, das Vorkommen der narzisstischen Störung in der Erstbegegnung in einer psychosomatisch-psychotherapeutischen Universitätsambulanz, die inhaltliche Ausgestaltung und die Zusammenhänge dieser Störung mit der Gestaltung der therapeutischen Beziehung und mit der allgemeinen Psychopathologie zu untersuchen sowie die Selbst- und Fremdeinschätzung der narzisstischen Störung zu vergleichen.

4.1. Diskussion der Methoden

4.1.1. Narzissmusinventar (NI, Deneke 1988)

Das Inventar wurde zum Einen für die Selbsteinschätzung der narzisstischen Störung verwendet, zum Anderen war es ursprünglich als Validierungsinstrument des neu entwickelten Fremdeinschätzungsfragebogens (KEN) vorgesehen.

Das NI ist der gängige Fragebogen in der Narzissmusdiagnostik im deutschsprachigen Raum. Seine Reliabilität und Validität stellen die Autoren als bestätigt vor, dennoch sind diese Qualitätsmerkmale wahrscheinlich aufgrund mangelnder Konkurrenz - keine vergleichbaren Fragebögen, die über ähnliche Bekanntheit und Beliebtheit verfügen - und infolge wohl der inhaltlichen Überzeugungskraft nicht sehr ausgiebig untersucht (Deneke 1988, Rauchfleisch 1995, Meder 2004). Für den konzeptionell denkenden Praktiker ist dieses Inventar gewinnbringend, da die Diagnostik sich nicht auf die Feststellung einer Persönlichkeitsstörung beschränkt, sondern in der Diagnostik der narzisstischen Störung bzw. der narzisstischen Züge bzw. der "narzisstischen Persönlichkeitsregulierung" allgemein anzuwenden ist (Deneke 1988). Die Länge (163 Items) und der damit verbundene Auswertungsaufwand sowie die ungleiche Zahl der Items in unterschiedlichen Skalen stellen jedoch eine gewisse Herausforderung dar und sind schon anderen Anwendern ins Auge gesprungen, das Inventar hat inzwischen zwei Optimierungen erfahren: die erste hat den Fragebogen auf 90 Items reduziert, bei der alten Zahl der Skalen (N=18) und Faktoren (N=4), jeder Skala wurden jeweils 5 Items zugeordnet (Schoeneich, 2000). Die zweite optimierte Version erfasst insgesamt 20 Items (Daig 2010) und ist offenbar ausreichend reliabel und valide. Das lässt die Annahme zu, dass auch kurze Fragebögen, trotz der Komplexität der Materie, aussagekräftig sein können – es hat sich in der vorliegenden

Studie ebenso gezeigt, dass der kurze Fragebogen für Fremdeinschätzung des Narzissmus (KEN) gute statistische Werte aufweist. Für die vorliegende Studie wurde die volle Version des NI gewählt, nicht nur, weil zum Zeitpunkt des Beginns der Studie die kurzen Versionen noch nicht vorhanden waren, sondern auch weil man in der Studie die mögliche inhaltliche Vielfalt der narzisstischen Störung erfassen wollte.

4.1.2. Diskussion der Routinetestpsychodiagnostik

Der größte Anteil der in der Studie verwendeten Daten stammt aus der Routinetest-psychodiagnostik (GBB-24, IIP-D, SCL-90-R, FPI-D). Die Daten wurden verwendet, um die psychosomatische und interpersonelle Beeinträchtigung der Probanden einschätzen und messen zu können. Diese Herangehensweise war zum Teil der Fragestellung der Studie gerecht, zum Teil hat sie jedoch auch neue Fragen aufgeworfen: in der ersten Stichprobe gibt es Zusammenhänge zwischen einer narzisstischen Störung und einer allgemeinen Beeinträchtigung der Patienten. In der zweiten Stichprobe – obwohl die Stichproben anhand ihrer soziodemographischen und auch psychometrischen Daten keine signifikanten Unterschiede aufweisen – halten diese Zusammenhänge nicht stand (s. auch Kapitel 4.7. dieser Studie).

4.1.3. Diskussion der Stichproben

4.1.3.1.Patientenstichproben

Die damalige Realität der psychotherapeutisch-psychosomatischen Ambulanz (ca. 400 Neuanmeldungen/Jahr) ermöglichte, dass eine ausreichend große Stichprobe der Patienten in relativ kurzer Zeit untersucht werden konnte (der Zeitraum der Erhebung der Daten bezog sich auf knapp 10 Monate). Die Patienten wurden unselektiert in die Studie aufgenommen. Da die Universitätsambulanz eine öffentliche Einrichtung ist, ist davon auszugehen, dass das Patientenklientiel zumindest tendenziell die Breite für die ambulante psychotherapeutische Untersuchung und Behandlung relevanter Beeinträchtigungen und Störungen abbildete. Die hohe Zahl der Patienten war von Vorteil, da sie ermöglichte, 2 Stichproben zu bilden und die Analyse der Daten der 2. Stichprobe für die Überprüfung der Ergebnisse der 1. Stichprobe zu nutzen. So wurden die Ergebnisse der Untersuchung vali-

diert, dies erhöhte die Qualität der Arbeit und ermöglichte einen tieferen Einblick in die Ergebnisse i.S., ob diese stabil sind, der Überprüfung stand halten.

Bei der Betrachtung der beiden Stichproben fällt auf, dass die Patienten, die in der Zeit die psychotherapeutische Ambulanz aufgesucht haben, sich nicht gesund gefühlt haben. Knapp über die Hälfte der Patienten war im letzten Jahr vor der Untersuchung krank geschrieben gewesen, fast die Hälfte der Patienten wurde bereits psychiatrisch/psychotherapeutisch vorbehandelt. Die Beeinträchtigung signalisiert auch der GSI-Wert des SCL-90-R, der in der ersten Stichprobe 1,06, in der zweiten Stichprobe 1,02 beträgt. Das sind Maße, die auch in anderen ambulanten Stichproben festgestellt werden.

Auch wenn die Mittelwerte der Stichproben "nach Augenmaß" sich etwas zu unterscheiden scheinen (die 2. Stichprobe erscheint weniger beeinträchtigt), ist dieser Unterschied statistisch nicht signifikant. Das heißt, dass die Ergebnisse der Untersuchung der 2. Stichprobe für den Vergleich mit den Ergebnissen der 1. Stichprobe geeignet sind.

4.1.3.2. Psychotherapeutenstichprobe

Der Großteil der Patienten wurden von erfahrenen langjährigen Mitarbeitern der Psychotherapeutischen Ambulanz untersucht. Alle Erstuntersuchungen wurden 2 mal/Woche, d.h. zeitnah, in der sogenannten Ambulanzkonferenz diskutiert, an der alle Mitarbeiter, die klinisch mit den Patienten arbeiteten, teilnahmen. In der Konferenz herrschte eine überwiegend psychoanalytisch-tiefenpsychologisch geprägte Herangehensweise, bestimmt durch die Bevorzugung dieser Psychotherapierichtungen und durch die damalige allgemeine Atmosphäre in der Ambulanz. Daher ist nicht auszuzschließen, dass die Einschätzung der Patienten durch jeden einzelnen Untersucher durch diese Atmosphäre beeinflusst wurde, d.h. dass der Eindruck der Konferenz in die Einschätzung eines einzelnen Patienten durch einen einzelnen Psychotherapeuten mit eingeflossen war ("Gruppenkultur", Foulkes, zit. nach Pines, 1979, S. 730).

22 Datensätze, die in der 2. Stichprobe durch einen neu hinzugekommenen Kollegen erhoben wurden, wurden aus der Gesamtauswertung ausgeschlossen, da dieser Kollege in der Erhebung der 1. Stichprobe nicht teilgenommen hat, und es war sinnvoll, die Gruppe der Psychotherapeuten möglichst homogen zu halten zwecks der Vergleichbarkeit der 1.

und der 2. Stichprobe. Dennoch wurden diese nicht in die Studie aufgenommenen Daten gesichtet, und es stellte sich ein bemerkenswertes Phänomen heraus: nicht ein einziger der von diesem neuen Kollegen im Erstinterview gesehenen Patienten wurde von ihm als narzisstisch gestört eingestuft. Ein Teil dieses Phänomens könnte die Tatsache erklären, dass dieser Kollege eine spezielle, bereits bei der Anmeldung vorselektierte Patientinnengruppe untersuchte (essgestörte Patientinnen). Man könnte annehmen, dasss dieses spezielle Klientel der essgestörten Frauen andere, nicht narzisstisch betonte Probleme und Schwierigkeiten während der ersten Untersuchung in den Vordergrund stellte. Andererseits kam in den Einschätzungen anderer Kollegen, die ebenfalls essgestörte Patienten untersuchten, durchaus auch eine narzisstische Störung vor, d.h. die essgestörten Patienten wurden von länger in der Abteilung arbeitenden Kollegen, die die "Abteilungskultur" teilten, zusätzlich auch als narzisstisch gestört eingeschätzt. Der neue Kollege kam sozusagen aus einer anderen "therapeutischen Kultur" und vertrat auch spezielle theoretische und praktische Ansätze (überwiegend den systemischen und den kognitiv-verhaltenstherapeutischen Ansatz), die bei den länger in der Ambulanz arbeitenden Kollegen nicht so eindeutig im Vordergrund standen. Möglicherweise teilte der neue Kollege das eher dem psychoanalytischen Denken immanente Konzept des Narzissmus nicht. In diesem Kontext muss die spannende Frage offen bleiben, ob die "Kultur" einer über längere Zeit eng miteinander arbeitenden Gruppe die Art des Denkens i.S. der "Gruppenkultur" beeinflusst: "die Gruppe "entscheidet", was in ihren Diskurs hereingenommen wird und was nicht, und auf dieser Basis entwickelt sie ihre eigene, einzigartige Kultur" (Begriff von Foulkes, beschrieben vom Pines, 1979, S. 730). Dieser Befund macht auf jeden Fall nachdenklich – findet man dann tatsächlich die "Eier", die man "selbst gelegt" hat, d.h. wenn man den Narzissmus kennt und danach sucht, findet man ihn eher, als wenn man das Konzept nicht so oft gebraucht?

4.2. Diskussion der Konstruktion des Fragebogens zur Fremdeinschätzung (Klinische Einschätzung des Narzissmus, KEN) und dessen statistischer Kennwerte

Es wurde entschieden, ein eigenes Instrument für die Diagnostik der narzisstischen Phänomene zu entwickeln, da keines der zur Verfügung stehenden Instrumente der Fremdeinschätzung (SKID-II, DIN) einerseits die Vielfalt des ambulanten klinischen Alltags abzu-

bilden schien, andererseits sind diese Instrumente zwar differenziert und valide, jedoch umfangreich, zeitliche und weitere spezielle Ressourcen fordernd (z.B. eine vorausgehende Schulung).

Eine der zwei Quellen des KEN waren die 9 Kriterien der narzisstischen Persönlichkeitsstörung des DSM-IV bzw. DSM-IV-TR (in der Zeit der Konstruktion und Durchführung der Studie die einzige gängige klinische Leitlinie für die Diagnostik des Narzissmus). Zwecks Handhabbarkeit des Fragebogens (er sollte nicht umfangreicher als 1 Seite sein) wurden die Items unwesentlich gekürzt formuliert, jedoch ohne den Sinn der Formulierung zu verlieren oder zu verzerren. Zum Beispiel das Kriterium 6. des DSM-IV "Er ist in zwischenmenschlichen Beziehungen ausbeuterisch, d.h. zieht Nutzen aus anderen, um die eigenen Ziele zu erreichen" wurde folgendermaßen gekürzt formuliert: "Sie/Er nutzt zwischenmenschliche Beziehungen aus" (Item 10., KEN).

Eine Persönlichkeitsstörung ist eine schwerwiegende Diagnose und bildet nicht das ganze Spektrum der Störungen ab. Manch andere Krankheitsbilder (z.B. eine Zwangsstörung) haben sowohl auf der Ebene der Persönlichkeitsstörung (obsessiv-kompulsive Persönlichkeitsstörung, DSM-5, anankastische Persönlichkeitsstörung, ICD-10) als auch auf der Ebene einer neurotischen Störung (Zwangsstörung im Kapitel F4 des ICD-10 (Neurotische-, Belastungs- und somatoforme Störungen)) eine entsprechende diagnostische Kategorie. Die narzisstische Störung hat diese Abstufung in der Kategorisierung bisher nicht erfahren, z.B. gibt es eine narzisstische Störung auf einem neurotischen Niveau, eine "narzisstische Neurose", im DSM und in jedem weiteren diagnostischen System nicht. Das erscheint dem Kontinuum Narzissmus nicht ganz gerecht. Wenn es einen gesunden und einen pathologischen Narzissmus gibt, wie kommt man von einem zum anderen? Es muss eine "Zwischenkategorie" geben, z.B. in Form einer neurotischen Störung, oder erstmal etwas allgemeiner, einer *Störung* überhaupt.

Deshalb wurde in dieser Studie versucht, nicht eine narzistische Persönlichkeitsstörung zu erfassen, die im klinischen Alltag einer psychotherapeutisch-psychosomatischen Ambulanz eher eine marginale Erscheinung ist (die Prävalenzdaten variieren sehr, übersteigen in den meisten beschriebenen selbst klinischen Stichproben jedoch keine 3%), sondern eine allgemeiner verstandene *narzisstische Störung*, um einer der Sache nicht gerechten Einengung auf eine sehr spezielle Kategorie zu entgehen. Auch Dammann kritisierte

neuerdings (2012), dass die im DSM ausgeführten Eingenschaften nicht die ganze Vielfalt der narzisstischen Störung abbilden, sondern nur den hochgradig pathologischen Narzissmus, der an die Dissozialität grenzt und eher für männliche Personen typisch ist. Der sensible, vulnerable, weibliche Narzisst werde mit diesem diagnostischen Raster nicht erfasst, sondern falle durch (Dammann, 2012).

In der Fachliteratur und im klinischen Alltag wird selten explizit nur von einer narzisstischen Persönlichkeitsstörung gesprochen. Sehr oft wird der allgemeinere Begriff "Narzissmus" verwendet (Altmeyer 2000, 2006, 2011, Gast 2006, Kast 2004, Symington 1999, Wirth 2006). Die häufig sowohl in der Fachliteratur und im klinischen Alltag vorkommenden und typisch zu sein scheinenden Charakteristika des Narzissmus wurden daher als zweite Quelle für den KEN verwendet und 6 weitere Items gebildet (weil 6 sinnvolle Entitäten formuliert werden konnten). In dieser Hinsicht wurden folgende Eingenschaften eingeschlossen: Kränkbarkeit, Verletzbarkeit, affektive Labilität, Rückzugsneigung, depressive Einbrüche, Gefühl der Leere. Zum Beispiel Item 14. "Sie/Er ist schnell verletzt und zieht sich zurück". Dieses und weitere Items sollten die fragile Selbstregulation erfassen, auf die die führenden Autoren (Kohut 1973, Kernberg 1996, 2006, Kast 2004, Altmeier 2000) hinweisen.

Die 2 Items (Item 8. "Ich finde sie/ihn sympathisch" und Item 17. "Ihre/Seine Schilderung war mir gut nachvollziehbar") wurden zuerst als "Füllmaterial" in den Fragebogen eingeführt, um die narzissmusrelevanten Items zu durchsetzen, den Fragebogen lockerer erscheinen zu lassen. Diese Praxis der "Ballastitems" ist bekannt, z.B. beinhaltet das SCL-90-R auch 7 solche Items, die nicht in die Auswertung sowohl der Skalen als auch die Gesamtauswertung eingehen, obwohl sie inhaltlich gewichtig zu sein scheinen (z.B. Item Nr. 59, "Wie sehr litten Sie in den letzten sieben Tagen an Gedanken an den Tod und das Sterben"). Anfangs war es nicht beabsichtigt, diese 2 Items in die Auswertung mit einzubeziehen. Bei der Sichtung der ersten Daten fiel jedoch auf, dass auch diese 2 Items eine wertvolle Information über das Beziehungserleben seitens des Therapeuten bieten könnten, was sich bei der Auswertung der gesamten Stichproben als zutreffend erwiesen hat (s. auch Kapitel 4.4. dieser Arbeit).

4.2.1. Diskussion der Reliabilität des KEN und seiner Skalen KEN1 und KEN2

Die Reliabilität macht eine Aussage darüber, ob der Fragebogen in sich konsistent ist, d.h. ob man davon ausgehen kann, dass ein übergeordnetes Konstrukt im Hintergrund steht, das die einzelnen Items darstellen. Die Reliabilität wurde mithilfe von Faktoren- und Clusteranalyse sowie Cronbachs-Alpha untersucht, auch wurde die Iteminterkorrelation berechnet und – als sich zeigte, dass sich die Items in 2 Skalen zuordnen lassen – auch die interne Konsistenz innerhalb der Skalen. Alle statistischen Kennwerte waren als gut zu bewerten. Es ließen sich stabile Skalen bilden, die sich anhand der Faktoren- und Clusteranalyse beinah deckungsgleich zeigten (nur ein Item wechelte die Zuordnung).

Mithilfe der Faktorenanalyse ließen sich 3 Faktoren mit Eigenwert >1 extrahieren. Auf den dritten Faktor lud jedoch nur ein Item signifikant (Item 1.), so dass zwei Skalen gebildet wurden, die Skala KEN1 und KEN2 (Alpha-Narzissmus und Omega-Narzissmus) genannt wurden. Die Namensgebung der Skalen wurde an die Bezeichnung aus der Sozialpsychologie angelehnt. Dort wird die in der Gruppe dominierende Position mit Alpha-Position, die sich unterordnende Position mit Omega-Position beschrieben (Schindler, 1957, S. 309-311).

Die graphische Darstellung der Faktorenanalyse zeigt, dass die Probanden der Studie entweder die Eigenschaften der Skala KEN2 aufweisen (d.h. sich überwiegend im Zustand des "Omega-Narzissmus" befinden), oder die Eigenschaften besitzen, die *sowohl* zur Skala KEN1 *als auch* zur Skala KEN2 gehören (d.h. zwischen den Zuständen des "Alpha-Narzissmus" und des "Omega-Narzissmus" oszillieren), oder *weder* Merkmale der Skala KEN1 *noch* der Skala KEN2 aufweisen (d.h. der Narzissmus zeigt sich als unauffällig). In der Stichprobe dieser Studie haben sich keine Probanden gefunden, die *nur* die Eigenschaften des Skala KEN1 aufweisen, d.h. sich nur im Zustand des "Alpha-Narzissmus" befinden. Dies ist hochwahrscheinlich damit zu erklären, dass die Probanden Ambulanzpatienten waren, die also über mehr oder weniger ausgeprägten Leidensdruck verfügten, und deshalb sich in der Ambulanz vorstellten. Die reinen "Alpha-Narzissten" haben vermutlich keinen Leidensdruck, es ist anzunehmen, dass zumindest ihr Narzissmus in hohem Maße ich-synton ist.

Die in die Skala KEN1 eingeflossenen Items sind größtenteils in Anlehnung an die DSM-IV Kriterien einer Narzisstischen Persönlichkeitsstörung formuliert worden. Die Inhaltsanalyse der Items suggeriert eher aktive Tendenzen, die der dominanten, "beherrschenden" Seite näher zu stehen scheinen ("Beziehungen ausnutzen", "Sich arrogant benehmen" etc.). Deshalb wurde die Skala KEN1 "Alpha-Narzissmus" genannt. Von der Skala KEN1 war es im Grunde auch zu erwarten, dass sich die Items einem sinnvollen Konstrukt zuordnen lassen, da es die Kriterien waren, die bereits zumindest faktorenanalytisch untersucht wurden, bevor sie als diagnostischen Kriterien in DSM-IV aufgenommen wurden (der Autorin ist es allerdings nicht gelungen, in der einschlägigen Literatur einen genaueren Hinweis auf die Faktorenanalyse dieser neun Eigenschaften zu finden). Erfreulich ist, dass die von der Verfasserin hinzugefügten Items sich auch zu einer Skala, genannt KEN2, zuordnen ließen, die ebenso eine gute interne Konsistenz aufweist, und dass diese Skala das gesamte Konstrukt nicht "zerstört" hat, sondern sich in das Konstrukt einordnete und es ergänzte.

Auf der Ebene der Items fällt auf, dass manche Items höher mit der Hauptkomponente korrelieren, z.B. das Item 14. "Sie/Er ist schnell verletzt und zieht sich zurück" und Item 13. "Sie/Er ist schnell aus dem Gleichgewicht zu bringen". Beide diese Items, deren Kommunalitäten am höchsten sind, wurden in den Fragebogen nicht aus dem DSM, sondern aus der Fachliteratur und aus der klinischen Praxis übernommen (Kast 2004, S. 219, Kilian 2004, S. 248). Die zwei Items, die die niedrigsten Kommunalitäten aufweisen (Item 1. "Ihr/Sein Selbstwertproblem ist zentral"; Item 16. "Sie/Er hat depressive Einbrüche, stabilisiert sich aber schnell"), wurden ebenso von der klinischen Praxis ausgehend formuliert. Die breitere Streuung der Korrelationen spricht dafür, dass die Skala KEN2 weniger kohärent ist, was sich auch im Cronbachs Alpha abbildet, das etwas niedriger, jedoch noch immer als gut zu werten ist.

Es scheint, dass in dieser Stichprobe für die klinische Díagnostik einige (bisher) nicht in die wissenschaftlich fundierten diagnostischen Instrumente eingegangene Items brauchbar sind, wie die 2 erstgenannten Items, und manche weniger brauchbar, wie die 2 letztgenannten, obwohl sie in der Praxis doch relativ häufig mit dem Narzissmus in Verbindung gebracht werden.

Auf der Ebene der Iteminterkorrelation fällt auf, dass die Items 4. ("Sie/Er beschäftigt sich mit "Größenphantasien") und 7. ("Sie er verlangt nach Bewunderung") am höchsten

korrelieren. Diese Korrelation gibt Hinweis darauf, dass sie wahrscheinlich ähnliche Aspekte des Narzissmus erfassen bzw. einen engen Zusammenhang zwischen diesen Aspekten aufweisen (z.B. die Bewunderung soll die Größenphantasie bestätigen/unterstützen). Diese zwei Items gehören der gleichen Skala (KEN1) an.

Die Items, die am geringsten miteinander korrelieren, sind Item 2. ("Sie/Er ist der Ansicht, dass sie/er ganz besonders ist") und Item 13. ("Sie/Er ist schnell verletzt und zieht sich zurück"). Man könnte vermuten, dass es sich in diesem Fall um sich widersprechende Aspekte des Narzissmus handelt und so kommt entweder der eine oder der andere zum Vorschein und wird registrierbar. Diese zwei Items gehören zwei verschiedenen Skalen an (das Item 2. ist in die Skala KEN1, das Item 13. – in die Skala KEN2 eingeschlossen).

In den letzten zwei Jahrzehnten ist in der Fachwelt eine Tendenz zu beobachten, die narzisstische Störung zu differenzieren und zu typologisieren: z.B. einen offenen, grandiosen und einen verdeckten, vulnerablen Narzissmus zu beschreiben (Akhtar 1996, 2006, Ritter 2006, Neumann 2010). Es werden einzelne Narzissmustypen in der Adoleszenz beschrieben: aggrandisierter, dissoziativer, turbulenter Typ (Grimmer 2012). Von den 2 in der Studie formulierten Skalen (Alpha- und Omega-Narzissmus) kommen inhaltlich die Erste dem offenen und die Zweite dem "verdeckten", vulnerablen Narzissmus (Akhtar 2006, Neumann 2010) oder der "hypervigilanten narzisstischen Persönlichkeit" (Gabbard 2006, S. 697) bzw. dem "dünnhäutigen" Narzissten" (Rosenfeld 1990, S. 371) nahe.

4.2.2. Diskussion der Validität des KEN

Die Prüfung der Validität des neuen Fragebogens konnte nur bedingt durchgeführt werden, da keine vergleichbaren Fremdeinschätzungsinstrumente für die Einschätzung des Narzissmus bekannt sind. Statistisch wurden die Korrelationen zwischen dem Fragebogen zur Klinischen Einschätzung (KEN) und dem Narzissmusinventar (NI) berechnet. Es stellte sich heraus, dass diese, obwohl vorhanden, als unzureichend einzuschätzen ist. Man kann annehmen, dass diese beiden Instrumente annährend dasselbe Konstrukt erfassen (Korrelation nicht hoch, aber vorhanden und positiv). Dennoch lässt diese schwache Korrelation entweder den Unterschied der zwei Konstrukte annehmen, die im Hintergrund der Konstruktion dieser zwei Fragebögen zur Diagnostik des Narzissmus standen, oder/und

an die auffällige Differenz zwischen Selbst- und Fremdeinschätzungsinstrumenten und an die Gründe dieser Differenz denken.

Zum Unterschied der Konstrukte: vermutlich liegt es daran, dass sich Deneke beim Konzipieren des Inventars hauptsächlich auf die Narzissmustheorie vom Kohut und Wolf (1989) bezogen hat, wie auch die Autorin beim Formulieren der Items, die sich mithilfe der Faktorenanalyse zur Skala KEN2 "organisierten" (die Korellation ist zw. dieser Skala und dem Globalen Wert des NI höher). Die Skala KEN1 des KEN, die an DSM-Kriterien der Narzisstischen Persönlichkeitsstörung angelehnt wurde (diese Kriterien sind in das NI nicht eingegangen) korreliert nicht mit dem NI.

4.3. Narzissmus im Erstgespräch

Bezüglich der Fassbarkeit dieses komplexen Phänomens im klinischen Alltag gibt es widersprüchliche Aussagen: Tress geht z.B. davon aus, dass die narzisstische Persönlichkeitsstörung evtl. eher erst im Verlauf der psychotherapeutischen Behandlung zum Vorschein kommt (Tress, 2002). Die vorliegende Studie kann keine Aussage darüber machen, ob und wie sich die narzisstische Störung im Verlauf der Behandlung äußert, da nur die Erstbegegnung (Erstinterview) untersucht wurde. Es ließ sich dabei feststellen, dass eine narzisstische Störung durchaus auch in der ersten Begegnung greifbar ist: in beiden Stichproben der vorliegenden Studie haben die Therapeuten bei je einem Drittel der Patienten das Vorkommen der narzisstischen Störung festgestellt, je ein weiteres Drittel hat die Zuordnung "teils-teils" erfahren, und nur bei je einem Drittel der Patienten war die narzisstische Störung als "sehr selten" eingestuft. Das ist eine ausreichend hohe Zahl, die Hinweis darauf gibt, dass in dieser Stichprobe die narzisstische Störung keine marginale Erscheinung war. Dieser Befund deckt sich auch mit dem Inhalt der Ambulanzkonferenz, in der jedes Erstgespräch vorgestellt und u.a. auch über "narzisstische Züge", "narzisstische Abwehr", "narzisstische Persönlichkeit" diskutiert wurde. Für die Erfassung der Störung hat sich der neu entwickelte Fremdeinschätzungsfragebogen (KEN) als brauchbares, reliables Instrument erwiesen.

4.4. Narzissmus und Beziehung

Anfang des 20ten Jahrhunderts haben die Psychoanalytiker die Beziehungsaufnahme eines narzisstisch gestörten Menschen als eine "Unfähigkeit für eine Beziehung" beschrieben, dementsprechend auch als eine Unfähigkeit, eine Übertragungsneurose zu entwickeln (Freud 1999). Das Verständnis für eine solche Art der Beziehungsgestaltung hat sich erweitert und entwickelt. Dass in der Narzissmusgenese und in der einer narzisstischen Störung ein Beziehungsgeschehen wirksam ist, war zu S. Freud's Zeiten noch nicht klar formuliert. Spätestens Kernberg (1978) und Kohut (1971) beschreiben die Rolle der Bezugspersonen in der Entstehung und im Verlauf der narzisstischen Störung, Fiedler (1995) erwähnt es nachdrücklich, Sachse (2002), Altmeier (2000, 2011). Ebenfalls gibt es in der Fachliteratur seit den 70-ger Jahren Ansätze, "den Narzissmus" nicht mehr als einen Monoliten zu betrachten, sondern ihn zu differenzieren. Inzwischen ist man eher zum Schluss gekommen, dass nur einzelne, sehr pathologisch geprägte Narzissten unfähig sind, eine "Übertragungsneurose zu entwickeln" (diese entwickeln auch eine, jedoch eine sehr destruktive, grausame, Kernberg 2006, Steiner 2011).

Heutzutage hat sich die Perspektive gewandelt, z.B. eine "Nicht-Beziehung" wird auch als eine Beziehung betrachtet. Der Betroffene inszeniert in der therapeutischen Begegnung (die Erstuntersuchung ist auch eine solche) seine innere Beziehungswelt, gekennzeichnet von Verzweiflung, Zurückweisung und Zurückweisungsangst, Entwertung, Verletzung und Kränkung, andererseits auch Verwöhnung, Abhängigkeit und Angewiesensein auf die Anerkennung seitens anderer, um nur einige zentrale Affekte, Ängste und Aspekte der narzisstischen Beziehungsgestaltung zu nennen.

Narzissmus ist hochgradig widersprüchlich – hat man mit einem narzisstisch geprägten/-gestörten Menschen zu tun, versteht man, was mit der Widersprüchlichkeit gemeint ist: man befindet sich stets im Wechselbad der Gefühle. Einerseits fühlt man sich begeistert, geschmeichelt, eingenommen, verführt, mitgerissen, andererseits kommt man sich beschlagnahmt, ausgenutzt, befremdet vor, als ob "nicht man selbst gemeint ist", sondern als eine Projektionsfläche, ein Selbstobjekt, das Bewunderung, Bestätigung, bedingungslose Wunschbefriedigung liefern und gleichzeitig mit den eigenen Bedürfnissen nicht stören soll. Man wird angezogen und auf Abstand gehalten, und das im raschen Wechsel (z.B. spricht Gabbard von "Kollusion mit Idealisierung" und "Langeweile und Verachtung",

2006, S. 698-700). Dieser extrem anstrengenden und hoch konfliktträchtigen Beziehungskonstellation liegt die "Zerrissenheit" oder "Spaltung" (Kernberg 2006) der narzisstisch gestörten Person zugrunde: er kann nicht ohne Menschen, weil er auf die Anerkennung und Bestätigung angewiesen ist, aber er kann auch nicht mit Menschen, weil er aufgrund seines instabilen Selbstwertgefühls und vor allem seiner extremen Neidproblematik es niemandem und nichts gönnt – so muss er auch die Bestätigung kaputt machen, weil sie im entgegengesetzten Fall das Zugestehen der Kompetenzen beinhalten müsste.

In der vorliegenden Studie zeigte sich zu oben beschriebenen Phänomenen passend, dass eine signifikante negative Korrelation der "therapeutischen Reaktion" des KEN mit sowohl der Einschätzung der therapeutischer Beziehung (HAQ) als auch mit dem Gesamtwert des Narzissmus (KEN) besteht. Das heißt, dass, wenn der Therapeut den Patienten als "narzisstisch gestört" einzuschätzen tendiert, dann tendiert seine Empfindung des Patienten gleichzeitig in die Richtung, dass er ihn als nicht sympathisch und seine Schilderung als nicht nachvollziehbar erlebt (Items 8. und 17. des KEN). Die therapeutische Beziehung wird seitens des Therapeuten in diesem Fall als ungünstig empfunden, d.h. der Therapeut schätzt sich selbst ein, dass er sich in den Patienten schlecht einfühlen kann, dass er und der Patient unähnliche Vorstellungen über das Therapieziel haben, der Patient wird als unmotiviert sowie unzugänglich erlebt und die therapeutische Arbeit als unangenehm etc. (Items Nr. 1, 2, 4, 5, 9 des HAQ). In dieser Studie kann die Annahme von Kast, dass die "Erstgespräche mit diesen Menschen [...] meistens sehr interessant und anregend [sind], es ereignet sich etwas vom Schwung eines guten Flirts" (2004, S. 220), nicht bestätigt werden.

Prima vista überraschen diese Ergebnisse wenig: es gehört zum Allgemeingut der Menschheit, dass wenn wir jemanden als sympathisch und nachvollziehbar empfinden, auch die Beziehung als günstig einschätzen. Betrachtet man jedoch dieses Ergebnis aus der klinischen Perspektive, wird man nachdenklich: die Patienten sind nicht auf der Suche nach einer Psychotherapie, weil sie sich gut fühlen und die Beziehungen gut gestalten können. Meistens ist genau das Gegenteil der Fall, die Patienten leiden und sind manchmal auch selbst unleidig. Offenbar nimmt dann die Chance aber auch beim Therapeuten ab, angenommen zu werden, lässt er sich doch seinerseits von der Sympathie leiten. "Der Patient lässt aber den Therapeuten nicht als eigene Person gelten. Dies kann im Therapeuten aus Kränkung resultierende aggressive Gegenübertragungsgefühle und Protestimpulse

wecken" (Stirn, Hartkamp, 2004, S. 208). Das stellt ein spezielles behandlungstechnisches Problem dar, das in der Fachliteratur vielseitig beschrieben wurde (Kernberg, Kohut, Green etc.). Das Gegenübertragungsgefühl, das der Psychotherapeut bekommt, ist ein wichtiges Instrument in der Diagnostik einer narzisstischen Störung. Hohage (2004) merkt dazu an: "Oft kommen narzisstische Persönlichkeitsanteile nur dadurch in den Fokus der Aufmerksamkeit, dass sie störend die therapeutische Beziehung prägen und Anlass zu Konflikten bieten" (S. 226). Diese Störung, verbunden mit "ausgeprägter Intrusivität der narzisstischen Patienten" (S. 228), besteht offenbar bereits im Erstgespräch. Es wäre zu überlegen, ob der "destruktive Narzismus", von dem einige Autoren überzeugt sind (Rosenfeld 1990, Green 2004, Kernberg 2006), bereits im Erstkontakt (Erstuntersuchung) wirksam wird. Es ist anzunehmen, dass die Erstbegegnung für den Patienten auch eine verunsichernde und seinen Neid wie seine Abwehr aktivierende Situation ist, da er einer a priori kompetenten und deshalb zu beneidenden Person (Psychotherapeut) gegenüber tritt. "Eine Hauptfunktion des Narzissmus besteht darin, jedes Bewusstsein des Neides und der Destruktivität zu kaschieren und dem Patienten diese Gefühle zu ersparen" (Rosenfeld 1990, S. 142-143). Hier deutet Rosenfeld auch den Abwehrcharakter der narzisstischen Interaktion. Dass Narzissmus über "Objektalität" (Küchenhoff 2004, S. 160) verfügt, wird inzwischen breit vertreten, s. insbesondere auch Altmeier (2000, 2011).

Der dieser Studie zur Verfügung stehende Datensatz ermöglichte die Untersuchung des Einflusses dieser therapeutischen Reaktion und der therapeutischen Beziehung auf die abschließende Therapievereinbarung nicht, da bei der Erfassung der Therapieempfehlung nicht differenziert wird z.B. zwischen verbindlicher Therapieempfehlung in und außerhalb der Ambulanz. So konnte man der relevanten Frage nicht nachgehen, ob der Patient in die Behandlung übernommen oder "weggeschickt" wird, oder wurde ihm gar keine Therapie empfohlen?

4.5. Narzissmus und Kränkbarkeit

Auch von einem anderen Blickwinkel aus betrachtet, liegt es nahe, dass die narzisstischen Phänomene in der Erstuntersuchungssituation vielleicht sogar eine große Rolle spielen, hochwahrscheinlich aber größtenteils unreflektiert bleiben: das Erstgespräch ist ja nicht nur eine Untersuchungssituation, in der die Anamnese des Patienten erhoben wird zwecks der

Einschätzung des evtl. Krankheitsbildes und Indikationsstellung, sondern sie stellt auch eine *Prüfungssituation* dar, und zwar für beide Beteiligten. Es wird eingeschätzt, bewertet, der Patient muss sich "zeigen", der Therapeut muss sich aber auch "zeigen", sich als kompetente Kraft bewähren. Es ist naheliegend, dass diese Prüfungs-, Testsituation Kränkungspotentiale in sich birgt. Zum Beispiel sagen Patienten oft: "Es ist mir schwer gefallen, hierher zu kommen und damit zuzugeben, dass ich es selbst nicht geschafft habe". Die narzisstische, kränkende, mit Scham verbundene Komponente zeigt an dieser Stelle ihre Wirksamkeit. Auch auf der Seite der Therapeuten sind derartige Aussagen nicht selten: "Da habe ich mich vom Patienten so in die Wüste geführt gefühlt, ich wurde so unsicher, dass ich dann nichts mehr wusste und mich klein und unfähig fühlte". Zu der Situation des diagnostischen Gespräches schreibt Rudolf: "So bildet denn die von Hoffnung getragene Eigenaktivität den einen Pol und der **Zweifel** [Betonung des Autors], die Skepsis und Abwehr den anderen Pol des subjektiven Erlebens von Patienten in der diagnostischen Situation" (Rudolf, 2000, S. 353). Zu diesem anderen Pol meint Rudolf außerdem: "Die Feststellung einer psychosomatischen Störung anstelle einer körperlichen Krankheit bedeutet für viele Patienten ein Trauma, eine Bankrotterklärung, eine Beschämung" (Rudolf, 2000, S. 352). Dies weist darauf hin, dass die diagnostische Situation stressig für den Patienten ist sowie seine narzisstische Seite berührt: Beschämung trifft das Selbst, ist ein narzisstisches Phänomen. Sie werden in der Standardtestpsychodiagnostik nicht erfasst. Verletzbarkeit, Kränkbarkeit, Scham sind Phänomene, die üblicherweise jedoch nicht "gezeigt", sondern eher verborgen werden, vor- oder unbewusster Abwehr unterliegen. Andererseits kommt der Patient in eine psychotherapeutische Ambulanz, weil es ihm "nicht gut geht", er leidet und eine Hilfe erfahren möchte. Daher ist anzunehmen, dass der Patient in dieser besonderen Situation etwas von seiner Beeinträchtigung, "Schwäche" zeigt (direkt mitteilt oder in der Interaktion kommuniziert/inszeniert).

Bei der Auswertung der Korrelationen der einzelnen Items des KEN mit dem mithilfe dieses Fragebogens ermittelten Gesamtwert des Narzissmus fällt auf, dass das Item Nr. 5. "Sie/Er ist kränkbar" hoch mit diesem Wert korreliert. Damit nimmt das Item den dritten (1. Stichprobe) bzw. gar den 2. Rang ein in der Höhe der Korrelation mit dem Gesamtwert des Narzissmus. Es scheint, dass die Psychotherapeuten der untersuchten Stichproben dazu tendieren, die Eigenschaft Kränkbarkeit in engen Zusammenhang mit dem Phänomen des Narzissmus zu bringen. Henseler postuliert, dass "das zentrale Symptom eines narzisstisch gestörten Menschen ein mehr oder weniger labiles Selbstgefühl sein muss, welches sich in

Selbstunsicherheit, Verletzlichkeit, [...], kurz: in einer besonderen Anfälligkeit für Kränkungen äußert" (Henseler 1979, S. 470) bzw. "[...] die Dynamik narzisstischer Störungen müsste besonders gut am Umgang mit Kränkungen zu studieren sein" (Henseler 1975, S. 200). Auch Fiedler hält die Kränkbarkeit für ein signifikantes Merkmal für eine narzisstische Störung: "Lässt sich also bei anderen Persönlichkeitsstörungen eine Neigung zu Kränkung einschließlich depressiver Krisen beobachten, kann dies als Hinweis für eine Komorbidität mit der narzisstischen Persönlichkeitsstörung gewertet werden" (Fiedler 2007, S. 207).

Im DSM-IV-TR ist das Merkmal Kränkbarkeit nicht aufgeführt. In der Entwicklung des NI hat sich Deneke u.a. auch mit Formen der Kränkungsverarbeitung/Kränkungsvermeidung als einem der 5 von ihm entworfenen "Merkmalsbereiche" (neben Selbstbilder/-gefühle, Objektimagines, Objektbeziehungen und Formen der Dekompensation des narzisstischen Persönlichkeitssystems) auseinandergesetzt (Deneke 1985). Kränkbarkeit als Phänomen wurde wie die anderen 4 Merkmale jedoch nicht in einer der Skalen abgebildet, sie stellt vermutlich eine abstrakte, übergeordnete Dimension dar.

In der klinischen Praxis und auch im allgemeinen Sprachgebrauch ist der Begriff Kränkbarkeit häufig. Sie wird jedoch nicht häufig untersucht. In den aktuelleren Fachzeitschriften ließen sich zwei Publikationen (Kast 2004, Kilian 2004) zu diesem Thema finden. Kast (2004) beschreibt eine narzisstische Persönlichkeit als "unendlich kränkbar" (S. 218), die hohe Kränkbarkeit hänge auch damit zusammen, "dass ein brüchiges Lebensgefühl", ein "Grundgefühl einer großen Unstimmigkeit" vorherrscht (S. 219). Kilian (2004) beschrieb Kränkbarkeit als Persönlickeitsdisposition i.S. einer erhöhten Unsicherheit oder Sensibilität in Kombination mit äußeren Einflüssen sowie als Resultat längerer Kränkung. Kilian setzt die Kränkbarkeit mit Narzissmus beinahe gleich und beschreibt den Umgang damit in der therapeutischen Praxis.

4.6. Narzissmus in Selbst- und Fremdeinschätzung

In der Erstuntersuchungssituation ist u.a. die Frage interessant: Wie verhält sich die vermeintliche Ambivalenz des Patienten (sich zeigen vs. sich "schützen", sich verstecken) und wie korrespondiert diese mit der Einschätzung/Erleben des Therapeuten – stimmen die

Einschätzungen des Therapeuten und des Patienten überein oder differieren diese? Es lag nahe, die narzisstische Regulierung des Patienten mit einem bekannten Instrument (NI) zu untersuchen, andererseits – mangels geeigneter Fremdeinschätzungsinstrumente – ein neues Instrument zur Erfassung der Einschätzung durch den Psychotherapeuten zu entwickeln, sowie diese beiden Einschätzungen zu vergleichen.

In der vorliegenden Studie korreliert der Narzissmusglobalwert, gewonnen aus der Auswertung des NI (Selbsteinschätzung), mit dem Narzissmusgesamtwert aus dem Fragebogen zur Klinischen Einschätzung des Narzissmus (KEN, Fremdeinschätzungsinstrument) sehr geringfügig. In der Fachliteratur ließ sich keine vergleichbare Studie finden, die die Selbst- und Fremdeinschätzung der narzisstischen Phänomene an den klinischen Stichproben untersucht. In einer nicht-klinischen Gruppe (Teilnehmer eines Asessmentprogramms, John und Robins 1994), in der der Narzissmus der Teilnehmer mithilfe NPI und CPI (Selbsteinschätzung) sowie CAQ und DSM-III-R Kriterien (Fremdeinschätzung) untersucht wurde, korrelierte Selbst- und Fremdeinschätzung mit **r=0,32**, dennoch war diese Zahl, obgleich auch sonst gering, nicht aussagekräftig, da es große Diskrepanzen in der Selbsteinschätzung der einzelnen Teilnehmer des Programms gab – entweder unterschätzten oder überschätzten sie sich stark.

Woran könnte diese geringe Übereinstimmung liegen? Könnten es zwei differierende Konstrukte sein, die Deneke und die Verfasserin der vorliegenden Arbeit in der Konstruktion der Instrumente zur Messung des Narzissmus verwendet haben? Deneke gibt an, dass er sich bei der Konstruktion des NI sowohl auf die Theorie von Kernberg als auch die von Kohut und auch auf eigene Erfahrung bezog (Deneke, 1985, S. 331). Die Verfasserin dieser Arbeit bezog sich ebenso sowohl auf die Theorie von Kohut als auch auf die von Kernberg sowie auf die eigene Erfahrung. Es könnte also sein, dass der Teil der eigenen Erfahrung diskrepant ist.

Bekanntlich sind Korrelationen zwischen Fremd- und Selbsteinschätzung nie sehr hoch (s. dazu z.B. Stieglitz, Freyberger 2001, Stemmler et al. 2011), aber in der Regel doch höher (zwischen r=.40 und r=.60). Es ist damit nicht auszuschließen, dass diese beiden Fragebogen doch verschiedene Phänomene abbilden. Wäre es doch nicht der Fall, wäre es möglich, dass der geringe Zusammenhang auf fehlerhafte Testkonstruktionen, semantische

Differenzen (Stemmler 2011), falsche Schlussfolgerungen sowie auf Abwehrvorgänge zurückzuführen sind.

Selbst- und Fremdeinschätzung sind auf unterschiedlichen Abstraktionsebenen "platziert": man kann davon ausgehen, dass die klinischen Mitarbeiter, Psychologen und Psychotherapeuten in einem anderen Abstraktionsniveau denken, aufgrund ihrer Ausbildung und auch aufgrund dessen, dass sie der Abwehr des Patienten nicht (ganz) unterliegen. Deshalb sind aus diesem Blickwinkel heraus diese zwei Sichtweisen schwer zu vergleichen, und vermutlich je komplizierter das Konstrukt ist, desto schwieriger ist es, eine "Übereinstimmung" zu finden, dass man dasselbe denkt und wahrnimmt.

Bezüglich des speziellen Narzissmusphänomens könnte man noch eine weitere Erklärungshypothese entwickeln – dass es an der Abwehr liegt. Stemmler (2011) stellt fest: "Wenn die Beurteilung in deutlichem Maße wertende Aspekte enthält, weichen offenkundig die Prozesse zur Wahrnehmung des Selbst von denen der Fremdwahrnehmung ab, und zwar möglicherweise deshalb, weil in solchen Fällen durch die Ich-Beteiligung affektive und defensive Vorgänge zum Schutze der Aufwertung der eigenen Person aktiviert werden" (S. 116). Des Weiteren wird immer wieder auf die ich-syntone narzisstische Abwehr hingewiesen (z.B. Hohage 2004). An Abwehr sind naheliegenderweise die dem Narzissmus üblichen Abwehrmechanismen zugange: Projektion, Projektive Identifizierung, Spaltung (Kernberg 1995, 2006). Es kann daher wahrscheinlich sein, dass der Therapeut im Gespräch auch in seinem Narzissmus herausgefordert wird, z.B. gekränkt wird etc., und diese spürbaren narzisstischen Elemente reflektiert er nicht als eigene, aus "eigenen Gründen" wehrt er sie ab (weil sie sozial offenbar doch nicht erwünscht sind), und schreibt sie dem Patienten zu. Auf diese Weise kann die Diskrepanz zwischen Selbst- und Fremdeinschätzungsinstrument kommentiert werden. Das heißt, dass der Patient begründeterweise keine Ausprägung der narzisstischen Eigenschaften bzw. Störungen bei sich reflektiert, und es ist dann schließlich der Narzissmus des Therapeuten oder vielleicht noch richtiger ausgedrückt der Narzissmus der aktuellen therapeutischen Beziehung mit dem Fragebogen erfasst.

4.7. Narzissmus und Allgemeine Psychopathologie

"Narzisstisch Gestörte stellen sich als unverwundbar dar", "Narzissmus ist der Introspektion des Betroffenen nicht oder nur bedingt zugänglich" - so die häufigen Annahmen oder "Klischees" in der klinischen Praxis. Bei der unmittelbaren Sichtung der Ergebnisse der psychodiagnostischen Tests einzelner Patienten der psychotherapeutischen Ambulanz fiel immer wieder auf, dass manche Resultate wirklich sehr unauffällig aussahen: diese Patienten zeigten in keinem der Fragebögen (SCL-90-R, FPI-D, IIP-D, GBB-24) irgendwelche Beeinträchtigungen. "Narzisstische Abwehr", "Größenphantasie", so wurden diese Ergebnisse teilweise kommentiert. Die Frage an dieser Stelle war, sind es marginale Einzelfälle oder zeigt sich da eine Tendenz? Anders formuliert, wie tragfähig ist der klinische Eindruck angesichts der mathematischen Häufigkeiten? Die Überprüfung der Hypothese der "narzisstischen Unverwundbarkeit" war eines der Ziele dieser Studie.

In der vorliegenden Arbeit zeigten sich diesbezüglich divergierende Ergebnisse: betrachtet man die Zusammenhänge der Narzissmus-Selbsteinschätzung (NI) mit Skalen und Globalwerten der Standardtestpsychodiagnostik, sieht man viele Skalen, die auf Beeinträchtigung hinweisen. Durch die Fülle entsteht eher ein undifferenzierter Eindruck. Unterscheidet man die Gruppen anhand von der Fremdeinschätzung des Narzissmus, ist die Sicht etwas klarer: die Patienten, die als "fast immer [vorhanden]" angesichts der Narzisstischen Störung eingeschätzt wurden, weisen im Vergleich mit der Patientengruppe, bei denen die narzisstische Störung "sehr selten" festgestellt wurde, signifikant höhere Werte auf im GSI des SCL-90-R und in mehreren Skalen dieses Fragebogens (Zwanghaftigkeit, Unsicherheit im Sozialkontakt, Paranoides Denken, Psychotizismus) sowie im Globalwert des IIP-D und im Faktor A (Bedrohtes Selbst) des NI. Diese Ergebnisse können mit der bisherigen Literatur gut in Einklang gebracht werden (Bürgy 2000, Kohut 1973, Kernberg 2006, Rosenfeld 1990, um nur einige zu nennen). Jedoch hielten diese Ergebnisse der Überprüfung in der zweiten Stichprobe nicht stand. Deshalb bleibt es weiter fraglich, ob die narzisstisch gestörten Menschen "verwundbar" oder "unverwundbar" sind. Hochwahrscheinlich muss man die Frage noch differenzierter stellen und die Beeinträchtigung verschiedener Typen von narzisstisch geprägten Menschen untersuchen.

4.8. Schlussfolgerungen und Ausblick

1. Narzissmus kommt bereits in der Erstuntersuchung zum Vorschein und wird mithilfe von sowohl Selbst- (Narzissmusinventar, Deneke) als auch Fremdeinschätzungsinstrumenten (eigens für diese Studie entwickelter Fragebogen zur klinischen Einschätzung, KEN) erfasst. Mithilfe des Fremdeinschätzungsinstrumentes wird bei 32% der Patienten der ersten Stichprobe das Vorhandensein einer narzisstischen Störung festgestellt, bei weiteren 36% Patienten der 1. Stichprobe wird eine Einschätzung "der Narzissmus ist "teils-teils" vorhanden" vergeben. In der zweiten Stichprobe waren es 29% ("Narzisstische Störung fast immer vorhanden") und 29% "teils-teils" vorhanden.

2. Narzissmus beeinflusst die Gestaltung des Gesprächs und damit auch die Beziehung zwischen Patienten und Therapeuten. Es besteht ein deutlicher und signifikanter negativer Zusammenhang zwischen der narzisstischen Störung (Fremdeinschätzungsinstrument) und der "therapeutischen Reaktion" (Fremdeinschätzungsinstrument). Das sagt aus, dass die Psychotherapeuten, wenn sie die Patienten als narzisstisch gestört betrachten, sie diese als unsympathisch und nicht nachvollziehbar einschätzen. Auch schätzen sie dann die therapeutische Beziehung als ungünstig ein. Unreflektiert stellt dies erhebliche behandlungstechnische Probleme dar.

3. In der globalen klinischen Einschätzung des Narzissmus zeigt sich ein hoher Zusammenhang mit bestimmten Eigenschaften, insbesondere mit Kränkbarkeit, die nicht in die gängigen diagnostischen Systeme als Kriterium eingegangen ist.

4. Narzisstisch Gestörte zeigen nicht nur in der Skala Nr. 8 (paranoides Denken) des SCL-90-R hohe Werte, sondern auch in anderen Skalen sowie in den Ergebnissen anderer psychodiagnostischer Tests. Dieses Ergebnis hält der Überprüfung nicht stand, daher bleibt es weiterhin fraglich, wie es sich mit der vermuteten "Unverwundbarkeit" der narzisstisch Gestörten verhält.

5. In der Beurteilung des Narzissmus in der Erstuntersuchung (Erstinterview in einer psychotherapeutischen Ambulanz) differiert die Selbst- und Fremdeinschätzung bedeutsam. Möglicherweise ist das ein Hinweis auf konzeptionelle Differenzen oder auch auf die

deutliche Wirkung der Abwehr der beiden Beteiligten des Erstgespräches, die dann auch die verschiedenen Grade der Abstraktion bewirken.

6. Der Fragebogen zur klinischen Einschätzung hat sich als ein reliables Instrument zur Erfassung des Narzissmus erwiesen. Die Validität ist jedoch nicht ausreichend und verlangt weiterer Untersuchung.

Ausblick

Das neu entwickelte Fremdeinschätzungsinstrument KEN sollte, um die Ergebnisse zu stabilisieren, in weiteren Stichproben untersucht werden. Interessant wäre auch die Fragestellung, welche Narzissmuswerte sich mithilfe des KEN in einer nicht klinischen Stichprobe finden lassen.

Die Validierung des KEN ist bisher unzureichend und sollte ebenso in weiteren Studien untersucht werden.

Es wäre gut, das in der klinischen Praxis häufige Phänomen Kränkbarkeit, das in der vorliegenden Studie hoch mit der narzisstischen Störung korrellierte, eingehender zu untersuchen.

Der sehr schwache Zusammenhang zwischen Selbst- und Fremdeinschätzung lässt die Frage dieser zwei Perspektiven angesichts einer narzisstischen Störung offen. Es wäre interessant, die Untersuchung mit der Ergründung der Abwehr zu erweitern.

Auch erscheint die Fragestellung der "Gruppenkultur" in einer klinischen Einrichtung interessant: entwickelt man über längere Zeit gemeinsame "Suchrichtungen", "Krankheitsbilder", die man dann sieht, und die neue Kollegen nicht sehen? Die weitere Untersuchung dieses Phänomens könnte bereichernd sein.

5. Zusammenfassung

Ziele der Studie waren, einen Fremdeinschätzungsfragebogen für die klinische Einschätzung des Narzissmus (KEN) zu entwickeln und ihn hinsichtlich der statistischen Kriterien (Reliabilität, Validität) sowie der klinischen Variablen – Häufigkeit der narzisstischen Störung in der Erstuntersuchung in einer psychosomatisch-psychotherapeutischen Universitätsambulanz, Zusammenhänge der narzisstischen Störung mit der Gestaltung der therapeutischen Beziehung und mit der allgemeinen Psychopathologie – zu untersuchen sowie die Selbst- und Fremdeinschätzung der narzisstischen Störung zu vergleichen.

Die Reliabilität wurde mithilfe des Cronbach's Alpha, der Faktoren- und Clusteranalyse sowie der Item- und Skaleninterkorrelationsrechnungen, die Validität mithilfe der Korrelationsrechnung mit der Direkten Einschätzung des Narzissmus (Item 18. des KEN), die Zusammenhänge mit den klinischen Variablen (SCL-90-R, GBB, IIP-D, FPI-D, HAQ, NI), die Selbst- (NI) und Fremdperspektive (KEN) mithilfe der Korrelationsrechnungen sowie des Mann-Whitney-U-Tests durchgeführt. Alle Korrelationen wurden mithilfe der nichtpa–rametrischen Statistik (Rangkorrelationskoeffizient nach Spearmann und Kendall) gerech–net. Es wurden zwei klinische Stichproben (N=110 und N=151) sowie eine Stichprobe von Psychotherapeuten (N=16) untersucht. Die Ergebnisse wurden anhand der Datenanalyse der ersten Stichprobe gewonnen, deren Validität wurde anhand der Analyse der zweiten Stichprobe überprüft. Die Daten wurden mit Hilfe des Statistikprogramms in verschiedenen Versionen bis SPSS 20.0 für Windows ausgewertet.

Der Fremdeinschätzungsfragebogen zur Klinischen Einschätzung des Narzissmus (KEN) wurde folgendermaßen entwickelt: die Kriterien des DSM-IV der narzisstischen Persönlichkeitsstörung wurden mit den Items aus der Fachliteratur und aus der klinischen Erfahrung ergänzt. Dieser Fragebogen (18 Items) weist gute statistische Werte auf: die interne Konsistenz (Cronbach's Alpha (α=.89 (1. Stichprobe) ist hoch, die Items- und Skaleninterkorrelationen sind adäquat (zw. r_{min}=-.084 und r_{max}=.696 (Items, 1. Stichprobe), zw. r=.538 und r=.887 (Skalen, 1. Stichprobe). Die Ergebnisse der 2. Stichprobe sind praktisch identisch. Die Validität des KEN, die mangels wergleichbarer Fremdeinschätzungsinstrumente mithilfe der direkten Einschätzung (Item 18., KEN) validiert wurde, war ausreichend, dennoch sollte man den Fragebogen mithilfe eines Außenkriteriums validieren.

Es ließ sich dabei feststellen, dass eine narzisstische Störung bereits in der ersten Untersuchung greifbar ist: in beiden Stichproben der vorliegenden Studie haben die Therapeuten

bei je einem Drittel der Patienten das Vorkommen der narzisstischen Störung festgestellt, je ein weiteres Drittel hat die Zuordnung "teils-teils" erfahren, und nur bei je einem Drittel der Patienten war die narzisstische Störung als "sehr selten" eingestuft. Für die Erfassung der Störung hat sich der neu entwickelte Fremdeinschätzungsfragebogen KEN als brauchbares, reliables Instrument erwiesen. Das Phänomen Narzissmus zeigte sich einerseits als ein hinreichend kohärentes Konstrukt, das sich in zwei sinnvolle Unterkonstrukte unterteilen ließ, die Skala KEN1 und Skala KEN2 benannt wurden. Die Skala KEN1 scheint eher die dominanten, die Skala KEN2 eher die vulnerablen Seiten des Narzissmus abzubilden.

Angesichts der Ergebnisse dieser Studie lässt sich vermuten, dass der Narzissmus nicht (nur) viel später im Verlauf, sondern (auch) relativ früh bzw. gleich und deutlich seine Wirkung entfaltet, bzw. dass die Psychotherapeuten bereits in/nach dem ersten Gespräch die narzisstischen Phänomene registrieren und bemerkenswert auf diese reagieren, nämlich mit der ungünstigen Einschätzung der therapeutischen Beziehung (HAQ, $r=-.297$, $p<0,01$) sowie einer entsprechenden emotionalen Reaktion ("therapeutische Reaktion" i.S. eines "Gegenübertragungssgefühls", Items 8. und 17. des KEN, $r=-.576$, $p<0,01$). Das ergibt eine Forderung der Aufmerksamkeit angesichts behandlungstechnischer Probleme, wenn diese Phänomene nicht reflektiert werden.

In der Einschätzung der narzisstischen Störung hat neben den gängigen Merkmalen die Kränkbarkeit eine herausragende Rolle gespielt – eine Eigenschaft, die in den diagnostischen Kriterien des DSM nicht aufgeführt wird (Korrelation des Items 5. "Sie/Er ist kränkbar" mit Gesamtwert des KEN $r=.712$, $p<0,01$). Die klinisch weit verbreitete "Unverwundbarkeitsphantasie" der narzisstisch gestörten Menschen hat sich in der vorliegenden Studie nicht bestätigt, die narzisstische Störung ging mit einer Beeinträchtigung in der Reihe der Skalen der Standardtestpsychodiagnostik einher. Diese Schlussfolgerung hielt in der zweiten Stichprobe jedoch nicht stand. Das wirft die Frage der "narzisstischen Unverwundbarkeit" (einer speziellen Abwehr) zumindest zum Teil wieder auf.

Die Selbsteinschätzung des Narzissmus, gemessen mit NI, korrelierte sehr niedrig mit der Fremdeinschätzung der narzisstischen Störung, gemessen mit KEN ($r=.256$, $p<0,01$). Es ist offen, ob dieser geringe Zusammenhang an konzeptionellen Unterschieden der zwei eingesetzten Fragebögen oder/und möglicherweise an Abwehrvorgängen der beiden beteiligten – vom Patienten und vom Therapeuten – liegt.

6. Literatur

1. Akthar S: Deskriptive Merkmale und Differenzialdiagnose der narzisstischen Persönlichkeitsstörung. In: Kernberg O, Hartmann H-P (Hrsg.): Narzissmus. Schattauer Stuttgart, S. 231-262 (2006)

2. Altmeyer M: Narzissmus und Objekt. Vandenhoeck&Ruprecht Göttingen (2000).

3. Altmeyer M: Im Spiegel des Anderen: Gruppe, Narzissmus, Gruppennarzissmus. Gruppenpsychotherapie Gruppendynamik 47: 69-93 (2011)

4. American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Fifth Edition DSM-5. American Psychiatric Publishing, S. 669-672 (2013)

5. American Psychiatric Association: Personality disorders. www.dsm5.org/Documents/Personality%20Disorders%20Fact%20Sheet.pdf (14.07.2013)

6. Bassler M, Potratz B, Krauthauser H: Der "Helping Alliance Questionnaire" (HAQ) von Luborsky. Psychotherapeut 40: 23-32 (1995)

7. Beyers H-J: Die ersten 7 Schritte. www.narzissmus.net/?page_id=47 (08.01.2013)

8. Blanck G, Blanck R: Der normale Narzissmus. In: Blanck G, Blanck R: Ich-Psychologie II. Klett-Cotta Stuttgart, S. 63-75 (1994)

9. Brähler E, Scheer J: GBB. In Brähler E, Schuhmacher J, Strauß B (Hrsg): Diagnostische Verfahren in der Psychotherapie. Hogrefe Göttingen Bern, S. 159-162 (2002)

10. Bühl A, Zöffel P: SPSS Version 10. Adisson Wesley. München (2000)

11. Bürgy M: Zur Frage des Zusammenhangs zwischen Zwangsstörung und Narzissmus. Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie 50: 201-208 (2000)

12. Cremerius J: Kohuts Behandlungstechnik. Eine kritische Analyse. Psyche 36: 17-46 (1982)

13. Daig I, Klapp B, Fliege H: Narcissism Predicts Therapie Outcome in Psychosomatic Patients. Journal Psychopathology Behavioral Assesment 31: 368-377 (2009)

14. Daig I, Burkert S, Fischer H, Kienast T, Klapp B, Fliege H: Development and Factorial Validation of a Short Version of the Narcissism Inventory (NI-20). Psychopathology 53: 150-158 (2010)

15. Damman G: Narzissmus – Wichtige psychodynamische Konzepte und ihre Auswirkungen auf die klinische Praxis. In: Dammann G, Sammet I, Grimmer B (Hrsg): Narzissmus. Kohlhammer Stuttgart, S. 15-50 (2012)

16. Deneke F, Müller R: Eine Untersuchung zur Dimensionalität und metrischen Erfassung des narzisstischen Persönlichkeitssystems. Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie 35: 329-341 (1985)

17. Deneke F, Hilgenstock B, Müller R: Das Narzissmusinventar. Hans Huber Bern Stuttgart (1988)

18. Deneke F, Hilgenstock B, Müller R: Das Narzissmusinventar. In: Brähler E, Schuhmacher J, Strauß B (Hrsg): Diagnostische Verfahren in der Psychotherapie. Hogrefe Göttingen Bern, S. 261-263 (2002)

19. Doering S: Phänomenologie und Diagnostik der narzisstischen Persönlichkeitsstörung. In: Dammann et al (Hrsg): Narzissmus. Kohlhammer Stuttgart, S. 51-67 (2012)

20. Ehrenberg A: Die psychologische Front: Schuld ohne Gesetz. In: Ehrenberg A: Das erschöpfte Selbst. Campus Frankfurt am Main, S. 123-160 (2004)

21. Fahrenberg J, Hampel R, Selg H: Das Freiburger Persönlichkeitsinventar FPI Handanweisung. 4. revidierte Auflage, Hogrefe Göttingen Toronto (1984)

22. Fahrenberg J, Hampel R, Selg H: FPI-R. In: Brähler E, Schuhmacher J, Strauß B (Hrsg): Diagnostische Verfahren in der Psychotherapie. Hogrefe Göttingen Bern, S. 136-140 (2002)

23. Fiedler P: Narzisstische Persönlichkeitsstörung. In: Fiedler P: Persönlichkeitsstörungen. 2. Auflage, Beltz Psychologie Verlagsunion Weinheim, S. 279-287 (1995)

24. Fiedler P: Persönlichkeitsstörungen. 6. Auflage. Beltz Psychologie Verlagsunion Weinheim, S. 48-49, 200-208, 269-272 (2007)

25. First M: Skid-II www.scid4.org (7.1.2013)

26. Fliege H, Becker J, Weber C, Schoeneich F, Klapp B, Rose M: Störungen der Selbstwertregulation bei Patienten mit offen versus heimlich selbstschädigenden Verhalten. Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie 49: 151-163 (2003)

27. Fonagy P, Gergely G, Jurist E, Target M: Affektregulierung, Mentalisierung und die Entwicklung des Selbst. Klett-Cotta Stuttgart, S. 322 (2004)

28. Frädrich S, Pfäfflin F: Zur Prävalenz von Persönlichkeitsstörungen bei Strafgefangenen. Recht&Psychiatrie 18: 95-104 (2000)

29. Franke G: Die Symptom-Checkliste von Derogatis – Deutsche Version – SCL-90-R Manual. Beltz Test Göttingen (1995)

30. Franke G: SCL-90-R. In Brähler E, Schuhmacher J, Strauß B (Hrsg): Diagnostische Verfahren in der Psychotherapie. Hogrefe Göttingen Bern, S. 299-303 (2002)

31. Freud S: Brief an Abraham vom 16.03.1914. In: Freud S, Abraham K: Briefe 1907-1926. Fischer Frankfurt am Main, S. 163 (1965)

32. Freud S: Über libidinöse Typen. In: Freud S: Gesammelte Werke. Bd. XIV. Werke aus den Jahren 1925-1931. Fischer Frankfurt am Main, S. 509-513 (1999)

33. Freud S: Zur Einführung des Narzissmus. In: Freud S: Gesammelte Werke. Bd. X. Fischer Frankfurt am Main, S. 138-170 (1999)

34. Gabbard G: Übertragung und Gegenübertragung in der Behandlung von Patienten mit Narzisstischer Persönlichkeitsstörung. In: Kernberg O, Hartmann H-P (Hrsg): Narzissmus. Schattauer Stuttgart, S. 693-704 (2006)

35. Gast L: Metamorphosen des Narzissmus. In: Kernberg O, Hartmann H-P (Hrsg): Narzissmus. Schattauer Stuttgart, S. 132-157 (2006)

36. Giessers P: Narzissmus und Coaching: Zur Not und Not-Wendigkeit narzisstischer Abwehrformationen. In: Smettan J (Hrsg): Chancen und Herausforderungen der Wirtschaftspsychologie. Deutscher Psychologen Verlag Berlin, S. 123-193 (2010)

37. Grabhorn R, Köpp W, Gitzinger I, v. Wietersheim J, Kaufhold J: Unterschiede zwischen weiblichen und männlichen Patienten mit einer Essstörung. Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie 53: S. 15-22 (2003)

38. Grawe K: Neuropsychotherapie. Hogrefe Göttingen Bern, S. 257 (2004)

39. Green A: Die tote Mutter. Psychosozial Gießen (2004).

40. Grimmer B: Narzissmus und Adoleszenz. In: Dammann (Hrsg): Narzissmus. Kohlhammer Stuttgart, S. 144-158 (2012)

41. Grunberger B: Narziss und Ödipus. In: Grunberger B. Narziss und Anubis. Bd. 2. Internationale Psychoanalyse München Wien, S. 139-156 (1988)

42. Hartmann H.: Bemerkungen zur psychoanalytischen Theorie des Ichs. Psyche 18: 330-481 (1965)

43. Hartmann H-P: Narzisstische Persönlichkeitsstörungen. Psychotherapeut 42: 69-84 (1997)

44. Hartung T, Steinbrecher M: Narzissmus und Perversion. Zeitschrift für psychoanalytische Theorie und Praxis 23: 310-323 (2008)

45. Henseler H: Die Suizidhandlung unter dem Aspekt der psychoanalytischen Narzissmustheorie. Psyche 28: 191-207 (1975)

46. Henseler H: Die Theorie des Narzissmus. In: Balmer H (Hrsg): Psychologie des 20ten Jahrhunderts. Bd. II., Kindler Zürich, S. 459-477 (1976)

47. Hohage R: Zur psychoanalytischen Behandlung narzisstischer Störungen. Psychotherapie in Dialog 3: 224-230 (2004)

48. Horlacher M, Battegay R, Rauchfleisch: Untersuchung von Patienten mit narzisstischen Neurosen mittels des Denekeschen Narzissmusinventars. Schweizer Archiv für Neurologie und Psychiatrie 142: 43-51 (1991)

49. Horowitz L, Strauß B, Kordy H: IIP-D Inventar zur Erfassung Interpersonaler Probleme – Deutsche Version – Manual. Beltz Test Göttingen (1999)

50. Horowitz L, Strauß B, Kordy H: IIP-D. In Brähler E, Schuhmacher J, Strauß B (Hrsg): Diagnostische Verfahren in der Psychotherapie. Hogrefe Göttingen Bern, S. 206-210 (2002)

51. John O, Robins R: Accuracy an Bias in Self-Perzeption: Individual Differences in Self-Enhancement an the Rolle of Narcissism. Journal of Personality and Social Psychology 66: 206-219 (1994)

52. Jung C: Psychologische Typen. In: Jung C: Gesammelte Werke 6. Band. Rascher&Cie. AG. Zürich, S. 511 (1960)

53. Jung C: Das Liebesproblem der Studenten. In: Jung C: Gesammelte Werke 10. Band. Walter Olten, S. 117 (1974a)

54. Jung C: Zur gegenwärtigen Lage der Psychotherapie. In: Jung C: Gesammelte Werke 10. Band. Walter Olten, S. 185 (1974b)

55. Jung C: Gesamtregister. In Jung C: Gesammelte Werke 20. Band. Walter Olten, S. 296 und 391 (1994)

56. Kächele H, Döring P, Waldvogel B: Psyche. Gesamtregister der Aufsätze der Jahrgänge 1947 bis 1992 (1-46). Klett-Cotta Stuttgart (1993)

57. Kächele H: Verzeichnis der Bewerbungsskripten der Mitgliedschaft der DPV (2005 zur Verfügung gestellt, ohne Titel, nicht publiziert)

58. Kast V: Selbstwertgefühl und narzisstische Störungen. Psychotherapie im Dialog 3: S. 215-223 (2004)

59. Kernberg O: Borderline-Störungen und pathologischer Narzissmus. 8. Auflage Suhrkamp Frankfurt am Main (1995).

60. Kernberg O (Hrsg): Narzisstische Persönlichkeitsstörungen. Schattauer Stuttgart (1996).

61. Kernberg O: Die narzisstische Persönlichkeit und ihre Beziehung zu antisozialem Verhalten und Perversionen - pathologischer Narzissmus und narzisstische Persönlichkeit. In: Kernberg O, Hartmann H-P (Hrsg): Narzissmus. Schattauer Stuttgart S. 263-307 (2006a)

62. Kernberg O: Narzissmus, Aggression und Selbstzerstörung. Klett-Cotta Stuttgart (2006b)

63. Kilian: Narzissmus und Kränkbarkeit. Psychotherapie im Dialog 3: S. 246-251 (2004)

64. Kohut H: Narzissmus. Suhrkamp Frankfurt am Main (1973)

65. Kohut H, Wolf E: Die Störungen des Selbst und ihre Behandlung. In: Balmer H (Hrsg): Die Psychologie des 20ten Jahrhunderts. Bd. II, S. 667-682 (1976)

66. Kraus D, Eckert J: Die Bedeutung der Mitgliedschaft in neuen religiosen Bewegungen für die Regulation des Selbsterlebens am Beispiel der Hare-Krischna-Bewegung. Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie 47: S. 21-26 (1997)

67. Kruse J, Wöller W, Schmitz N, Pollmann: Narzisstische Regulation und diabetische Stoffwechseleinstellung bei Typ-II-Diabetikern. Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie 50: S. 63-71 (2000)

68. Küchenhoff J, Könnecke R: Der (unerfüllte) männliche Kinderwunsch und seine Bedingungen. In: Brähler E, Felder H, Strauss B (Hrsg): Fruchtbarkeitsstörungen. Hogrefe Göttingen, S. 124-145 (2000)

69. Küchenhoff J: "Zur Einführung des Narzissmus" – eine Relektüre. Psyche 58: S. 150-169 (2004)

70. Lamparter U, Bühring B, Deneke F-W, Höppner S: Wer ist gesund, wer wird es, wer bleibt es? Zur Interdependenz von Lebensbelastung und Erkrankung. In: Herold R, Keim J, König H, Walker C (Hrsg): Ich bin doch krank und nicht verrückt. Attempo Tübingen, S. 224-239 (1997)

71. Lasch C: Das Zeitalter des Narzissmus. Bertelsmann München (1982)

72. Luborsky L, Basler M, Potratz B, Krauthauser H: HAQ Helping Alliance Questionnaire (unpubliziertes Manuskript). In: Hogrefe Testsystem online http://www.unifr.ch/ztd/HTS/inftest/WEB-Informationssystem/de/4de001/f167a6c5d5cd4cc98b274cfad3500509/hb.htm (08.09.2013)

73. Meder G, Juchems A, v. Wietersheim J: Reliabilitätsprüfung und Normierung des Narzissmusinventars anhand einer gesunden Vergleichsstichprobe. Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie 54: S. 14-20 (2004)

74. Meyer A-E: Geleitwort zur deutschen Ausgabe. In: Kernberg O (Hrsg): Narzisstische Persönlichkeitsstörungen. Schattauer Stuttgart, S. V-XI (1996)

75. Milch W, Hartmann H-P: Zum gegenwärtigen Stand der psychoanalytischen Selbstpsychologie. Psychotherapeut 41: S. 1-12 (1996)

76. Milch W: Lehrbuch der Selbstpsychologie. Kohlhammer Stuttgart (2001)

77. Narzissmus. In Bibliographisches Institut: Duden online http://www.duden.de/suchen/dudenonline/Narziss (31.08.2013)

78. Narzissmus. In Ritter J, Gründer K (Hrsg): Historisches Wörterbuch der Philosophie. Band 6. Schwabe & Co Basel Stuttgart, S. 402-406 (1984)

79. Neumann E: Offener und verdeckter Narzissmus. Psychotherapeut 55: S. 21-28 (2010)

80. Ovid: Metamorphosen. Ernst Heimeran München, S. 105-113 (1964)

81. Pfandl L: Der Narzißbegriff. Imago 21: S. 279-310 (1935)

82. Pines M: S.H. Foulkes' Beitrag zur Gruppentherapie. In: Balmer H (Hrsg): Psychologie des 20. Jahrhunderts. Band VIII. Lewin und die Folgen. Kindler Zürich, S. 720-732 (1979)

83. Pulver S: Narzissmus: Begriff und metapsychologische Konzeption. Psyche 26: S. 34-57 (1972)

84. Rank O: Ein Beitrag zum Narzissmus. Jahrbuch für Psychoanalyse und psychopathologische Forschungen 3: S. 401-426 (1911)

85. Rank O: Der Doppelgänger. Imago III.2: S. 148-164 (1914)

86. Raskin R, Hall C: A narcisisstic personality inventory. Psychological Reports 45: S. 590 (1979)

87. Rauchfleich U, Nil R, Perini C: Zur Validität des Narzissmusinventars (Deneke und Hilgenstock). Zeitschrift für Psychosomatische Medizin 41: S. 268-278 (1995)

88. Rinsley D: Bemerkungen zur Entwicklungspathogenese der narzisstischen Persönlichkeitsstörung. In: Kernberg O (Hrsg): Narzisstische Persönlichkeitsstörungen. Schattauer Stuttgart, S. 218-232 (1996)

89. Ritter K, Lammers C: Narzissmus-Persönlichkeitsvariable und Persönlichkeitsstörung. Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie 57: S. 53-60 (2007)

90. Rogner J: Ein Jahr nach Abschluss einer analytischen Adlerianischen Psychotherapie I: Vergleich mit Personen, die eine Psychotherapie beginnen. Zeitschrift für Individualpsychologie 19: S. 191-202 (1994)

91. Ronnigstam E, Gundeson J: Deskriptive Untersuchungen zur narzisstischen Persönlichkeitsstörung. In: Kernberg O (Hrsg): Narzisstische Persönlichkeitsstörungen. Schattauer Stuttgart, S. 88-107 (1996)

92. Rosenfeld H: Nachbetrachtung: Wandel der Theorien und Techniken in der Psychoanalyse. In: Rosenfeld H: Sackgassen und Deutungen. Internationale Psychoanalyse München Wien, S. 357-379 (1990)

93. Rosenfeld H: Destruktiver Narzissmus und Todestrieb. In: Rosenfeld H: Sackgassen und Deutungen. Internationale Psychoanalyse München Wien, S. 141-179 (1990)

94. Rudolf G: Das diagnostische Gespräch aus der Sicht des Patienten. In: Rudolf G: Psychotherapeutische Medizin und Psychosomatik. 4. Auflage. Thieme Stuttgart, S. 352-353 (2000)

95. Sachse R: Histrionische und Narzisstische Persönlichkeitsstörung. Hogrefe Göttingen Bern (2002)

96. Sadger J: Ein Fall von multipler Perversion mit hysterischen Absenzen. Jahrbuch für psychoanalytische und psychopathologische Forschungen, II Bd.: S. 112 (1910)

97. Saß et al.: Persönlichkeitsstörungen. In: Saß H, Wittchen H, Zaudig M, Houben I (Bearbeitung und Einführung): Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen DSM-IV. Hogrefe Göttingen Bern, S. 711-760 (1998)

98. Saß et al.: Persönlichkeitsstörungen. In: Saß H, Wittchen H, Zaudig M, Houben I (Bearbeitung und Einführung): Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen DSM-IV-TR. Hogrefe Göttingen Bern, S. 749-798 (2003)

99. Schindler R: Grundprinzipien der Psychodynamik in der Gruppe. Psyche 11: S. 308-314 (1957)

100. Schoeneich F, Rose M, Danzer G, Thier P, Weber C, Klapp B: Narzissmusinventar-90 (NI-90). Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie 50: S. 396-495 (2000)

101. Schütz A, Marcus B, Sellin I: Die Messsung des Narzissmus als Persönlichkeitskonstrukt: Psychometrische Eigenschaften einer Lang- und einer Kurzform des deutschen NPI. Diagnostica 50: S. 202-218 (2004)

102. Spangenberg L, Romppel M, Bormann B, Hofmeister D, Brähler E, Strauß B: Psychometrische Überprüfung des Narcissistic Personality Inventory (NPI-15): Dimensionalität und psychometrische Eigenschaften des NPI-15 in einer repräsentativen Bevölkerungsstichprobe. Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie 63: S. 341-347 (2013)

103. Steiner J: Narzisstische Einbrüche: Sehen und Gesehenwerden. 2.te Auflage. Klett-Cotta. Stutgart (2011)

104. Stemmler G: Selbst- und Fremdeinschätzungen. In: Stemmler G, Hagemann D, Amelang M, Bartussek D: Diferenzielle Psychologie und Persönlichkeitsforschung. 7. Auflage. Kohlhammer Stuttgart, S. 111-122 (2011)

105. Stieglitz R-D, Freyberger H: Selbstbeurteilungsverfahren. In: Stieglitz R-D, Baumann U, Freyberger H (Hrsg): Psychodiagnostik in Klinischer Psychologie, Psychiatrie, Psychotherapie. Thieme Stuttgart, S. 83-94 (2001)

106. Stieglitz R-D, Freyberger H: Fremdbeurteilungsverfahren. In: Stieglitz R-D, Baumann U, Freyberger H (Hrsg): Psychodiagnostik in Klinischer Psychologie, Psychiatrie, Psychotherapie. Thieme Stuttgart, S. 95-106 (2001)

107. Stirn A, Hartkamp N: Krankheitstypische Gegenübertragungsreaktionen. Psychotherapeut 49: S. 203-212 (2004)

108. Symington N: Narzissmus. Psychosozial Verlag Gießen (1999)

109. Teutsch, K: Ist Narzissmus eine Störung - Streichle dich selbst. Frankfurter Allgemeine Zeitung 14.07.2012: http://www.faz.net/aktuell/feuilleton/ist-narzissmus-eine-stoerung-streichle-dich-selbst-11820624.html (24.07.2013)

110. Thiel A, Schüßler G: Zwangssymptome bei strukturellen Selbst-Defekten – eine Untersuchung am Beispiel der Anorexia und Bulimia nervosa. Zeitschrift für Psychosomatische Medizin 41: S. 60-76 (1995)

111. Tress W, Wöller W, Hartkamp W, Langenbach M, Ott J (Hrsg): Persönlichkeitsstörungen. Leitlinie und Quellentext. Schattauer Stuttgart (2002)

112. Volkan V, Ast G: Spektrum des Narzissmus. Vanderhoeck Ruprecht Göttingen (1984)

113. V. Wietersheim J, Malewski P, Jäger B, Köpp W, Gitzinger I, Köhler P, Grabhorn R, MZ-ESS: Der Einfluss von stationärer psychodynamischer Psychotherapie auf Persönlichkeitsmerkmale von Patientinnen mit Anorexia nervosa und Bulimia nervosa – Ergebnisse der multizentrischen Essstörungsstudie. Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie 47: S. 366-379 (2001)

114. Wahl H: Narzissmus-Theorien. In: Mertens W (Hrsg): Schlüsselbegriffe der Psychoanalyse. Internationale Psychoanalyse Stuttgart, S. 105-114 (1993)

115. Wirth H-J: Pathologischer Narzissmus und Machtmissbrauch in der Politik. In: Kernberg O, Hartmann H-P (Hrsg): Narzissmus. Schattauer Stuttgart, S. 158-170 (2006)

116. Wöller W, Tress W: Narzisstische Persönlichkeitsstörung. In: Jansen P, Joraschky P, Tress W (Hrsg): Leitfaden Psychosomatische Medizin und Psychotherapie. 2. Auflage Deutscher-Ärzte Verlag Köln, S. 426-428 (2009)

117. Zepf S: Konzepte des Narzissmus. In: Zepf S: Allgemeine psychoanalytische Neurosenlehre, Psychosomatik und Sozialpsychologie. Psychosozial Gießen, S. 83-133 (2000)

KLINISCHE EINSCHÄTZUNG

Bitte schätzen Sie anhand den unten angegebenen Items die Persönlichkeit der Patientin/des Patienten ein, so wie Sie sie/ihn im Erstinterview aus ihrer/seiner Schilderung und unmittelbar im Gespräch erlebt haben.

Dieser Fragebogen dient zur Entwicklung einer Skala, die die Diagnostik des Narzissmus erleichtern sollte.

Ich erlebte die Patientin/den Patient aus ihrer/seiner Schilderung und im Gespräch so, dass ich glaube:

		Fast immer	**Teils teils**	**Sehr selten**
1.	Ihr/Sein Selbstwertproblem ist zentral	☐	☐	☐
2.	Sie/Er ist der Ansicht, dass sie/er ganz besonders ist	☐	☐	☐
3.	Sie/Er zeigt ein übertriebenes Selbstwertgefühl	☐	☐	☐
4.	Sie/Er beschäftigt sich mit "Größenphantasien"	☐	☐	☐
5.	Sie/Er ist kränkbar	☐	☐	☐
6.	Ihre/Seine Empathie ist gestört	☐	☐	☐
7.	Sie/Er verlangt nach Bewunderung	☐	☐	☐
8.	Ich finde sie/ihn sympathisch	☐	☐	☐
9.	Sie/Er legt ein Anspruchsdenken an den Tag	☐	☐	☐
10.	Sie/Er nützt zwischenmenschliche Beziehungen aus	☐	☐	☐
11.	Sie/Er ist neidisch oder projiziert den Neid	☐	☐	☐
12.	Sie/Er benimmt sich arrogant	☐	☐	☐
13.	Sie/Er ist schnell aus dem Gleichgewicht zu bringen	☐	☐	☐
14.	Sie/Er ist schnell verletzt und zieht sich zurück	☐	☐	☐
15.	Sie/Er empfindet innere Leere	☐	☐	☐
16.	Sie/Er hat depressive Einbrüche, stabilisiert sich aber relativ schnell	☐	☐	☐
17.	Ihre/Seine Schilderung war mir gut nachvollziehbar	☐	☐	☐
	Bei dieser Patientin/diesem Patienten liegt eine narzisstische Störung vor	☐	☐	☐

Danksagung

Die Danksagung ist in der Onlineversion aus Gründen des Datenschutzes nicht enthalten.

Lebenslauf

Der Lebenslauf ist in der Onlineversion aus Gründen des Datenschutzes nicht enthalten.