



140 Narzisstische Persönlichkeitsstörung NPS. ICD-10 F60.8

Gemäß Andrawis A, (2018) sind Selbstverliebtheit sowie das ständige Streben nach Anerkennung und Aufmerksamkeit charakteristische Merkmale der narzisstischen Persönlichkeitsstörung. Diese Störung äußert sich darin, dass die Betroffenen ihr eigenes Selbstwertgefühl ablehnen, jedoch nach außen hin ein übermäßiges Maß an Selbstbewunderung zeigen.

Ursachen und Entstehung

Es gibt verschiedene Faktoren, die zur Entwicklung einer narzisstischen Persönlichkeit beitragen können:

Die Erziehung, bei der Anerkennung und Bewunderung von den Eltern nicht ausreichend bestätigt wurden.

Fehlerhafte soziale Lernprozesse während der Kindheit

Die Neigung der Eltern, ihre Kinder für die Befriedigung ihrer eigenen Bedürfnisse zu instrumentalisieren (Andrawis A, 2018).

Narzisstische Persönlichkeitsstörung. Sie wird unter dem Sammelbegriff „F60.8 – Sonstige spezifische Persönlichkeitsstörungen“ eingeordnet. Weitere relevante ICD-10-Codes im Kontext „Störungen des Selbst“: F60.0 – Paranoide Persönlichkeitsstörung, (Selbstüberhöhung, Misstrauen, übersteigertes Selbstbild). F60.2 – Dissoziale Persönlichkeitsstörung. (Geringes Einfühlungsvermögen, egozentrisches Verhalten). F60.3 – Emotional instabile Persönlichkeitsstörung. (z. B. Borderline-Typus mit instabilem Selbstbild – „Identitätsstörung“). F62.1 – Andauernde Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung. (Kann zu tiefgreifenden Veränderungen des Selbst führen).

ICD-11

In der neuen ICD-11 wird Narzissmus unter dem Oberbegriff „Persönlichkeitsstörung“ mit Zusatzeinschätzungen wie z. B. „pathologischer Narzissmus“ oder „anhaltende Selbstbezogenheit“ beschrieben – dimensionale Diagnostik statt kategorialer.

Narzissmus ist eine Persönlichkeitsstörung, die durch ein übermäßiges Interesse an sich selbst, ein aufgeblähtes Ego und eine starke Selbstbezogenheit gekennzeichnet ist. Menschen mit narzisstischen Persönlichkeitsmerkmalen haben oft ein übertriebenes Bedürfnis nach Bewunderung und Anerkennung von anderen, und sie neigen dazu, ihre eigenen Fähigkeiten und Errungenschaften zu überschätzen. Eine Störung des Selbst hingegen bezieht sich auf eine Beeinträchtigung oder Dysfunktion des Selbstkonzepts oder der Selbstidentität einer Person. Menschen mit einer Störung des Selbst können Schwierigkeiten haben, eine klare Vorstellung von sich selbst zu haben, ihr eigenes Verhalten oder ihre eigenen Emotionen zu verstehen oder eine stabile und kohärente Identität zu entwickeln. Es gibt eine Reihe von Störungen des Selbst, die sich auf unterschiedliche Weise manifestieren können. Beispiele dafür sind die Borderline-Persönlichkeitsstörung, die dissoziative Identitätsstörung (früher als multiple Persönlichkeitsstörung bekannt) und die Depersonalisationsstörung. Diese Störungen können zu starken emotionalen Schwankungen, Identitätsunsicherheit, Problemen bei der Regulierung von Emotionen und anderen psychischen Herausforderungen führen.

Obwohl Narzissmus und Störungen des Selbst unterschiedliche Störungsbilder sind, können sie sich gelegentlich überschneiden. Einige Menschen mit narzisstischen Persönlichkeitsmerkmalen können beispielsweise auch eine Störung des Selbst haben. Es ist wichtig anzumerken, dass nicht jeder, der narzisstische Eigenschaften aufweist, eine Persönlichkeitsstörung hat. Narzissmus existiert auf einem Kontinuum, und es gibt auch gesunde Formen von Selbstliebe und Selbstwertgefühl. Die Diagnose und Behandlung von Narzissmus und Störungen des Selbst erfordern in der Regel eine professionelle psychologische Einschätzung und Unterstützung. Eine psychotherapeutische Behandlung kann helfen, die zugrunde liegenden Ursachen und Dynamiken zu verstehen und gesunde Bewältigungsstrategien zu entwickeln (Andrawis A, 2018).

Symptome

Die Symptome der Narzisstischen Persönlichkeitsstörung können vielfältig sein und variieren in ihrer Intensität. Zu den häufigsten Symptomen gehören: Selbstüberschätzung: Personen mit narzisstischer Persönlichkeitsstörung neigen dazu, sich selbst als außergewöhnlich kompetent, erfolgreich oder wichtig zu betrachten, oft ohne entsprechende Leistungen vorzuweisen.

- Suche nach Bewunderung und Anerkennung: Narzissten haben ein starkes Verlangen nach Bewunderung von anderen und erwarten, dass ihre Bedürfnisse und Wünsche vorrangig behandelt werden.

- Mangel an Empathie: Sie zeigen oft wenig Interesse oder Verständnis für die Gefühle und Bedürfnisse anderer Menschen. Empathie und Einfühlungsvermögen sind begrenzt.

- Ausbeutung anderer: Narzissten können andere Menschen ausnutzen, um ihre eigenen Ziele zu erreichen, ohne Rücksicht auf die Bedürfnisse oder Gefühle dieser Personen.

- Großartigkeit und Fantasien von Erfolg, Macht oder Schönheit: Narzissten fantasieren häufig über unermesslichen Erfolg, übermäßige Macht oder außergewöhnliche Schönheit.

- Neid und Überlegenheitsgefühle: Sie können dazu neigen, andere zu beneiden und gleichzeitig das Gefühl haben, überlegen oder einzigartig zu sein.

Fragiles Selbstwertgefühl: Obwohl sie oft arrogant wirken, haben Narzissten tief im Inneren oft ein sehr fragiles Selbstwertgefühl, das leicht verletzt werden kann.

- Interpersonelle Probleme: Sie haben oft Schwierigkeiten in Beziehungen, da sie dazu neigen, andere zu dominieren, zu manipulieren oder emotional auszubeuten.

- Reaktion auf Kritik: Kritik wird oft mit Ablehnung oder Wut aufgenommen, anstatt sie konstruktiv zu verarbeiten (ebd.).

Differentialdiagnose

Die Differentialdiagnose der Narzisstischen Persönlichkeitsstörung (NPS) bezieht sich auf den Prozess, bei dem ein Fachmann andere psychische Störungen oder Zustände ausschließt, die

ähnliche Symptome aufweisen können. Es ist wichtig, sorgfältig zu untersuchen und die folgenden Erkrankungen oder Persönlichkeitsmerkmale in Betracht zu ziehen:

Histrionische Persönlichkeitsstörung

Diese Störung weist einige Ähnlichkeiten mit der NPS auf, da Menschen mit beiden Störungen nach Aufmerksamkeit und Bewunderung suchen können. Der Hauptunterschied liegt darin, dass Menschen mit einer histrionischen Persönlichkeitsstörung oft dramatischer und emotionaler sind.

Borderline-Persönlichkeitsstörung

Menschen mit Borderline-Persönlichkeitsstörung können auch instabile Beziehungen und ein gestörtes Selbstwertgefühl haben. Der Hauptunterschied besteht darin, dass Borderline-Personen oft extreme Stimmungsschwankungen, impulsives Verhalten und ein starkes Verlassenheitsgefühl erleben.

Antisoziale Persönlichkeitsstörung

Diese Störung zeigt einige Überlappungen mit der NPS, insbesondere in Bezug auf Manipulation und mangelnde Empathie. Der Hauptunterschied besteht darin, dass antisoziale Personen Gesetze und soziale Normen oft schwerwiegender verletzen und ein tendenziell rücksichtsloses Verhalten zeigen.

Narzisstische Persönlichkeitsmerkmale

Nicht jeder mit narzisstischen Persönlichkeitsmerkmalen hat eine vollständige Narzisstische Persönlichkeitsstörung. Es ist wichtig, zwischen normalem narzisstischem Verhalten und einer klinischen Störung zu unterscheiden.

Depressive Störungen

Depressionen können Selbstwertprobleme und das Gefühl der Wertlosigkeit verursachen, was zu Verwechslungen mit NPS führen kann. Eine sorgfältige Beurteilung der Symptome und des Verlaufs ist notwendig.

Angststörungen

Angststörungen können auch zu zwischenmenschlichen Schwierigkeiten führen, die NPS ähneln. Die Unterscheidung erfolgt oft anhand von Angstsymptomen und -mustern.

Bipolare Störung

Bei einer bipolaren Störung kann es zu Stimmungsschwankungen kommen, die manchmal mit den extremen Emotionen eines Narzissten verwechselt werden können. Die Bipolare Störung wird jedoch durch manische und depressive Episoden charakterisiert.

Differentialdiagnose

Die Differentialdiagnose erfordert eine sorgfältige klinische Bewertung durch einen qualifizierten Psychiater oder Psychologen. Es ist wichtig, die Symptome und das Verhalten im Kontext des gesamten klinischen Bildes zu betrachten, um eine genaue Diagnose zu stellen und die am besten geeignete Behandlung zu planen. Der Begriff "Narzissmus" wird sowohl in der psychoanalytischen Theorie als auch im alltäglichen Sprachgebrauch verwendet und bezieht sich auf Selbstliebe und Ich-Bezogenheit. In der Psychoanalyse ist der Begriff jedoch verwirrend und es gibt wenig Einigkeit über seine Bedeutung. Der Narzissmus begriff hat sich im Laufe der Jahre weiterentwickelt und wird oft unspezifisch und übermäßig verwendet.

Die Psychoanalyse bezieht ihre Erkenntnisse über Narzissmus aus dem griechischen Mythos von Narziss, der sich in sein eigenes Spiegelbild verliebt, und dem Ödipus-Mythos. Freud führte den Begriff des Narzissmus ein und versuchte, die Verbindung zwischen narzisstischer Libido, Sexualität und Selbstwertgefühl zu erklären. Er betonte die Bedeutung des Ideals, das ein Mensch in sich aufbaut und an dem er sein eigenes Ich misst. Menschen streben danach, den verlorenen Idealzustand ihrer Kindheit wiederherzustellen. Die heutigen

Erklärungsansätze des Narzissmus basieren größtenteils auf Freuds Ideen. Der Narzissmus wird als ein zentraler Aspekt der Persönlichkeitsentwicklung betrachtet, der Auswirkungen auf das Selbstwertgefühl und die Selbstregulierung hat. Menschen mit narzisstischen Merkmalen haben ein übermäßiges Bedürfnis nach Bewunderung und Anerkennung und überschätzen oft ihre eigenen Fähigkeiten. Es ist wichtig anzumerken, dass der inflationäre Gebrauch des Begriffs in der Alltagssprache und in der Psychoanalyse zu einer Unsicherheit über seine genaue Bedeutung geführt hat. Die genaue Definition und Unterscheidung des Narzissmus als psychologisches Konzept bleibt Gegenstand der Debatte und weiterer Forschung.

Das Konzept des primären Narzissmus wird in der heutigen psychoanalytischen Literatur nur noch selten verwendet. Dennoch bleibt der Gedanke relevant, dass das Ich-Ideal aus der Idealisierung und Liebe der Eltern entsteht. Die Erfüllung dieser elterlichen Ideale führt zu Selbstliebe und einem positiven Selbstwertgefühl. Gestörter oder beeinträchtigter Narzissmus wird als Abweichung von einem individuellen Idealzustand des Wohlbefindens und der Selbstachtung definiert. Das Selbstwertgefühl bezieht sich auf den Wert, den wir uns selbst emotional zuschreiben. Es gibt eine ambivalente Haltung gegenüber diesem Gefühl des Wertes und der eigenen Würde, die mit Scham und Schande verbunden sein kann.

In der theoretischen Entwicklung nach Freud wurde das triebtheoretische Konzept des Narzissmus allmählich durch ein affektpsychologisches Modell der Selbstwertregulierung ersetzt. Die Definition von Hartmann, einem Vertreter der Ich-Psychologie, der den Narzissmus als "libidinöse Besetzung des Selbst" beschreibt, bildete die Grundlage für weitere theoretische und klinische Forschungen zum Narzissmus.

Heinz Kohut und die Selbstpsychologie

Die psychoanalytische Selbstpsychologie, die von Kohut H. gegründet wurde, gilt als eine bedeutende Schule der Psychoanalyse, obwohl sie immer noch weitgehend von der traditionellen analytischen Gemeinschaft ignoriert oder missbilligt wird. In einem neueren Artikel hat jedoch Kernberg O. ein großer theoretischer Gegner von Kohut H, betont, dass die Selbstpsychologie zusammen mit den intersubjektiven, interpersonellen und relationalen psychoanalytischen Ansätzen eine bedeutende Alternative zur Hauptströmung der Psychoanalyse bildet.

Heinz Kohout führte das Konzept des Selbst als "Zentrum des seelischen Universums" in die Psychoanalyse ein. Damit entwickelte er eine Theorie, die unabhängig von anderen psychoanalytischen Theorien und Entwicklungstheorien war und sich teilweise von Freuds triebpsychologischer Perspektive entfernte. Obwohl es vor Kohout keine direkten Vorläufer der Selbstpsychologie gab, lehnte er sich in seiner Konzeption an den Ich-Psychologen Heinz Hartmann an. Hartmann unterschied zwischen dem Ich als strukturellem mentalem System und dem Selbst als der gesamten Person des Individuums, einschließlich des Körpers und der psychischen Organisation. Er führte auch den Begriff der Selbst-Repräsentanz ein, der die unbewussten, vorbewussten und bewussten Repräsentationen des körperlichen und mentalen Selbst im Ich-System umfasst. Diese Unterscheidung zwischen Selbst-Repräsentanz und Objekt-Repräsentanz ist ein wichtiger Aspekt in der psychoanalytischen Auffassung des Selbst. Die Selbstpsychologie betont die Bedeutung der Selbstobjekte, also der Beziehungen und Erfahrungen, die das Selbst stärken und unterstützen, um eine gesunde psychische Entwicklung zu ermöglichen.

Die Selbst-Repräsentanz

Die Selbst-Repräsentanz umfasst die Art und Weise, wie ich mich empirisch erlebe und welche bewussten oder unbewussten Vorstellungen und Bilder ich von mir selbst habe. Es ist das Bild meiner Person, wie es in meiner Vorstellung repräsentiert wird. Margaret Mahler baute auf den Ideen von Hartmann auf und stellte durch klinische Untersuchungen fest, dass im Alter von etwa drei Jahren ein stabiles Gefühl der eigenen Einheitlichkeit und der Selbstgrenzen entwickelt wird, wenn die Entwicklung ungestört verläuft. Die Selbst-Repräsentanz entsteht nach Jacobson aus zwei Quellen: der unmittelbaren Wahrnehmung unseres inneren Erlebens, einschließlich körperlicher Empfindungen, emotionaler und gedanklicher Prozesse sowie zielgerichteter Aktivität, und der indirekten Wahrnehmung unseres körperlichen und psychischen Selbst als Objekt. Sowohl Kohout als auch Hartmann definieren das Selbst als Selbst-Repräsentation und übernehmen die Definition des Ichs als "Struktur des mentalen Systems". Kohout betont, dass es sich um ein Konzept des Selbst handelt, auch wenn es nicht immer bewusst erfahren wird. Die Forderung nach einer Unterscheidung zwischen "Selbst" und "Selbst-Repräsentanz" beruht nach Kohout auf einem Missverständnis. Das Selbst wird von Kohout als Selbst-Repräsentation definiert, die jedoch in

ihrer Essenz nicht erkennbar ist. Kohout betont, dass wir das Selbst nicht direkt erreichen können, sondern nur seine psychologischen Manifestationen durch Introspektion und Empathie wahrnehmen können.

Ein kohärentes Selbst entsteht nach Kohut H, (1913-1981), indem die exhibitionistischen Aktivitäten des Säuglings auf die Freude und einfühlsame Spiegelung der Mutter stoßen. Diese Empathie der Mutter dient als Spiegelung für das Kind und ist entscheidend für seine seelische Entwicklung und die Entwicklung eines gesunden Selbstwertgefühls. Eine inadäquate empathische Zuwendung der Eltern kann die Entwicklung des Selbst in der frühen Kindheit behindern. Kohout bezieht sich auf die Entwicklungspsychologie von Mahler und betont, dass am Anfang der kindlichen Entwicklung eine symbiotische Einheit zwischen Mutter und Kind besteht, die sich im Laufe der Zeit löst, während das Kind seinen Reifungsprozess durchläuft.

Laut Kohut wird das vollkommene Gefühl der Einheit zwischen Mutter und Kind durch die unvermeidlichen Begrenzungen der mütterlichen Fürsorge gestört. Das Kind kompensiert diese Störung, indem es ein grandioses Bild des Selbst aufbaut, das Größen-Selbst genannt wird, und die vorherige Vollkommenheit einem idealisierten Eltern-Objekt zuweist, der idealisierten Eltern-imago. Die Beziehung zur empathisch spiegelnden Mutter legt nach Kohut die Grundlage für das Größen-Selbst, während die Wahrnehmung des Vaters zur idealisierten Eltern-imago führt. Kohut unterscheidet drei grundlegende Bedürfnisse nach Selbstobjekten: das Bedürfnis nach Spiegelung, das zur Entwicklung von Selbstwertgefühl und Selbstbehauptung führt; das Bedürfnis nach Idealisierung, das zur Selbstberuhigung und zum Umgang mit emotionaler Erregung führt; und das Bedürfnis nach Gleichheit und Zugehörigkeit, das zur Entwicklung von Gemeinschaftsgefühl und Stolz führt. Selbstobjekt-Beziehungen sind lebenslang notwendig, um das Selbstgefühl aufrechtzuerhalten. Bei narzisstischen Störungen liegt laut Kohut eine Frustration des kindlichen Bedürfnisses nach Zuwendung zugrunde, was zu einer Abspaltung des Wunsches nach Zuwendung führt. Charakteristisch für narzisstische Persönlichkeitsstörungen sind Grandiosität, Selbstbeschäftigung und ein Mangel an Interesse und Empathie für andere. In der Therapie spielen idealisierende Übertragungen und Spiegelübertragungen eine Rolle, um das Größen-Selbst und das Selbstwertgefühl zu stärken und eine realistischere Selbstwahrnehmung zu fördern (Kohut H, (1913-1981)).

Die psychoanalytischen Ansätze von Heinz Kohut

die psychoanalytischen Ansätze von Kohut H, und Kernberg O, zur Behandlung von narzisstischen Persönlichkeitsstörungen. Kohut betont die Bedeutung der Zulassung der Idealisierung des Therapeuten durch den Patienten, während Kernberg die Objektbeziehungstheorie von Melanie Klein und anderen verfolgt. Kohut definiert den Narzissmus als eine Störung, bei der die Reifung der narzisstischen Libido beeinträchtigt ist und das Selbst mit unrealistischen Ansprüchen des "Größen-Selbst" konfrontiert wird. Kernberg beschreibt Objektbeziehungen als Ergebnis von Internalisierungsprozessen und betont die Bedeutung von Selbst- und Objekt-Repräsentanzen sowie Affekten. Beide Ansätze unterscheiden sich von der klassischen Psychoanalyse und legen den Fokus auf das Selbst und seine Beziehungserfahrungen (Kohut H, (1913-1981).

Die Objektbeziehungstheorie

Die Objektbeziehungstheorie besagt, dass die Entwicklung des psychischen Apparats auf der Internalisierung von Beziehungen beruht. Die frühen Erfahrungen mit den Bezugspersonen formen das Ich und werden in mentalen Strukturen organisiert. Das Selbst-Bild ist ein zentrales Element der Ich-Struktur und kann gesund oder pathologisch sein. Bei gesundem Narzissmus gibt es ein stabiles und realistisches Selbstkonzept, während pathologischer Narzissmus durch Schwäche, Fragmentierung oder Unrealismus des Selbst-Bildes gekennzeichnet ist. Schwere psychische Störungen werden als Ergebnis gestörter Objektbeziehungen betrachtet. In der Objektbeziehungstheorie steht die Beziehung im Mittelpunkt des Verständnisses menschlichen Erlebens. Obwohl die Selbstrepräsentanz eine mentale Entität ist, haben wir kaum kognitiven Zugang zu ihr. Im Gegenteil, die meisten von uns erleben normalerweise die Selbstrepräsentanz als das Selbst. Als Metapher formuliert, wäre die Selbstrepräsentanz nicht nur die Linse, durch die sich das Selbst sieht, sondern ein untrennbarer Teil des Auges, der die Kapazität des Selbst ist, sich zu erfahren. Eine zentrale Komponente dieser Selbstrepräsentanz ist laut Mahler (1980) das Körperbild.

Die empirische Kriterien von Kernberg

Im Gegensatz zu Kohut schlägt Kernberg (1983, 1996a, 1996b) mehr empirische Kriterien für die Diagnostik der narzisstischen Persönlichkeitsstörung vor. Für ihn sind die wesentlichen Merkmale narzisstischer Persönlichkeiten ihre ausgeprägte Beschäftigung mit sich selbst, starker Ehrgeiz, Grandiositätsvorstellungen und ein außerordentliches Bedürfnis nach Anerkennung durch andere. Auffällig ist auch das Fehlen echter Gefühle von Traurigkeit, Sehnsucht und Bedauern. Damit verbunden ist das Unvermögen zu echten depressiven Reaktionen, was einen Grundzug narzisstischer Persönlichkeiten darstellt. Kernberg (1983) betont auch die emotionale Flachheit oder Oberflächlichkeit narzisstischer Individuen (S. 161). Hinsichtlich der Kernproblematik narzisstischer Individuen hebt er besonders die Koexistenz von Minderwertigkeitsgefühlen und Vorstellungen von Grandiosität hervor. Für ihn stehen bei der narzisstischen Persönlichkeitsstörung die Affekte der narzisstischen Wut und des Neides im Mittelpunkt. Hinsichtlich der aggressiven Komponente der narzisstischen Persönlichkeitsstörung schreibt Kernberg: Kennzeichnend für diese Patienten sind chronisch wiederholte heftige Wutausbrüche in Verbindung mit einer rücksichtslos fordernden Haltung und entwertenden Angriffen gegen den Therapeuten, kurzum das, was wir als 'narzisstische Wut' bezeichnen (S. 305).

An anderer Stelle (Kernberg 1996b) geht er auf die grundlegende Neidthematik ein: der Konflikt zwischen der dauerhaften Gegenwart des Neids und der Abwehr gegen diesen Neid, insbesondere bestehend aus Entwertung, omnipotenter Kontrolle und narzisstischem Rückzug, ist besonders wichtig für das Verständnis der narzisstischen Pathologie. Im Gegensatz zu Kohut sieht Kernberg im Größen-Selbst ein „pathologischer Vers.

Nachdem Kernberg (1983) zunächst über die Unausweichlichkeit großer Krisen im Leben narzisstischer Persönlichkeiten gesprochen hat, wenn sie mit Altern, Trennungen, chronischer Krankheit und schließlich mit dem Tod konfrontiert werden, fährt er fort: „Es ist eindrucksvoll, wie stark solche narzisstischen Persönlichkeiten diese langfristig nicht zu umgehende Wirklichkeit verleugnen können, solange sie unter dem Einfluss eines pathologischen Größen-Selbst unbewusst (manchmal auch bewusst) von ihrer ewigen Jugend, Schönheit, Macht, Reichtum und immerwährenden Bestätigung, Bewunderung und Sicherheit überzeugt sind. Zuzulassen, dass ihre Illusion von Grandiosität zerbricht, bedeutet für sie, sich abzufinden mit dem gefährlichen, sich nur zögernd vollziehenden Bewusstwerden jener anderen,

abgelehnten und entwerteten Seite ihres Selbst: einem hungrigen, leeren, einsamen, primitiven Selbst inmitten einer Welt bedrohlicher, sadistisch frustrierender und rachsüchtiger Objekte. Fragt man sich, was das Entsetzlichste ist, was diese narzisstischen Persönlichkeiten ständig abwehren, schließlich aber doch aushalten müssen, so ist es wahrscheinlich die Erfahrung einer sinnentleerten Umwelt ohne Liebe und menschliche Kontakte, einer entmenslichten Welt, in der die lebendigen und die unbelebten Objekte gleichermaßen ihre frühere magisch befriedigende Qualität verloren haben (Kernberg (1983).

Kohut versus Kernberg Die Debatte zwischen Kohut und Kernberg, die vor allem in den 70er Jahren stattgefunden hat, kann man vereinfachend so zusammenfassen, dass beide darin übereinstimmen, dass die Grandiosität das hauptsächliche Kriterium der narzisstischen Persönlichkeit ist, obwohl sie darüber uneinig sind, wo der Ursprung dieses Grandiositätsgefühls liegt. Nach Kohut stellt das grandiose Selbst eine Fixierung auf das archaische "normale" Selbst dar, nach Kernberg reflektiert es eine pathologische Struktur, die es klar vom normalen Narzissmus unterscheidet.

Kernberg 1983 wertet das Größen-Selbst nicht nur als eine Entwicklungshemmung, sondern als eine pathologische Entwicklungsstörung. Es gibt seiner Ansicht nach kein Kontinuum vom pathologischen zum normalen Narzissmus. Obwohl Kernberg nicht darauf Bezug nimmt, kann dies auch als ein Zeichen der „Abhängigkeitsscham“ gedeutet werden, wie sie an anderer Stelle vorgestellt wurde.

Kohut 1976 sieht die Bildung des narzisstischen Selbst als einen Versuch an, den beim Übergang zur ersten Objektbeziehung erlittenen Verlust der Vollkommenheit zu kompensieren. Größen-Selbst und idealisierte Elternimago konstituieren sich dabei gegenseitig (Kohut H, 1976).

Kernbergs Interpretationsversuche des Narzissmus

Kernbergs Interpretationsversuche des Narzissmus gestalten sich komplexer und dramatischer. Er erkennt zwar genauso wie Kohut die psychische Existenz des grandiosen Selbst an, bevorzugt aber den Begriff der „pathologischen Selbststruktur“. Im Gegensatz zu Kohut sind es nicht die unvermeidbaren Versagungen, die das Kind durch die

Größenphantasien abzufedern versucht, sondern der Aufbau des grandiosen Selbst ist eine Antwort auf die Entwertung des Selbst nach seiner Idealisierung durch eine dominante und kaltherzige Mutter, die das Kind „in die Aura ihrer narzisstischen Welt“ eingeschlossen hat. Diese Ausbeutung, die solche Kinder als narzisstische Objekte ihrer Mütter erlitten haben, wird später in sozialen Beziehungen der narzisstischen Persönlichkeitsstörung wiederholt.

Der Selbstpsychologe

Der Selbstpsychologe Broucek (1982) führt noch einen weiteren Grund an, weshalb diese beiden grundlegenden psychoanalytischen Ansätze bei der Erklärung narzisstischer Persönlichkeitsstörungen in so deutlichem Maße divergieren. Er unterscheidet zwischen zwei „Typen“ von Narzissten, dem „egoistischen Typus“ und dem „dissoziativen Typus“. Der egoistische Typus des Narzissten hat den Sieg über die Scham davongetragen, mit dem Preis einer eingeschränkten interpersonalen Sensitivität und einer defizitären Über-Ich-Bildung. Der dissoziative Typus hat dagegen das grandiose Selbst abgespalten und projiziert dieses in Form eines idealisierten und omnipotenten Objekts auf den anderen. Broucek (1982) kommt zu dem Schluss, dass Kernberg den egoistischen Typus des Narzissten als Prototyp beschreibt, Kohut dagegen den dissoziativen. Der egoistische Narzisst neigt viel eher dazu, den Analytiker abzuwerten oder zu entwerten; der dissoziative Narzisst neigt dagegen eher dazu, ihn zu idealisieren. Diese Unterscheidung würde auch u.a.

Ödipaler Narzissmus

Ödipaler Narzissmus, der aus Störungen der ödipalen Phase der psychosexuellen Entwicklung hervorgeht, die sich über den Zeitraum vom Anfang des vierten bis zum Ende des fünften Lebensjahres erstreckt, wird größtenteils von dem Bioenergetiker und Reich-Schüler Alexander Lowen (1986) beschrieben.

Man sollte sich Almaas (1996) zufolge diese vier unterschiedlichen Formen des Narzissmus nicht als klar voneinander trennbare Kategorien vorstellen, ihre Überschneidung ist in der klinischen Realität eher die Regel. Almaas geht außerdem davon aus, dass alle Individuen mindestens eine Form des Narzissmus aufweisen und niemand den narzisstischen Störungen

dieser vier Ebenen gänzlich entkommt. Ein Vorteil dieses Schemas liegt meines Erachtens darin, dass es ein Kontinuum von narzisstischen Störungen beschreibt und einen möglichen Erklärungsansatz für ganz divergente Theorien darstellt. Mithilfe dieses Schemas werden die Unterschiede der theoretischen und praktischen Schwerpunktsetzung von Kohut und Kernberg deutlich. Der Narzissmus stellt eine so grundlegende Basis der Ich-Erfahrung dar, dass das Selbst des durchschnittlichen Menschen zutiefst und fundamental narzisstisch ist. Das Äußerste, was Psychotherapie oder Psychoanalyse in diesem Fall leisten können, besteht in der Linderung der Symptomatik, die durch schwere Formen der narzisstischen Störungen entstanden sind, und zwar mit dem letztendlichen Ziel, dass es dem Individuum möglich wird, den „Narzissmus des Alltagslebens“ zu erreichen (ebd.).

Objektbeziehungstheorie und die Selbstpsychologie

Beide großen Theorien, die Objektbeziehungstheorie wie die Selbstpsychologie, stellen wichtige theoretische Strömungen dar, die häufig als einander entgegengesetzt verstanden werden, obwohl sie sich meines Erachtens sehr gut ergänzen könnten. Die Autoren Bacal und Newman (1994) schlagen deshalb auch einen „Brückenschlag“ zwischen der Objektbeziehungstheorie und der Selbstpsychologie vor, da jede Theorie bestimmte Stärken und Schwächen aufweist:

Was in der Objektbeziehungstheorie fehlt, implizit aber sehr wohl enthalten ist, ist der Begriff des „Selbst“, und was die selbstpsychologische Theorie ganz eindeutig impliziert, gleichwohl aber ignoriert, ist die zentrale Bedeutung, die sie einer ganz bestimmten „Objektbeziehung“ – nämlich der Beziehung zwischen dem Selbst und seinen Selbstobjekten – für die Entwicklung des Selbst beimisst.

Die Objektbeziehungstheoretiker haben das "Subjekt" als das Selbst, dessen zentrales Bedürfnis die Beziehung zu Objekten ist, nicht konzeptualisiert, außer Harry G. und Donald Winnicott. Im Gegensatz zur klassischen Triebtheorie wird der Beziehung in den Objektbeziehungstheorien eine grundlegende Bedeutung beigemessen, während Freud diesen Aspekt weitgehend vernachlässigt hat. Die Erforschung der frühen Mutter-Kind-Beziehung mit Melanie Klein und ihren Nachfolgern hat zu einer Neu Konzeptualisierung der grundlegenden Bedeutung dieser Beziehung für die psychische Entwicklung geführt. Klein

ergänzte Freuds Werk um einige grundlegende Gedanken und hatte eine andere Vision der kindlichen Psyche. Die Objektbeziehungstheorie hat die zentrale Rolle der Mutter-Kind-Beziehung hervorgehoben, während Freud das Säuglingsalter vernachlässigte. Die britischen Objektbeziehungstheoretiker haben der Mutter-Kind-Beziehung den theoretischen Stellenwert gegeben, den sie verdient.

Winnicott DW, war ein englischer Psychoanalytiker und Kinderarzt, der sich intensiv mit der Entstehung der narzisstischen Problematik befasst hat. Im Gegensatz zu anderen Psychoanalytikern hat er keine psychoanalytische Schule gegründet, aber dennoch einen großen Einfluss auf die Entwicklung der Psychoanalyse gehabt. Er vermied den Begriff "narzisstische Persönlichkeitsstörungen" aufgrund seiner monadologischen Konnotation. Sein Werk zeichnet sich durch eine theoretische Inkonsistenz aus, was dazu führte, dass Kohut es nicht in seine eigenen Konzepte integrierte. Dennoch hatte Winnicotts Arbeit einen großen Einfluss auf fast alle Psychoanalytiker und Psychotherapeuten. Obwohl Er nie den Ausdruck "narzisstisch" verwendete oder eine strukturierte Theorie formulierte, wird sein Beitrag als maßgeblich für die Entwicklung der selbstpsychologischen Theorien angesehen. Er präsentierte auch keine zusammengefasste Behandlungstechnik, ähnlich wie Freud.

Objektbeziehungen und die Rolle der mütterlichen Fürsorge für die Selbstentwicklung

Winnicott betonte die Bedeutung von Objektbeziehungen und die Rolle der mütterlichen Fürsorge für die Selbstentwicklung. Er argumentierte, dass es keinen isolierten Säugling gibt, sondern immer eine Einheit von Säugling und mütterlicher Pflege besteht. Diese Idee ähnelt Kohuts Konzept der "archaischen Selbstobjekt-Einheit", in der der Säugling eine Beziehung zu einem mütterlichen subjektiven Objekt hat. Winnicott Unterschied zwischen dem "wahren" und dem "falschen" Selbst. Das wahre Selbst entwickelt sich in einer empathischen und fürsorglichen Umgebung, während das falsche Selbst entsteht, um das wahre Selbst vor destruktiven Einflüssen zu schützen. Der Narzissmus kann als Entfremdung vom wahren Selbst verstanden werden. Er betonte die Bedeutung der Versorgungsfunktionen der Mutter für die psychische Gesundheit und die Entwicklung des wahren Selbst. Die Einheit der psychischen Entwicklung liegt nicht im Kind selbst, sondern in der Mutter-Kind-Einheit. Die

Spaltung der Persönlichkeit führt zu einer Entfremdung vom wahren Selbst und einer Ausrichtung auf ein nach außen gerichtetem, angepasstem Selbst.

Das wahre Selbst, wie von Winnicott beschrieben, entspricht dem schizoiden Persönlichkeitsaspekt, den auch Fairbairn und Guntrip beschrieben haben. Es ist ein Potenzial, das in den frühesten Körperempfindungen verwurzelt ist, die im Kontext der Beziehung zur Mutter als Umwelt wahrgenommen werden. Das wahre Selbst wird durch die Lebendigkeit des Zellgewebes und die Aktivität der Körperfunktionen, wie Herz- und Atemtätigkeit, geprägt. Nur das wahre Selbst kann kreativ sein und ein Gefühl von Realität vermitteln, während die Existenz eines falschen Selbst zu einem Gefühl von Unwirklichkeit oder Nichtigkeit führt (Winnicott DW, 1896-1971).

Winnicott geht davon aus, dass es in jedem Menschen eine angeborene, "natürliche Tendenz zur Gesundheit oder zur Entwicklungsmäßigen Reife" gibt, die jedoch nur unter entsprechenden wachstumsfördernden Umweltbedingungen entfaltet werden kann. Er betrachtet seelische Erkrankungen nicht primär als pathologische Störungen, sondern als Notlösungen für emotionale Konflikte und Entwicklungsaufgaben. Für Winnicott stellen seelische Erkrankungen Entwicklungsstagnationen dar. Er betont, dass es für das Individuum normal und gesund ist, dass Selbst gegen spezifisches Versagen der Umwelt zu verteidigen, indem es die fehlerhafte Situation einfriert. In der Therapie bedeutet dies, dass eine Befreiung der Entwicklung durch Regression zu den eingefrorenen Lebensprozessen und ihre Auflösung im Sinne der Aufhebung der Dissoziation oder der Auflösung der falschen Selbstanteile erreicht werden muss.

Winnicott bezeichnet die organisierte "Regression auf Abhängigkeit" als untrennbaren Bestandteil der Analyse von Phänomenen der frühesten Kindheit (ebd.).

Auch Harry Guntrip (1968) teilt Winnicotts Ansicht über die Bedeutung der mütterlichen Umwelt und betont, dass die Erfahrung des "Seins" ausreichend gute Mutterfürsorge erfordert. Diese Erfahrung wird durch eine Mutter vermittelt, die in der Lage ist, mit und für ihr Baby präsent zu sein, anstatt sich primär als eine Person zu erleben, die etwas für das Baby tut. Guntrip (1968) zieht daraus den wichtigen Schluss, dass es immer eine Verbindung zwischen dem "Sein" und der Erfahrung, "in einer Beziehung zu sein", gibt. Das Selbstgefühl entwickelt sich auf der Grundlage von Beziehungen, an denen man teilhat. Obwohl Guntrip

nicht explizit über Schamgefühle schreibt, dreht sich seine Theorie und therapeutische Praxis immer wieder darum. Sein psychotherapeutischer Ansatz basiert auf der Annahme, dass die meisten Menschen Angst davor haben, bei anderen den Eindruck von Schwäche oder Unzulänglichkeit zu erwecken. Das Gefühl der Scham oder Demütigung, das mit persönlichem Versagen einhergeht, muss unbedingt abgewehrt werden. Nach Guntrip richten sich alle Abwehrmechanismen in erster Linie darauf, das Bewusstwerden eines Gefühls der Ich-Schwäche zu verbergen. Genauer gesagt, definierte Guntrip (1968) die Werke von Fairbairn (1952) und Winnicott (1971, 1974, 1983) unter dem Gesichtspunkt seiner eigenen Betonung des Selbst neu (Guntrip H, 1968). Kohut (1976, 1979) distanzierte sich von Freuds Triebpsychologie und lehnte die bedeutende Rolle der Triebe in der psychischen Entwicklung ab. Im Gegensatz zu Kohut glaubt Winnicott nicht, dass Destruktivität ausschließlich auf den Zusammenbruch der Selbstkohäsion aufgrund einer Störung in der Beziehung zwischen dem Selbst und seinen Selbstobjekten zurückzuführen ist. Er betrachtet Destruktivität nicht ausschließlich als reaktiv und postuliert eine primäre Destruktivität, die er für die Entwicklung als äußerst bedeutsam erachtet. Laut Winnicott besitzt der Säugling eine fundamentale, nicht reaktiv-destruktive Tendenz, die entscheidend ist, da ihre Äußerung dem Säugling ermöglicht zu entdecken, dass seine Mutter ihn überlebt (ebd.).

Interessanterweise betont Fairbairn (1952) die Bedeutung von Scham, die regelmäßig mit der Erfahrung in Verbindung gebracht wird, sich auf ein "böses Objekt" zu beziehen. Die Gefühle, die ein Erwachsener gegenüber einem Kind hat, spielen eine wichtige Rolle bei den Identifikationen des Kindes. Wenn Erwachsene das Kind als schlecht oder schändlich wahrnehmen, übernimmt das Kind diese Perspektive und glaubt anschließend, ebenfalls "böse" zu sein. Es ist für ein Kind herausfordernd zuzugeben, dass Eltern oder andere idealisierte Erwachsene tatsächlich böse sind. In solchen Fällen internalisiert das Kind die Last der bösen Eigenschaften der Eltern, um sicherzustellen, dass es eine erträglich gute äußere Umgebung erfährt. Dies wird erreicht, indem das Kind die Eltern als böse Objekte internalisiert.

Die Ansicht von Alice Miller

Diese Ansicht wird auch von Alice Miller (1981) vertreten, wenn sie schreibt, dass die narzisstische Störung "die Isolierhaft des wahren Selbst im Gefängnis des falschen" ist (S. 11). Ähnlich wie Winnicott geht sie davon aus, dass die Anpassung an die Bedürfnisse der Eltern

zur Entwicklung des falschen Selbst oder der "Als-ob-Persönlichkeit" führt. Winnicott betont, dass man, wenn der Säugling anfängt zu existieren anstatt nur zu reagieren, den Ursprung des wahren Selbst beobachten kann. "Nur das wahre Selbst kann kreativ sein und nur das wahre Selbst kann sich real fühlen" (Winnicott 1974, S. 193).

In ähnlicher Weise beschreibt dies Alice Miller (1981): Es gehört zu den Wendepunkten der Analyse, wenn narzisstisch gestörte Patienten zu der emotionalen Einsicht kommen, dass all die Liebe, die sie sich mit so viel Anstrengung und Selbstverleugnung erobert haben, gar nicht ihnen galt, die sie in Wirklichkeit waren. [...] Hinter dieser Leistung erwacht in der Analyse das kleine einsame Kind und fragt sich: 'Wie wäre es, wenn ich böse, hässlich, zornig, eifersüchtig, faul, schmutzig, stinkend vor euch gestanden wäre? Wo wäre eure Liebe dann gewesen? Und all das war ich doch auch (Alice Miller 1981 S. 33).

Damit einher geht eine große "narzisstische Kränkung", die durch die Selbstdarstellung kompensiert werden soll. Diese Kränkung ist eine tiefe Verletzung für den Narzissten, die dem Erleben des wahren Selbst zugefügt wurde. So kommt Johnson (1987), der die Selbstpsychologie Kohuts mit Winnicotts Ideen verbindet, zu dem Schluss: "Der Narzissmus ist einfach die Zurschaustellung des falschen Selbst anstelle der Äußerung des wahren Selbst" (S. 53). Wenn das falsche Selbst mit seinen grandiosen Überzeugungen in Frage gestellt wird, entstehen Angst und ein Gefühl des Schmerzes über die ursprüngliche narzisstische Kränkung. Alice Miller (1981) beschreibt in ihrem populären Buch "Das Drama des begabten Kindes" den Umstand, dass sich in der Berufsgruppe der Psychotherapeuten besonders viele Individuen mit einer narzisstischen Problematik befinden. Als Erklärung dieser Tatsache führt sie an, dass der Mangel an Liebe und Empathie, den sie erfahren haben, in der Weise zu einer Reaktionsbildung führen kann, dass man anderen Menschen gegenüber besonders empathisch ist.

Des wahren Selbst

Die Idee des wahren Selbst ist für Winnicott eng mit der eigenen Authentizität verbunden, die er auch von Psychotherapeuten fordert. Er gibt zum Beispiel zu, dass der Analytiker seine Patienten - insbesondere die regressiven Patienten - in bestimmten Situationen hassen wird. Er betont, wie wichtig es in diesem Fall ist, sich diesem Hass, der sich in der

Gegenübertragung zeigt, einzugestehen, damit man als Psychotherapeut gut arbeiten kann. In Bezug auf seine Behandlungstechnik sieht er drei grundlegende Aufgaben, die der Therapeut für den Patienten erfüllen muss: Halten, Behandeln und sich als wirkliches Gegenüber erweisen (holding, handling, object-presenting). Nach Winnicott 1971 kann man den therapeutischen Prozess auch als Äquivalent zum Reifungsprozess eines Säuglings und Kindes betrachten (S. 248). Im Rahmen einer erfolgreichen Analyse oder Psychotherapie kann man im besten Fall das vervollständigen, was in der ursprünglichen Entwicklung unvollendet geblieben ist. In diesem Sinne gibt es eine große Ähnlichkeit zwischen der Aufgabe von Therapeuten und der Aufgabe von Eltern (1971, S. 190). Winnicott zieht eine weitere Parallele zwischen dem therapeutischen Prozess und der Kindheitsentwicklung, indem er behauptet, dass man nur im schöpferischen Prozess sich selbst finden kann. Dies bedeutet für die Therapie, dass sowohl der Analytiker als auch der Patient das "Spielen" lernen. Dabei geht er davon aus, dass die Psychotherapie sich in der Überschneidung zweier Spielbereiche abspielt - dem des Patienten und dem des Therapeuten (Winnicott 1971, S. 65). Für ihn bedeutet Psychotherapie "nicht, kluge und geschickte Deutungen zu geben; im Großen und Ganzen stellt sie einen langfristigen Prozess dar, in dem Patienten zurückgegeben wird, was er selbst einbringt. Psychotherapie hat im weitesten Sinne die Funktion des Gesichts, das widerspiegelt, was sichtbar ist. Ich betrachte meine Arbeit gern als einen solchen Vorgang und glaube, dass der Patient, wenn mir diese Arbeit gelingt, sein eigenes Selbst finden, leben und sich als real erleben kann" (Winnicott 1971, S. 134).

Therapie und Prognose

Die Therapie und Prognose für einen narzisstischen Patienten hängen von verschiedenen Faktoren ab, einschließlich der Schwere der Narzissmus-Symptome, der Bereitschaft des Patienten zur Veränderung und der Qualität der therapeutischen Intervention. Hier sind einige wichtige Aspekte der Therapie und Prognose für narzisstische Patienten:

Psychotherapie

Die Hauptbehandlung für narzisstische Persönlichkeitsstörungen (NPS) ist Psychotherapie. Die am häufigsten empfohlene Therapieform ist die psychodynamische Psychotherapie oder auch die kognitive Verhaltenstherapie. In der Therapie können folgende Ziele verfolgt werden:

Verbesserung des Selbstbewusstseins und des Selbstwertgefühls des Patienten.

Entwicklung von Empathie und emotionaler Intelligenz.

Förderung gesunder zwischenmenschlicher Beziehungen.

Reduktion von destruktivem Verhalten, wie Manipulation und ausbeuterischem Verhalten.

Gruppen- oder Einzeltherapie: Je nach den individuellen Bedürfnissen des Patienten kann sowohl Gruppen- als auch Einzeltherapie hilfreich sein. Gruppentherapie ermöglicht es dem Patienten, seine sozialen Fähigkeiten zu üben und Feedback von Gleichgesinnten zu erhalten.

Medikamente

Medikamente werden in der Regel nicht zur Behandlung der NPS selbst verwendet, können jedoch bei begleitenden Störungen wie Depressionen oder Angstzuständen verschrieben werden (ebd.).

Prognose

Die Prognose für narzisstische Patienten kann variieren. Einige Faktoren, die die Prognose beeinflussen können, sind:

Bereitschaft zur Veränderung: Die Prognose ist besser, wenn der Patient motiviert ist, an seinen narzisstischen Mustern zu arbeiten und Veränderungen anzunehmen.

Schweregrad der Störung: Je ausgeprägter die narzisstischen Symptome sind, desto herausfordernder kann die Behandlung sein. In einigen Fällen kann die NPS hartnäckig sein und erfordert langfristige Therapie.

Qualität der Therapie: Eine qualitativ hochwertige und auf die Bedürfnisse des Patienten zugeschnittene Therapie ist entscheidend für den Erfolg der Behandlung.

Unterstützungssystem: Ein unterstützendes soziales Netzwerk kann die Prognose verbessern, da es dem Patienten helfen kann, gesunde Beziehungen zu entwickeln und aufrechterhalten.

Es ist wichtig zu beachten, dass die Behandlung von Narzissmus oft eine langfristige Angelegenheit ist, und Fortschritte können langsam sein. Einige narzisstische Merkmale können auch über die Zeit hinweg nachlassen, während andere bestehen bleiben können. Die Prognose hängt daher stark von der individuellen Situation ab. In jedem Fall sind eine frühzeitige Intervention und die Zusammenarbeit mit qualifizierten Therapeuten entscheidend, um die Chancen auf eine positive Entwicklung zu erhöhen.

In allgemein Ein narzisstischer Patient passt sich oft gut im Alltag an und sucht daher selten psychotherapeutische Hilfe auf. Wenn jedoch eine Psychotherapie beginnt, kann dies zu einer sogenannten narzisstischen Krise führen, bei der das Selbstbild des Patienten zusammenzubrechen droht. Beziehungskonflikte, ein Gefühl innerer Leere, depressive Stimmungen und sogar suizidale Gedanken können Gründe sein, eine Therapie zur Bewältigung der zugrunde liegenden Konflikte zu beginnen. Beratung und regelmäßiges Coaching können sehr hilfreich sein. Die zentralen Ansätze der Therapie liegen oft im psychodynamischen Bereich, insbesondere in psychoanalytischen Therapien. Ein Schwerpunkt der therapeutischen Arbeit besteht darin, die Interaktion und Empathie Fähigkeit des Patienten zu verbessern.

3 Literaturverzeichnis

Winnicott DW, (1971), *Playing and Reality*, Routledge Classics. With a new preface by Robert F, Rodman, North Carolina State University London and New York.

Miller A, (1979) *Das Drama des begabten Kindes und die Suche nach dem wahren Selbst* Taschenbuch. Suhrkamp Verlag, Frankfurt am Main.

Kernberg Otto F, (2016) *Hass, Wut, Gewalt und Narzissmus* (Lindauer Beiträge zur Psychotherapie und Psychosomatik) mit einem Geleitwort von und Ermann M, 2.Auflage Kohlhammer W, Verlag.

Kernberg Otto F, (1978) *Borderlinestörungen und pathologischer Narzissmus*, Frankfurt M, Suhrkamp, ISBN.: 9783456821993, Taschenbuch 3. Nachdruck. 1. Auflage 1993(HG.) Huber, Bern Verlag.

Kernberg, OF, *Borderlinestörungen und pathologischer Narzissmus*, Frankfurt M, Suhrkamp, 1975.

Melanie K, (1940) *The New Dictionary of Kleinian Thought* (HG. 2011) Elizabeth Bott Spillius, Jane Milton, Penebe Garrey, Gyril Coure and Debarah Steiner. *Mourning and its Relation to Manic-Depressive States, the Writings of Melanie Klein*, Vol 1 London, Hogarth New York NY 1016.

Möller HJ, Laux G, Deisster A, (2010) *MLP Duale Reihe Psychiatrie*, Hippokrates Verlag.

Möller HJ, Laux G, Deister A, (2014): *Psychiatrie und Psychotherapie*, 5. Aufl., Thieme Verlag.

Möller J, (2005) *Psychiatrie und Psychotherapie*, Thieme Verlag.

Nussbaum MA, (2022) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition, Text Revision (DSM-5-TR)* American Psychiatric Association, ISBN9781615373574 Vereinsverlag.

Lowen A, (1979) *Bioenergetik: Therapie der Seele durch Arbeit mit dem Körper*.

Donald W, (2006) Winnicott Reifungsprozesse und fördernde Umwelt (Bibliothek der Psychoanalyse) Taschenbuch von und Jürgen Bavendamm, Rowohlt Taschenbuch Verlag.

Guntrip H, (1968) Schizoid Phenomena, Object Relations and the Self, Routledge Taylor & Francis Group London and Newyork.

Bürgin D, Resch F, Schulte-Markwort M, (2009) Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik OPD-2 Das Manual für Diagnostik und Therapieplanung 2., überarbeitete Auflage Verlag Huber.

Dilling H, Mombour W, Schmidt M H (2011) Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F). Klinisch-diagnostische Leitlinien. Verlag Hans Huber. 8. Auflage.

Ermann M, (2004) Psychosomatische Medizin und Psychotherapie. Kohlhammer Verlag.

Frauenknecht S, Brunnhuber S (2008) Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen. In: Lieb K, Frauenknecht S, Brunnhuber S Intensivkurs Psychiatrie und Psychotherapie, 6. Auflage Urban & Fischer Verlag.

Kernberg OF, (1998) Psychodynamische Therapie bei Borderline-Patienten, Hans Huber Verlag

Möller J, (2010) Psychiatrie und Psychotherapie, Thieme Verlag Stuttgart.

Möller H, J, Laux G, und Deisster A (2010): MLP Duale Reihe Psychiatrie, Hippokrates Verlag Stuttgart.

Mentzos S, (2010) Neurotische Konfliktverarbeitung, Einführung in die psychoanalytische Neurosenlehre unter Berücksichtigung neuer Perspektiven, Fischer Verlag.

Rüegg JC, (2001) Gehirn, Psyche und Körper. Neurobiologie von Psychosomatik und Psychotherapie, Verlag Schattauer.

Möller, G Laux, A Deister, (2015) Psychiatrie und Psychotherapie, h-j, Thieme Verlag.

Zepf S, (2000) Allgemeine psychoanalytische Neurosenlehre, Psychosomatik und Sozialpsychologie, Psychosozial Verlag

Andrawis A, 2017