

**Besondere Herausforderungen und Wirkfaktoren in der
psychotherapeutischen Arbeit
mit Klient*innen mit narzisstischen Tendenzen
aus Sicht Integrativer Gestalttherapeut*innen**

Master-Thesis zur Erlangung des akademischen Grades
Master of Science
Universitätslehrgang Integrative Gestalttherapie

eingereicht von
Mag^a. Claudia Holzer

Department für Psychotherapie und Biopsychosoziale Gesundheit
an der Donau-Universität Krems

Betreuerin: Mag^a. Helene Neumayr

Wien, 23. August 2020

EIDESSTATTLICHE ERKLÄRUNG

Ich, Claudia Holzer, erkläre hiermit an Eides statt,

1. dass ich meine Master-These selbstständig verfasst, andere als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel nicht benutzt und mich auch sonst keiner unerlaubten Hilfen bedient habe,
2. dass ich meine Master-These oder wesentlichen Teilen daraus bisher weder im In- noch im Ausland in irgendeiner Form als Prüfungsarbeit vorgelegt habe,
3. dass ich, falls die Master-These mein Unternehmen oder einen externen Kooperationspartner betrifft, meinen Arbeitgeber über Titel, Form und Inhalt der Master-These unterrichtet und sein Einverständnis eingeholt habe.

ABSTRACT

ABSTRACT DEUTSCH

Die hier vorliegende Arbeit befasst sich mit der Frage, ob und welche besonderen Herausforderungen und welche Wirkfaktoren es in der psychotherapeutischen Arbeit mit Klient*innen mit narzisstischen Verletzungen gibt. Der erste Teil der Arbeit befasst sich in der Theorie mit Narzissmus und mit diesem in Zusammenhang stehenden Kapiteln. Der zweite Teil der Arbeit – die Empirie – stellt die Interviewergebnisse dar. Das letzte Kapitel verschränkt Theorie und Empirie in dem Bemühen, die Fragestellung hinreichend zu beantworten.

ABSTRACT ENGLISH

The presented master's thesis explores the question if and given so which specific challenges and effects are there in the psychotherapeutic work with clients with narcissistic tendencies. The first part will focus on narcissism in theory and related chapters thereof. The second – empiric – part documents the results of the interviews. The paper's final part connects the theoretic approach and the empiric results in order to answer the initial set of questions.

INHALTSVERZEICHNIS

EINLEITUNG	6
THEORIE	8
BEGRIFFSBESTIMMUNG	8
PSYCHODYNAMISCHE BEGRIFFE AUS SICHT DER INTERGATIVEN GESTALT THERAPIE.....	8
GRUNDBEGRIFFE DER INTEGRATIVEN GESTALT THERAPIE	15
DAS SELBST	26
UNTERSCHIEDLICHE DIMENSIONEN DES SELBST	26
DIE ENTWICKLUNG DES SELBST.....	28
SELBSTWERT	33
THERAPEUTISCHE BEZIEHUNG.....	38
DAS PRIMAT DER BEZIEHUNG.....	38
BEZIEHUNGSASPEKTE NACH MARTIN BUBER	42
WESENTLICHE FAKTOREN FÜR KLIENT*INNEN-THERAPEUT*INNEN- BEZIEHUNG NACH GARY M. YONTEF	45
NARZISSMUS.....	48
DIAGNOSTISCHE ASPEKTE DES NARZISSMUS	49
FORMEN DES NARZISSMUS.....	57
URSACHEN FÜR DIE ENTSTEHUNG NARZISSTISCHER STRUKTUREN	61
EMPIRIE	65
QUALITATIVE UNTERSUCHUNG.....	65
DAS UNTERSUCHUNGSDESIGN	65
DIE DATENERHEBUNG.....	67
DIE DATENAUSWERTUNG	69
DIE ERGEBNISDARSTELLUNG	71

DISKUSSION	96
SPEZIFISCHE SCHWIERIGKEITEN UND HERAUSFORDERUNGEN IN DER THERAPEUTISCHEN ARBEIT	96
NOTWENDIGE GEDULD DER THERAPEUT*INNEN	96
MACHTKÄMPFE.....	97
ANERKENNUNG	98
HOHE ANFORDERUNGEN DER KLIENT*INNEN	99
THERAPIEABBRÜCHE DURCH KLIENT*INNEN UND ERHÖHTE KRÄNKBARKEIT DER KLIENT*INNEN.....	99
TOPDOG – UNDERDOG.....	100
ABWERTUNG DER THERAPEUT*INNEN DURCH KLIENT*INNEN	100
ÜBERTRAGUNGSGEFÜHLE DER THERAPEUTI*NNEN	101
ZENTRALE BEREICHE BEI NARZISSTISCHEN VERLETZUNGEN	101
DER SELBSTWERT	101
BEZIEHUNGSFÄHIGKEIT DER KLIENT*INNEN UND DIE THERAPEUTISCHE BEZIEHUNG	102
URSACHEN DER ENTSTEHUNG NARZISSTISCHER VERLETZUNGEN	103
WIRKFAKTOREN DER INTEGRATIVEN GESTALT THERAPIE	104
ZUSAMMENFASSUNG UND FAZIT	106
ZUSAMMENFASSUNG	106
PERSÖNLICHES FAZIT	107
LITERATURVERZEICHNIS	108
ANHANG.....	114

EINLEITUNG

In der therapeutischen Arbeit mit Klient*innen habe ich gemerkt, dass ich mit bestimmten Klient*innen andere Sitzungs- und Entwicklungsverläufe hatte. Manche Interventionen, die häufig gut angenommen wurden, wurden abgelehnt oder ich selbst befand mich plötzlich in einer Abwertung durch die Klient*innen oder in Machtkämpfen mit ihnen wieder. Bei der Auseinandersetzung mit der Frage, wieso das so ist, stieß ich zunächst auf die Frage, was diese Klient*innen verbindet. Es zeigte sich als eine zentrale Verbindung dieser Klient*innen deren narzisstische Verletzungen. Immer wieder war die Beziehung das Schwierige in der therapeutischen Arbeit mit Klient*innen mit narzisstischen Verletzungen. Ein ihnen Nahekommene erschien mir als die eigentliche Herausforderung. Dies veranlasste mich, mich näher mit dem Thema Narzissmus zu beschäftigen. In der Literatur fand sich viel Fachinput. In weiterer Folge entwickelte sich – gemeinsam mit meiner Master-Thesisbetreuerin Mag^a. Helene Neumayr – die Frage, was erfahrene Fachkolleg*innen auf meine Fragen nach den Herausforderungen und Wirkfaktoren in der therapeutischen Arbeit mit Klient*innen mit narzisstischen Tendenzen antworten können.

Dankenswerterweise waren letztendlich acht Fachkolleg*innen sehr unkompliziert und schnell bereit, sich mit mir auf ein Interview zu folgenden meinen Forschungsfragen zu treffen:

1. Gibt es charakteristische Schwierigkeiten beziehungsweise besondere Herausforderungen in der therapeutischen Arbeit mit Klient*innen mit narzisstischen Tendenzen aus Sicht langjährig tätiger Integrativer Gestalttherapeut*innen?
2. Welche Schwierigkeiten beziehungsweise besonderen Herausforderungen werden von langjährig tätigen Integrativen Gestalttherapeut*innen in der Arbeit mit Klient*innen mit narzisstischen Tendenzen berichtet?
3. Welche Wirkfaktoren werden in der therapeutischen Arbeit mit Klient*innen mit narzisstischen Tendenzen von langjährig erfahrenen Integrativen Gestalttherapeut*innen erkannt und berichtet?

Die Interviews waren besondere Erlebnisse, an die ich gerne zurückdenke. Ich durfte für mich höchst interessanten Fragen stellen und an dem Erfahrungsschatz langjährig tätiger Kolleg*innen teilhaben, was mich zu einem ganz grundlegenden

Schluss geführt hat: Die Beziehung ist das Um und Auf in der therapeutischen Arbeit. Martin Buber (1965, zitiert nach Staemmler, 1993) sagt „Damit ein Klient in der therapeutischen Situation er selbst werden und sein kann, ist er existenziell auf einen Therapeuten angewiesen, der einerseits bereit ist, sich auf ihn einzulassen, sodass eine Beziehung möglich wird, in der der Klient ... sich verwirklichen ...[kann]“ (Buber, 1965, zitiert nach Staemmler, 1993, S. 26).

Das Thema der Bindung wird im Folgenden nicht dargelegt, obwohl diesem in der Forschung um den Narzissmus eine bedeutende Rolle zukommt. Die vorliegende Arbeit befasst sich schwerpunktmäßig mit der therapeutischen Beziehung als wesentliche Thematik in der Arbeit mit Klient*innen mit narzisstischen Verletzungen und bleibt daher mehr im Hier und Jetzt. Zu einer umfassenden und profunden Ausführung zum Thema Bindung bei Narzissmus sei auf die Master-Thesis von Sylvia Stix (2018) verwiesen.

THEORIE

BEGRIFFSBESTIMMUNG

PSYCHODYNAMISCHE BEGRIFFE AUS SICHT DER INTEGRATIVEN GESTALT THERAPIE

Im folgenden Kapitel sollen Grundbegriffe der Integrativen Gestalttherapie vorgestellt und ausgeführt werden, die in Zusammenhang zum Grundthema dieser Arbeit, dem Narzissmus, stehen.

Übertragung und Gegenübertragung

Die Übertragung ist ein Begriff, der ursprünglich aus der Psychoanalyse stammt und in die Gestalttherapie Einzug fand. In dieser entwickelte der Begriff eine unterschiedliche Bedeutung. „Wie jede andere wichtige Beziehung wird auch die Beziehung zwischen KlientIn und TherapeutIn durch Übertragung mehr oder weniger stark beeinflusst.“ (Rahm, Otte, Bosse & Ruhe-Hollenbach, 1993, S. 355)

Hilarion Petzold (zitiert nach Rahm et al., 1993) definiert Übertragung folgendermaßen:

Übertragung sind die unbewußten Vergegenwärtigungen alter Atmosphären und Szenen in einer Art und Weise, daß die Gegenwart verstellt wird und die Realitäten der anderen nicht gesehen werden können. Sie werden aufgelöst, wenn die motivationalen Quellen, aus denen die Übertragung gespeist wird, d.h. die alten Szenen, bearbeitet werden. (S. 357)

Übertragungen geschehen immer wieder. Sie sind Bestandteil des Alltags und erleichtern diesen einerseits, da bereits gemachte Erfahrungen herangezogen werden, um neuen Situationen zu begegnen. Andererseits erschweren sie den Alltag, da Menschen sich diesen alten Erfahrungen folgend auf eine bestimmte Weise verhalten und so das Gegenüber einladen, sich ebenso passend zu der jeweiligen Übertragung zu verhalten. Wesentlich in einer therapeutischen Situation ist, dies zu

erkennen und die Übertragung wahrzunehmen, als diagnostisches Element zu nutzen, aber nicht aus dieser heraus unbewusst zu reagieren. Würde letzteres geschehen, wäre es einmal mehr die Wiederholung der Erfahrungen der Klient*innen.

Übertragung und *Beziehung* stehen im therapeutischen Prozeß (und nicht nur da) in einem dauernden Spannungsverhältnis: Die Therapeutin muß die Übertragungen der Klientin zunächst akzeptieren: Sie sind das Kontakt- und Beziehungsangebot der KlientIn, diese hat zunächst keine anderen Verhaltensweisen für diese spezifische Situation zur Verfügung. (Rahm et al., 1993, S. 356)

Die Aufgabe der Therapeut*innen ist es, an der Auflösung der Übertragung mitzuwirken und ein Entstehen einer „unverstellten zwischenmenschlichen Beziehung“ (Rahm et al., 1993, S. 356) zu fördern.

Nach Dorothea Rahm, Hilka Otte, Susanne Bosse und Hannelore Ruhe-Hollenbach (1993) scheinen vier Vorgehensweisen bei der Arbeit mit Übertragung sinnvoll:

Arbeit an der Beziehung. Hier steht die Beziehung zwischen Klient*innen und Therapeut*innen im Vordergrund. Die therapeutische Aufgabe ist, zu klären, wie es dem Gegenüber in der Beziehung zur Fachperson geht und etwaige Störungen in der Beziehung anzusprechen und zu klären. Der therapeutische Prozess entwickelt sich in diesem Fall ausschließlich zwischen Therapeut*innen und Klient*innen.

Arbeit an der Übertragung. Arbeit an der Übertragung stützt sich auf die Gegenübertragungsreaktionen der Therapeut*innen, die sich diesen bewusst sind und aus diesen heraus frühere Szenen oder Beziehungen vermuten. Mit Fragen beispielsweise, ob die Klient*innen das Gefühl von irgendwoher kennen, oder ob sie in Zusammenhang mit diesem Gefühl an eine bestimmte andere Person denken beziehungsweise an Interaktionen mit bestimmten anderen, kann die Übertragungssituation bearbeitet werden. Sinnvoll ist diese Herangehensweise auch, wenn Therapeut*innen das Gefühl bekommen, von den Klient*innen so behandelt zu werden, wie diese es früher von ihren Bezugspersonen erfahren haben.

Arbeit in der Übertragung. Die Fachperson übernimmt zum Beispiel die positive Übertragungsrolle der „guten Mutter“. Die Therapeut*innen verhalten sich, als ob sie eine Elternfunktion den Klient*innen gegenüber hätten. Diese Rolle kann hilfreich in der psychischen Entwicklung der Klient*innen sein, wenn diese beispielsweise zu viel oder zu wenig positive Beziehungserlebnisse mit ihren Bezugspersonen erlebt haben oder vielleicht sogar Traumatisches stattdessen erleben mussten. Wichtig zu ergänzen ist hier, dass es bei dieser Art der Arbeit nicht darum geht, dass Klient*innen und Therapeut*innen in alten Rollen verharren. Dies wäre ein „*Agieren in einer Übertragungsverschränkung*“ (Rahm et al., 1993, S. 360). Es geht vielmehr darum, den Klient*innen die positiven Entwicklungseffekte des Annehmens der positiven Übertragungsangebote zu ermöglichen.

Arbeit in der Beziehung. Arbeit in der Beziehung meint, dass eine relativ übertragungsfreie Beziehung zwischen Klient*innen und Therapeut*innen besteht, um Erlebnisse und Erfahrungen zu erinnern, zu besprechen und zu bearbeiten. Die Fachperson wird von den Klient*innen als eigenständige Person erkannt und anerkannt. Die Unterstützung und das Verständnis, das die Therapeut*innen in dieser Phase der gemeinsamen Beziehung einnehmen, entsprechen eher einer allgemeinen Zwischenmenschlichkeit. Klient*innen lernen Übertragungen eigenständig zu erkennen.

Miriam Polster und Erving Polster (1977) formulieren die wichtige Rolle der therapeutischen Resonanzen in der Arbeit mit Klient*innen:

Wenn der Therapeut sich einschaltet, macht er dem Patienten nicht nur etwas bereits Existierendes zugänglich, sondern er trägt auch dazu bei, neue Erfahrungen aufkommen zu lassen, die sowohl von ihm als auch vom Patienten ausgehen. Das heißt, er wird nicht nur Feedback-Geber, sondern er nimmt auch schöpferisch an der Schaffung neuen Lebens teil. (S. 33)

Martina Gremmler-Fuhr (2017b) bezieht sich auf das 1995 erschienene Buch „The Healing Relationship“ von Lynne Jacobs und Richard Hycner. (S. 399). Ihr zufolge

kommt Lynn Jacobs zu dem Ergebnis, dass die Beziehung „ein wichtiger Heilfaktor [ist], aber sie sollte in besonderer Weise als genuine, liebevolle Begegnung gestaltet sein, wie sie von Buber als „dialogische Beziehung“ beschrieben wurde“ (Gremmler-Fuhr, 2017b, S. 400).

Die Gegenübertragung ist ebenso wie die Übertragung psychoanalytischen Ursprungs. Die Gestalttherapie hat diese Begriffe aufgenommen, versteht allerdings anderes darunter als die Psychoanalyse. Lore Perls (2005) selbst mochte den Ausdruck der Gegenübertragung nicht, da das Konzept der Integrativen Gestalttherapie starken Bezug zum Hier und Jetzt und weniger zur Vergangenheit beziehungsweise deren Interpretation hat. Dennoch formuliert sie Folgendes zum Thema Gegenübertragung:

Ich drücke meine Gefühle und Haltungen gegenüber dem Patienten nicht immer *verbal* aus. ... Ich teile ihm verbal nur so viel von *meiner* Bewußtheit mit, daß es ihm möglich wird, den nächsten Schritt in seiner eigenen zu tun Wenn ich *zuviel* mitteile, kann ich eine *negative* therapeutische Reaktion hervorrufen: Unerträgliche Angst, Flucht, Widerstand, Lähmung, Desensibilisierung, Projektion. (L. Perls, 2005, S. 82)

Rahm et al. (1993) beschreiben Gegenübertragung als die Resonanz der Therapeut*innen auf Klient*innen. Diese Resonanz der Therapeut*innen ist prinzipiell bewusstseinsfähig. Rahm et al. (1993) unterscheiden drei verschiedene Gegenübertragungsphänomene. Zum einen kann ein Gefühl oder ein Befinden in Therapeut*innen entstehen, das nahelegt, sich so zu fühlen, wie das Gegenüber. Dieses Gefühl kann aus dem vergangenen Erleben der Klient*innen herrühren. Es kann also beispielsweise sein, dass die Fachperson das Gefühl des strengen Vaters der Klient*innen in sich ahnt.

Als zweite Gegenübertragung wurde empathisches Mitfühlen mit Klient*innen genannt. Psychotherapeut*innen können sich wie ein kleines geschimpftes Kind fühlen, das die Klient*innen einmal waren.

Die dritte Gegenübertragungsmöglichkeit ist, dass die Therapeut*innen sich von den Klient*innen so behandelt fühlen, wie diese vermutlich von ihren Bezugspersonen früher behandelt wurden.

Die drei Varianten der Gegenübertragung können auch gleichzeitig vorliegen und machen sich dann als ein Gefühl von „in der Zwickmühle sitzen“ (Rahm et al., 1993, S. 362) bei Therapeut*innen bemerkbar.

Zu einer recht klaren Übertragung von Rollen kommt es, wenn die Klient*innen zum Zeitpunkt der Entstehung dieser einprägsamen Situation bereits ein Verständnis von Rollen oder Personen hatten.

Frühere Erfahrungen der KlientIn können sich der TherapeutIn als Atmosphären empathisch mitteilen, z.B. als „Weltraumkälte“. „Verlorenheit“, „tiefster Rückzug“, „unklare Unruhe, Anspannung und Angst“. Die TherapeutIn spürt, dass die KlientIn sich so verhält und so fühlt, als ob sie in einer solchen Atmosphäre sei. Atmosphären sind ansteckend, sie lassen sich nur atmosphärisch erleben bzw. miterleben. (Rahm et al., 1993, S. 362)

Empathie

Fritz Perls (1985) definiert Empathie folgendermaßen:

In der Empathie ist das Interesse des Therapeuten ausschließlich auf den Patienten und seine Reaktionen konzentriert. ... Wenn der Therapeut sich selbst heraushält und sich empathisch verhält, dann entzieht er dem Feld sein wichtigstes Instrument, seine eigene Intuition und Sensitivität für die im Patienten ablaufenden Prozesse. (S. 124-125)

Weiters ist F. Perls (1985) der Meinung, dass Empathie auch Schwächen hat: „Seine Schwäche besteht darin, daß es haargenau den Situationen gleicht, die

neurotische Entwicklungen erzeugen und verstärken. Auf empathischem Weg kann es keinen guten Kontakt geben. Im schlimmsten Fall wird er zur Konfluenz“ (S.126).

Frank-M. Staemmler (2009a) beschreibt, dass Heinz Kohut, Carl Rogers und Fritz Perls sich grundlegend in ihrem Verständnis, was Empathie sei, unterscheiden. Alle drei sind bemüht, „die Autonomie und Abgegrenztheit der Therapeutin gegenüber dem Klienten“ (S. 27) zu bewahren. Kohut (zitiert nach Staemmler, 2009a) formulierte die „stellvertretende Perspektive“ (zitiert nach Staemmler, 2009a, S. 27), in der Therapeut*innen die Innenschau der Klient*innen übernehmen. Rogers formuliert einen „Als-ob-Charakter“ (zitiert nach Staemmler, 2009a, S. 27) in dem die Therapeut*innen so tun, als ob sie anstatt der Klient*innen das Erzählte erlebt hätten.

Staemmler (2009a) bezeichnet Kohut und Rogers als wichtige Vertreter in der Diskussion um den Begriff Empathie. Kohuts Ansicht nach kann ein Mensch ohne empathische Zuwendung „psychologisch nicht überleben“ (Kohut, zitiert nach Staemmler, 2009a, S.23). Ein Versagen der elterlichen Empathie war laut Staemmler (2009a) für Kohut ein wesentlicher Grund für die Entstehung von psychischen Störungen. Kohut sagt:

Empathie ist nicht nur ein nützlicher Weg, der uns Zugang zum Innenleben des Menschen verschafft – die Idee selbst von einem menschlichen Innenleben und damit von einer Psychologie komplexer psychischer Zustände ist undenkbar ohne unsere Fähigkeit, mittels stellvertretender Introspektion – meine Definition der Empathie ... – zu wissen, was das Innenleben des Menschen ist, was wir selbst und andere denken und fühlen. (Kohut, 1981, zitiert nach Staemmler, 2009a, S. 23)

Staemmler (2009a) schreibt, dass Rogers Folgendes meint: „Empathisch zu sein bedeutet, den inneren Bezugsrahmen des anderen möglichst exakt wahrzunehmen, mit all seinen emotionalen Komponenten und Bedeutungen, gerade so, als ob man die andere Person wäre, jedoch ohne jemals die ‘Als-ob’-Position aufzugeben“ (Rogers, 1989, zitiert nach Staemmler, 2009a, S. 24). Die Aufgabe der Therapeut*innen bestünde nach Rogers darin,

... das innere Bezugssystem des Klienten zu übernehmen, die Welt so zu sehen, wie der Klient sie sieht, den Klienten zu sehen, wie er sich selbst sieht, dabei alle Vorstellungen vom äußeren Bezugssystem abzulegen und dem Klienten etwas von diesem einfühlsamen Verstehen mitzuteilen. (Rogers, 1972, zitiert nach Staemmler, 2009a, S. 24)

Es zeigt sich in den vorgebrachten Definitionen die grundlegende Wichtigkeit von Empathie der TherapeutInnen in der therapeutischen Arbeit; gleichzeitig wird immer wieder darauf verwiesen, wie wichtig es ist, sich als therapeutische Fachperson nicht im Einfühlen in KlientInnen zu verlieren. F. Perls betonte aus diesem Grund den guten Kontakt gegenüber der Empathie. Der gestalttherapeutische Kontaktbegriff soll im Kapitel „Kontakt“ näher ausgeführt werden.

Die Empathie der Therapeut*innen kann nur wirken, wenn sie von Klient*innen wahrgenommen werden kann, was wiederum nur möglich ist, wenn Klient*innen ebenso zu Empathie fähig sind. Schon Kohut (1981) hat Empathie als „fundamentale Begabung“ (Kohut, 1981, zitiert nach Staemmler, 2009a, S. 23) des Menschen definiert.

Die Wirkung der Empathie in der psychotherapeutischen Arbeit wurde durch die Annahme der Interiorisierung durch Lew Vygotskij (zitiert nach Staemmler, 2009a) verdeutlicht. Diese meint, dass ein Mensch, in seiner Entwicklung beginnt die Verhaltensformen sich selbst gegenüber einzunehmen, die einst ihm zuteilwurden. Ein Mensch beginnt also etwas, was zuvor zwischen ihm und einem anderen geschehen ist, in sich aufzunehmen und als Haltung für sich zu verinnerlichen. Umgesetzt auf die Wichtigkeit der Empathie in der Therapie ermöglicht das empathische Zugehen auf die Klient*innen, letzteren eine verständnisvollere und empathischere Haltung sich selbst gegenüber zu entwickeln. Staemmler (2009a) verdeutlicht dies wie folgt: „Die psychischen Prozesse, über die ein Mensch zu einem späteren Zeitpunkt in seiner Entwicklung autonom – man könnte auch sagen: originär – verfügt, waren zu einem früheren Zeitpunkt seines Lebens *Interaktionen* zwischen ihm und seinen Bezugspersonen“ (S. 255) Vygotskij (zitiert nach Staemmler, 2009a) meint damit die Verinnerlichung der Interaktion zwischen Therapeut*innen und Klient*innen und nicht die Verinnerlichung der empathischen TherapeutInnen im Sinne des Lernens am Modell. Dieser Verinnerlichung der Interaktion folgt ein qualitativ besserer Umgang der

Klient*innen mit sich selbst, der in der therapeutischen Arbeit entstehen kann und „... die eigenen Möglichkeiten differenziert und erweitert und zugleich die Kontinuität der eigenen Entwicklung gewährleistet“ (Staemmler, 2009a, S. 258).

Empathie ermöglicht Klient*innen ein „erweitertes Verstehen [ihrer] Erfahrungswelt“ (Staemmler, 2009a, S. 262). Es ist Klient*innen daher möglich, sich selbst besser zu verstehen und dadurch ihrem Erleben mehr Sinnhaftigkeit zu geben. Weiters ermöglicht es Klient*innen auch, mit sich selbst „einfühlsamer und mitfühlender umzugehen“ (Staemmler, 2009a, S. 262), und letztlich kann erfahrene Empathie zu einem Gefühl der „intersubjektiven Begegnung“ (Staemmler, 2009a, S. 264) führen, aus dem heraus ein Gefühl der Verbundenheit entsteht. Allein schon das Erleben dieser Verbundenheit kann heilsam sein, wenn dies Klient*innen zuvor unzugänglich war. Und es kann Klient*innen ermöglichen, dieses Gefühl der Verbundenheit in Zukunft wieder zugänglich zu haben.

GRUNDBEGRIFFE DER INTEGRATIVEN GESTALTTHERAPIE

Im Folgenden sollen Gestalttherapeutische Grundbegriffe dargestellt werden.

Hier und Jetzt

Das Prinzip des Hier und Jetzt ist in der Integrativen Gestalttherapie fundamental. Lore Perls (2005) schreibt bezüglich des Verständnisses des Hier und Jetzt in der Integrativen Gestalttherapie Folgendes:

Die Betonung des Hier und Jetzt heißt nicht, daß – wie so oft angenommen wird – Vergangenheit und Zukunft für die Gestalttherapie keine Bedeutung haben. Im Gegenteil, die Vergangenheit ist immer gegenwärtig in der Ganzheit unserer Lebenserfahrung, in unseren Erinnerungen, im Bedauern und Ressentiment, und vor allem in unseren Gewohnheiten und unvollendeten Handlungen, den fixierten Gestalten. (S.107)

Es wird also deutlich, dass die Haltung des Hier und Jetzt nicht die vergangenen Erfahrungen der Klient*innen ausschließt. Vielmehr zeigen sich „offene Gestalten“ im Hier und Jetzt. Es wird Klient*innen dadurch möglich, im Hier und Jetzt diese zu vollenden und Heilung zu erfahren.

Liselotte Nausner (2018) bringt in diesem Zusammenhang den Begriff der Feldtheorie ein, in dem einer der wichtigsten Grundsätze ist, dass „... jedes Verhalten oder jede sonstige Veränderung innerhalb eines psychologischen Feldes einzig und allein vom psychologischen Feld *zu dieser Zeit* abhängig [ist]“ (Lewin, 1982, zitiert nach Nausner, 2018, S. 116). Weiters bringt Nausner ein, dass der Feldbegriff im aktuellen Feld sowohl die Erfahrungen der Vergangenheit als auch die Aussichten auf die Zukunft miteinbezieht. Beides wirkt also im Hier und Jetzt und damit auf das aktuelle Feld, aus dem heraus sich eine Gestalt zeigen, lösen und im Hintergrund wieder versinken kann.

Einen weiteren Aspekt des Hier und Jetzt bringt F. Perls (1985) ein, wenn er schreibt, dass der neurotische Klient viel zu wenig im Hier und Jetzt und viel zu sehr in vergangenen Geschehnissen verhaftet ist. In der Therapie müssen diese Klient*innen lernen, sich im Hier und Jetzt zu orientieren.

Bruno-Paul de Roeck (2006) sagt: „Sobald mir bewußt wird, was ich tue, kann ich wählen: alles so lassen, wie es ist, oder etwas verändern. Antworten auf die Frage `Wie?` heißt mehr Verantwortung übernehmen....“ (S. 17). Und weiter meint er: „Der Weg des `Wie` ist ein einfacher und direkter Weg. Kein Graben im Unbewußten oder in der Vergangenheit, aber aufmerksam werden für die vordergründigsten Dinge, um `jetzt` eine `Gestalt` zu werden“ (S.17). De Roeck sagt – ganz im Sinne des Gestaltansatzes –, wenn Klient*innen heute Probleme der Vergangenheit nicht gelöst haben, so ist das jetzt ein Teil der Klient*innen, nicht ihrer Vergangenheit.

Self-Support nach Lore Perls

F. Perls (1985) ist der Ansicht, dass es Aufgabe der Psychotherapie ist, den Klient*innen

... Mittel an die Hand zu geben, mit denen ... [der Klient] sowohl seine gegenwärtigen Probleme lösen kann als auch alle, die morgen oder im

nächsten Jahr entstehen können. Dieses Werkzeug ist der Selbst-Support, und den erreicht er dadurch, daß er mit sich und seinen Problemen unter Benutzung aller ihm gerade zur Verfügung stehenden Mittel umgeht, und zwar jetzt. (S. 81)

Jedes Meistern einer Herausforderung im Hier und Jetzt lässt den Selbst-Support wachsen, denn nur durch diese vorhandenen oder neu erworbenen Selbst-Support-Elemente ist die Situation bewältigbar geworden. Besteht in einer Situation eine Differenz zwischen den Selbst-Support-Erfordernissen und den Selbst-Support-Fähigkeiten, so entsteht Angst. Selbst-Support ist all das, was Klient*innen befähigt, sich erfolgreich dem Leben zu stellen. Oft fehlt es Klient*innen an ausreichendem Selbst-Support. Dann ist es Aufgabe der Therapeut*innen, Klient*innen in der Psychotherapie diesen Selbst-Support zukommen zu lassen.

Lore Perls (2005) schreibt dazu: „Die Stützung für dieses Kontakt-Aufnehmen kommt von dem, was assimiliert und integriert wurde. Der restliche Organismus ist eine Hintergrundfunktion, die normalerweise unbewußt ist und für gegeben gehalten wird, die aber die unabdingliche Stütze für die Vordergrundfunktion des Kontakts darstellt“ (S. 54). Menschen assimilieren und integrieren Strategien, mit denen dem Alltag entgegengetreten werden kann und die sie als hilfreich erlebt haben. Solche Strategien und deren Wirken können am eigenen Tun erfahren werden oder durch Beobachten von anderen übernommen werden. L. Perls (2005) zufolge „...werden Umgangsformen und Manierismen zu einem Teil des Stils einer Person oder Gruppe, wenn sie in den persönlichen, sozialen oder nationalen Hintergrund integriert werden können, das heißt, wenn sie die erwünschten Kontaktprozesse unterstützen“ (S. 56).

Der Kontakt und seine Funktionen sollen im folgenden Kapitel näher beschrieben werden.

Kontakt und Kontaktfunktionen

Die Bildung prägnanter Gestalten ist die ursprüngliche Kontaktfunktion, wie Nausner (2018) schreibt. Kontakt ist „der Mechanismus, mit Hilfe dessen sich der Organismus im Feld orientiert und sein Wachstum fördert...“ (S. 123). Ein vollständig

durchlaufener Kontaktprozess gilt als gesund, Abweichungen davon gelten als Kontaktstörungen.

Gremmler-Fuhr (2017a) beschreibt, dass ein Kontaktprozess dem ursprünglichen Perlschen Verständnis nach in vier Phasen verläuft: dem Vorkontakt, dem Kontaktnehmen, dem Kontaktvollzug und dem Nachkontakt (Gremmler-Fuhr, 2017a). Dieser Kontakt kann unterbrochen werden. Diese Unterbrechungen werden als Kontaktfunktionen bezeichnet und sollen im Folgenden ausgeführt werden.

Patient*innen unterbrechen auch den Kontakt zu Therapeut*innen, insofern diese Teil ihres Feldes sind. Gestalttherapeut*innen nutzen diese Tatsache, um ihren Patient*innen durch Rückmeldung zu ermöglichen, sich der Unterbrechungen ihrer Gestaltbildung bewusst zu werden. Insofern haben Gestalttherapeut*innen die Funktion eines Gegenübers, das hilft, das eigene „Wahrnehmungsdrehbuch“ zu verstehen – dafür stellen sie sich im Hier und Jetzt zur Verfügung“ (Nausner, 2018, S. 123).

„Die klassischen Kontaktfunktionen in der Theorie der Gestalttherapie sind Konfluenz, Introjektion, Projektion und Retroflexion“ (Gremmler-Fuhr, 2017a, S. 367). F. Perls (1985) formuliert dies folgendermaßen:

Der Introjektor tut, was andere von ihm erwarten könnten; der Projektor tut anderen das an, was er ihnen vorwirft; der pathologische Konfluente weiß nicht, wer wem was tut; und der Retrofektor tut sich selbst das an, was er am liebsten den anderen antäte. (S. 58)

Seltenere Kontaktfunktionen sind Egotismus und Deflektion. Im Folgendem sollen die Kontaktfunktionen beschrieben werden.

Konfluenz. „Wenn das Individuum überhaupt keine Grenzen zwischen sich und der Umwelt fühlt, wenn ihm ist, als seien sie beide eins, dann ist es in Konfluenz mit der Umwelt. Die Teile und das Ganze sind nicht zu unterscheiden“ (F. Perls, 1985, S. 56). Konfluenz bezeichnet das „Verschmelzen im Organismus-Umweltfeld, des Mitschwingens und Ineinanderfließens“ (Gremmler-Fuhr, 2017a, S. 367). Verschmelzen kann mit Mitmenschen, deren Anteilen, mit ganzen Gruppen oder auch

Gegenständen, Landschaften und dergleichen geschehen. Die Organismus-Umweltfeld-Grenzen sind diffus.

Aus diesem Verschmelzen kann im extremen Fall ein „Mitläufertum“, „ein Glätten der Unterschiede“, ein „Hinwegreden des Andersseins“ (de Roeck, 2006, S. 47) erwachsen. Aus diesen Tendenzen heraus geschieht schnell eine Identifikation mit Gruppen, Vereinen oder Firmen und eine Übernahme der Werte dieser Gruppierungen. Der Selbstwert wird durch die Teilhabe an diesen Gruppen gehoben oder gänzlich definiert.

Introjektion. „Introjektion ist die Übernahme von Fremdem ohne Prüfung oder Verarbeitung durch den Organismus“ (Gremmler-Fuhr, 2017a, S. 369).

Während bei der Konfluenz im Sinne des Verschmelzens (noch) keine Grenzen im Organismus-Umweltfeld spürbar sind oder diese diffus bleiben, wird bei Introjektion die entstehende Grenze so weit in das Feld hinausverlagert, daß Elemente des Feldes, die dem Organismus fremd sind, als ihm zugehörig angenommen werden. (Gremmler-Fuhr, 2017a, S. 369)

M. Polster und E. Polster (1977) beschreiben die Vorteile der Introjektion als grundlegendes Lernmittel, mithilfe dessen sehr viel Information aufgenommen werden kann. „Das Kind lernt, indem es seine Umgebung in sich aufnimmt. Der Sohn geht wie sein Vater, ohne ihn dabei zu imitieren. Sprache und Dialekt werden aufgenommen, Sinn für Humor wird weitergegeben usw.“ (S. 79). Auch Werte und Normen können so aus der Gesellschaft übernommen werden. Dafür braucht es ein Auseinandersetzen mit diesen, ein Kauen und Zerkleinern der Inhalte. Nur was introjiziert wurde, kann zerkaut und analysiert werden, bevor es in einem letzten Schritt assimiliert wird. F. Perls vertritt folgende Auffassung: „Wir können nur wachsen, wenn wir beim Aufnehmen völlig verdauen und gänzlich assimilieren.“ (F. Perls, 1985, S. 50). De Roeck (2006) beschreibt weiters, dass die Introjektion ermöglicht, sich Konflikten zu entziehen. F. Perls (2012) unterscheidet drei Arten der Introjektion: die partielle, die vollständige und die Assimilation. Bei der partiellen Introjektion werden Teile, Anteile oder einzelne Eigenschaften eines Gegenübers übernommen. „Ein Mensch, der seinen Freund um dessen Oxford-Akzent beneidet, wird möglicherweise den Akzent

nachahmen, nicht jedoch den ganzen Menschen“ (F. Perls, 2012, S.156). Die vollständige Introjektion meint eine vollständige Einverleibung eines anderen Objekts. Es bleibt dieses introjizierte Gegenüber unverändert, unbearbeitet und isoliert als Fremdkörper in dem Organismus bestehen (F. Perls, 2012). „Im Falle eines strengen Gewissens ... wird die Aggression auf ein introjiziertes Subjekt projiziert, das als Gewissen dann jene Teile der Persönlichkeit angreift, die es mißbilligt; diese Angriffe gehen von leichten Gewissensbissen bis zur grausamsten Bestrafung“ (F. Perls, 2012, S. 155).

Projektion. F. Perls (1985) definiert die Projektion als ein unbewusstes Phänomen, das seiner Ansicht nach, eine Umkehrung der Introjektion ist. „Der Projizierende kann nicht genügend zwischen der inneren und der äußeren Welt unterscheiden. Er sieht in der Außenwelt jene Teile seiner eigenen Persönlichkeit, mit denen er sich nicht identifizieren will“ (F. Perls, 2012, S.189).

Hier werden die Grenzen nach „innen“ (Gremmler-Fuhr, 2017a, S. 370) verlagert, also in den Organismus. „Bei der Projektion werden dem Organismus zugehörige Elemente als dem Umweltfeld zugehörig erlebt, also auf dieses projiziert“ (Gremmler-Fuhr, 2017a, S. 370). Üblicherweise findet sich im entsprechenden Umweltfeld etwas, was dem projizierten Inhalt entspricht. Projektion ist wichtig, um den Menschen zu befähigen, sich schnell im Feld zu orientieren. Weiters ist Projektion notwendig, um Pläne zu entwickeln und zu verfolgen. Neuesten Kenntnissen der Kognitionsforschung zufolge ist alles, was wir als Realität ansehen, Projektion. Allerdings sind Gesellschaften zu Übereinkünften bezüglich gängiger Projektionen gekommen, und diese Übereinkünfte werden als „unsere Realität“ bezeichnet. (Gremmler-Fuhr, 2017a).

Introjektion und Projektion sind in einem Wechselspiel verwoben. Einer dieser Zyklen verdient im Zusammenhang der vorliegenden Arbeit und auch aus F. Perls (2012) Sicht besondere Aufmerksamkeit: Es ist dies der „Überlegenheits-/Minderwertigkeitskomplex“ (F. Perls, 2012, S. 203). F. Perls beschreibt den Komplex so, dass Menschen sich ausgestoßen und nicht akzeptiert zu fühlen, und zu anderen Momenten Fantasien von sich von überragender Besonderheit haben. Eine Ursache dieses Phänomens ist die Projektion der eigenen Bewunderung nach außen, sodass die eigene Bewunderung zum zwanghaften Wunsch nach Bewunderung wird.

Selbst wenn diese Wünsche nicht befriedigt werden können, zeigt die phantasierte Wunscherfüllung ein narzißtisches Ziel und einen narzißtischen Gewinn – das Gefühl, der Überlegene zu sein, besser, stärker oder schöner zu sein als andere oder zumindest als der Rivale ... Die Verachtung für andere wird wiederum auf diese projiziert, der Tagträumer fühlt sich selbst verachtet, abgelehnt, ausgestoßen. Als bald introjiziert er den Verächter und behandelt andere als Ausgestoßene. (F. Perls, 2012, S. 202 - 203)

Die Retroflexion kann als Komplikation in den Zyklus mit einfließen und eine Spaltung verursachen. Diese Spaltung erzeugt, dass sich der Mensch wegen bestimmter Eigenschaften zu verachten beginnt. „Je schwerer es ... [dem Menschen] fällt, sein wirkliches Selbst zu akzeptieren, desto größer ist der Drang, sich zu rechtfertigen, indem er Unmögliches von sich und von seiner Umwelt fordert“ (F. Perls, 2012, S. 204). Solchen Menschen haben Mühe, Anerkennung und Wertschätzung oder Zuneigung anzunehmen.

In den Perioden, in denen sie sich als „Ausgestoßene“ fühlen, projizieren solche Leute ihre Unfähigkeit, Zeichen der Liebe zu akzeptieren: Sie empfinden sich selbst als unannehmbar und unwürdig, und nichts kann sie vom Gegenteil überzeugen. Wenn diese Unfähigkeit gegen die eigene Person gekehrt wird, können sie sich nicht so akzeptieren, wie sie wirklich sind. (F. Perls, 2012, S. 204)

Retroflexion. „Retroflexion bezeichnet die Zurückhaltung von Impulsen und beabsichtigten Aktivitäten, die auf das Umweltfeld gerichtet sind und die entstandenen Grenzen zu überschreiten trachten. Diese Impulse und Aktivitäten werden stattdessen gegen den Organismus selbst gerichtet“ (Gremmler-Fuhr, 2017a, S. 370) und bewirken beispielsweise im kognitiven Bereich Grübeln oder Denkhemmung und im emotionalen Bereich „das Sorgen für sich selbst, Eigenbefriedigung, oder auch Selbstquälerei oder Selbstschädigung“ (S. 371). Vor allem bei den letzten beiden Beispielen wird deutlich, dass „Kontakt im Gestaltsinn immer mit Aggression einhergeht. Aggression wird dabei als natürliche Lebensäußerung verstanden, als

Zugehen auf die Welt und als Zugreifen und gegebenenfalls auch Zerstören (wie beispielsweise beim Kauen)“ (S. 371). F. Perls (1985) beschreibt Retroflexion so, dass diese Person sich so behandelt, wie sie eine andere Person behandeln wollen würde, dies aber nicht tut:

Sie richtet die Energie nicht mehr nach außen und unternimmt keine Versuche mehr, die Umwelt zu manipulieren und Veränderung herbeizuführen, die ihre Bedürfnisse befriedigen; stattdessen richtet sich ihre Aktivität nach innen und nimmt sich selbst anstelle der Welt als Zielscheibe für ihr Verhalten. Damit spaltet sie ihre Persönlichkeit in Täter und Opfer. Sie wird buchstäblich ihr eigener schlimmster Feind. (S. 59)

F. Perls (2012) benennt als ein Beispiel retroflexiven Handelns das Verhalten des narzisstischen Menschen, der „anstatt seine Liebe einem Objekt zuzuwenden, sich in sich selbst verliebt“ (F. Perls, 2012, S. 142).

De Roeck (2006) formuliert den Nutzen dieser Kontaktfunktion so, dass die eigene Energie bei sich behalten werden kann, um sie später verwenden zu können. Wenn Menschen viel allein sind, kann dies allerdings – und das ist die Gefahr, auf die de Roeck (2006) hinweist – dazu führen, dass der Kontakt zur Außenwelt zu sehr abgegrenzt oder vielleicht sogar nahezu abgebrochen wird. „Auf die Dauer wird die Grenze, die zwischen einem Menschen und seiner Umwelt liegt und die das Beziehungsfeld hätte sein können, völlig gesperrt. Die Grenzmauer wird aufgebaut“ (S. 44). Dieser Ersatz der Beziehung zur Umwelt macht sehr einsam und lässt die Sehnsucht nach Gemeinschaft ungestillt. M. Polster und E. Polster (1997) zeigen eine „schlimmere Ebene der Retroflexion“ (M. Polster & E. Polster, 1977, S. 91) auf. Bei dieser können die eigenen Bedürfnisse nicht mehr von sich selbst gedeckt werden. Auf dieser schlimmeren Ebene können zum Beispiel eigene Berührungen nicht mehr genossen werden, sondern dienen ausschließlich einem Zweck, wie M. Polster und E. Polster (1977) in folgendem Zitat zeigen: „Er hat das ursprüngliche Verbot gegen Berührung so tief introjiziert, daß er schon zu seinem eigenen Bewacher geworden ist. Er sitzt steif auf seinem Stuhl, und wenn er sich berührt – etwa beim Abtrocknen nach dem Bad –, dann ist diese Berührung völlig zweckdienlich“ (S. 91).

Egotismus. Egotismus bezeichnet den Zustand des Sich-nicht-Einlassen und stattdessen „Nachsinnen und Prüfen“ (Gremmler-Fuhr, 2017a, S. 371). Das mit dem Vorgang des Egotismus einhergehende Probehandeln, distanzierteres Prüfen und Nachsinnen führt zu einer Verlangsamung spontaner Wünsche. Es führt auch zu Zurückschrecken vor dem Kontaktvollzug (Gremmler-Fuhr, 2017a), was einen Schutz vor unkontrollierbaren Risiken darstellt.

Deflektion. „Bei der Deflektion werden grenzüberschreitende Austauschprozesse zwischen Organismus und Umweltfeld auf andere Dinge abgelenkt als die ursprünglich angestrebten“ (Gremmler-Fuhr, 2017a, S. 372). Diese Funktion kann sprachlich, gestisch und mimisch sowie in der Fantasie und Imagination vollzogen werden. „Sie kann sich als Ablenkung und Zerstreuung in den Phasen des Kontaktnehmens, des Kontaktvollzugs oder des Nachkontakts ereignen“ (S. 372).

Reaktivität. Dieser Prozess führt zur Vermeidung von Erregung. „Als Beispiele für Formen der ‚Vernichtung der Erregung‘ führen F. Perls u.a. Trotz, Snobismus und moralische Verurteilung an; als Beispiel für das ‚Verstärken der Hemmung‘ nennen sie Selbstgerechtigkeit, Dickköpfigkeit, unangemessene Dummheit und Stolz – allesamt Formen der Reaktivität“ (Gremmler-Fuhr, 2017a, S. 372). Der Organismus versucht, sich in einer herausfordernden Situation ruhig zu halten, innerliche Aufregung bzw. Erregung zu vermeiden und die Situation zu bewältigen. Ganz ursprünglich gibt es drei Möglichkeiten, auf vermeintlich angriffige Situationen zu reagieren: Kampf, Flucht oder Totstellen. Diese drei Strategien sind unter anderem durch Sozialisation, gesellschaftliche Normen und Zwänge verformt sichtbar. Ein Angriff kann zum Beispiel eine spitze Bemerkung sein oder ein herablassender Tonfall, eine Flucht kann ein Sich-trotzig-in-sich-Zurückziehen sein, und ein Totstellen kann sich in ein Sich-cool-Geben münden. „Wenn die tatsächliche oder vermeintliche Gefahr für den Organismus vorüber ist, können wir zumeist unseren Verstand wieder einschalten und uns bewußt werden, wie unangemessen unsere Reaktionen waren“ (Gremmler-Fuhr, 2017a, S. 373).

Neurosemodell nach Fritz Perls

Der Mensch wird im Gestaltansatz als Teil des Organismus/Umwelt-Feld gesehen und auch als soziales Wesen, das „sein Verhalten als Spiegelbild seiner Beziehungen innerhalb dieses Feldes“ (F. Perls, 1985, S. 43) zeigt. Perls (1985) sagt weiters „Der Mensch, der in lebendigem Kontakt mit der Gesellschaft leben kann, der sich weder von ihr verschlingen läßt noch sich völlig aus ihr zurückzieht, ist ein gut integrierter Mensch“ (S. 44).

Die ersten vier im vorherigen Kapitel angeführten Kontaktfunktionen sind neurotischen Ursprungs. F. Perls (1985) sagt:

Und ob sie sich primär in der Verwendung der Introjektion, der Projektion, der Retroflexion oder der Konfluenz zeigen, ... [das] Gütezeichen [der Neurose] ist die Desintegration der Persönlichkeit und der Mangel an Koordination in Denken und Tun. ... In der Therapie müssen wir also die Fähigkeit des Neurotikers zur Unterscheidung wiederherstellen. (S. 61)

Dieser Forderung an die therapeutische Aufgabe kann in der Integrativen Gestalttherapie dank der phänomenologischen Haltung und des Ansatzes des Hier und Jetzt Folge geleistet werden. In der phänomenologischen Haltung wird das Hier und Jetzt beachtet und erforscht.

F. Perls (1985) benennt einen Menschen, der zu sehr nach außen drängt, um die Kontaktgrenzen zu suchen, einen Kriminellen, und einen Menschen, der sich zu sehr von der Gesellschaft zurückdrängen lässt, sich zu viel aufbürden und sich deshalb formen lässt, wie er eigentlich aus seinem Wesen heraus gar nicht wäre, einen Neurotiker. „Der Neurotiker kann seine Bedürfnisse nicht deutlich sehen und sie deshalb nicht erfüllen. Er kann nicht richtig zwischen sich und der übrigen Welt unterscheiden und er neigt dazu, die Gesellschaft größer zu sehen als das Leben und sich geringer“ (F. Perls, 1985, S. 45).

In diesem Zusammenhang sei das 5-Schichten-Modell der Neurose von F. Perls kurz umrissen.

Das 5-Schichten-Modell nach F. Perls wurde nach Miriam Kronberger (2019) von ihm nur „en passant“ (S. 48) in seinen Workshops skizziert. Es ist daher die Darstellung des Modells im Detail nicht einheitlich. Die erste Schicht wird von F. Perls (zitiert nach Kronberger, 2019) die Schicht der Klischees genannt. Die zweite Schicht nennt F. Perls (1986) „die Eric-Berne-Schicht“ oder auch die „Sigmund-Freud-Schicht“ (S. 63). F. Perls beschreibt diese zweite Schicht folgendermaßen: Es ist „die Schicht wo wir Spielchen machen und in Rollen schlüpfen – in die des hochwichtigen Bonzen, des Tyrannen, der Heulsuse, des süßen Mädchens, des braven Buben – egal in welche Rolle. Diese sind also die oberflächlichen, die sozialen, die *Als-ob*-Schichten“ (F. Perls, 2008, zitiert nach Kronberger, 2019, S. 49). Diese beiden Schichten werden von F. Perls (1986) die „synthetischen Schichten“ (S. 63) genannt. Er sagt dazu: „Der größte Teil unseres Lebens ist *synthetische* Existenz, ein Kompromiß zwischen Anti-Existenz und Existenz“ (F. Perls, 1986, S. 63). Die dritte Phase ist die Blockierung, die nach der Durcharbeitung der Schicht des Rollenspiels folgt. In dieser Phase „erleben wir die Anti-Existenz, wir erfahren das Nichts, die Leere“ (F. Perls, 1986, S. 63). Diese Phase beinhaltet die Vermeidung des Wahrnehmens vergangenen Leides.

Als vierte und fünfte Schicht werden die *Implosionsphase* (F. Perls, 1986, S. 64) und die *Explosionsschicht* beschrieben. In der Implosionsphase wird ein Gefühl der Lähmung wahrgenommen, welche aus dem Wirken entgegengesetzter Kräfte im Organismus entsteht. Aus dieser Lähmung heraus entsteht die Explosionsschicht. In dieser kommen Affekte wie Trauer, Wut, Freude zum Vorschein und bringen ein authentisches Dasein mit sich (Kronberger, 2019).

Kronberger beschreibt (2019), wie Frambach sich mit dem Neurose-Modell von F. Perls in Bezug auf die Identität auseinandersetzt. Sie zitiert Frambach wie folgt:

Der in der Neurose festgefahrene Mensch identifiziert sich mit seinen Rollen ... Er durchschaut nicht den „Als-Ob“-Charakter der Rolle und Spiele und macht sie durch Identifikation irrtümlich zur Wesensmitte seiner Persönlichkeit. Der Mensch ist nicht mit sich identisch, sondern seine Identität ist durch fremde, nicht integrierte Rollen und Spiele fixiert, die mit seinen eigentlichen „organismischen“ Bedürfnissen in Konflikt liegen, zu welchen sein Kontakt gestört ist. (Frambach, 1993, zitiert nach Kronberger, 2019, S. 53)

Einer dieser neurotischen Konflikte ist nach F. Perls der Topdog-Underdog-Konflikt, der die narzisstische Dynamik zwischen verinnerlichten hohen Anforderungen und dem Nichtentsprechen dieser darlegt. Dieser Kampf oder dieses Spiel zwischen den Anforderungen der Gesellschaft und den eigentlichen Bedürfnissen des Individuums hat F. Perls (1969) als „Topdog gegen Underdog“ bezeichnet. Topdog bezeichnet die Instanz, die streng ist, den Ansprüchen genügen will und das Individuum antreibt. Der Topdog arbeitet mit Drohungen, Angst und Forderungen. Der Underdog versucht hingegen, den Anforderungen des Topdogs zu entgehen, weniger in einer frontalen, kämpferischen Darbietung, sondern eher in einem manipulativen Tun, sich beispielsweise als unschuldig darstellen und die Unmöglichkeit des Erfolges auf äußere Hemmnisse schieben. Dies zeigt ein Spiel, in dem sich ein Individuum selbst gefangen hält, zerreibt und quält, wie F. Perls in seinem Buch „Gestalt-Wahrnehmung“ darstellt

Bärbel Wardetzki (2014) zeigt auf, dass die Lösung dieses inneren Konflikts darin liegt, die beiden Teile zu einer Ganzheit zusammenzuführen. Dies sei möglich, „indem wir beide Teile ernst nehmen, ihnen zuhören, und sie in Kontakt treten lassen.“ (S. 16). So könne es gelingen, die beiden Extrempositionen wieder zu vereinen oder zumindest anzunähern. „Wenn Topdog und Underdog ins Gespräch kommen, wenn sie sich zuhören und Verständnis füreinander entwickeln, löst sich der Konflikt und weicht einem wiedergewonnenen Verständnis“ (Wardetzki, 2014, S. 17).

DAS SELBST

Das Selbst ist kein einheitlicher Begriff. Hier soll ein kurzer Überblick über die wissenschaftlichen Entwicklungen zu diesem Begriff gegeben werden. Ein tieferes Eintauchen in dieses vielfältige Gebiet der verschiedenen Selbstbegriffe würde den Rahmen dieser Arbeit übersteigen.

UNTERSCHIEDLICHE DIMENSIONEN DES SELBST

Der Neurowissenschaftler Antonio Damasio (2011) beschreibt das Protoselbst, welches die Gefühle, die immer und fortlaufend wahrnehmbar sind, beinhaltet. Nach

der Entstehung des Protoselbst folgt das Kern-Selbst. „Das Kern-Selbst handelt von Taten – insbesondere von einer Beziehung zwischen Organismus und Objekt. Es entfaltet sich in einer Abfolge von Bildern: Diese beschreiben, wie ein Objekt das Protoselbst beschäftigt und es einschließlich der ursprünglichen Gefühle abwandelt“ (Damasio, 2011, S. 34). Letztendlich beschreibt Damasio das autobiographische Selbst. „Dieses Selbst definiert sich unter dem Gesichtspunkt autobiographischen Wissens, das sich sowohl auf die Vergangenheit als auch auf die vorhersehbare Zukunft bezieht“ (S. 34).

F. Perls, Ralph F. Hefferline und Paul Goodman. (2013) definieren das Selbst folgendermaßen:

Das komplexe System der Kontaktprozesse, das für die Anpassung im schwierigen Feld erforderlich ist, nennen wir `Selbst`. Man kann das Selbst an der Grenze des Organismus ansiedeln, aber diese Grenze ist wiederum nicht von der Umwelt getrennt; sie hat Kontakt zur Umwelt, sie gehört zu beidem, zu Umwelt und Organismus. ... Das Selbst darf nicht als eine feste Institution gedacht werden; es existiert immer dann, wenn es tatsächlich irgendwo eine Interaktion an der Grenze gibt. (S. 211-212)

F. Perls et al. (2013) nach ist das Selbst dort am intensivsten, wo es Konflikte, Kontakte und Figur/Hintergrundprozesse gibt. „Wenn diese Situationen andererseits ruhig sind oder dem Gleichgewicht zustreben, wird das Selbst schwächer, da es ja nicht als feste Institution anzusehen ist, sondern vor allem als etwas, das sich auf intensivere und schwierigere Probleme einstellt“ (S. 213).

Stern (2016) postuliert, dass „bestimmte Selbstempfindungen schon wesentlich früher als Selbstbewußtheit und Sprache vorhanden sind. Dazu gehören Empfindungen der Urheberschaft, körperlicher Kohäsion und zeitlicher Kontinuität...“ (S. 19). Er geht also davon aus, dass es bestimmte Selbstempfindungen schon bei und vor der Geburt gibt. Dieses Selbstempfinden wird als „auftauchendes Selbst“ (S. 24) bezeichnet. Die Entwicklung des Selbstempfindens passiert Sterns Ansicht nach,

ab dann schubweise. Diese von Stern konzipierte Entwicklung des Selbst wird im Kapitel „Die vier Selbst nach Stern“ näher beschrieben.

Herta Hoffmann-Widhalm (2018) beschreibt das realisierende Selbst, welches sich in der Beziehung zu- und miteinander realisiert. Dieses steht einem personalen Selbst gegenüber, welches, humanistischen und tiefenpsychologischen Konzepten zufolge, dem Menschen tief innewohnt. Die Einheit aus personalem und relationalen Selbst bezeichnet Hoffmann-Widhalm als das transpersonale Selbst, zu dem wir im mittleren Modus Zugang haben können. Gremmler-Fuhr (2017a) schreibt dazu Folgendes: „Dieses transpersonale Selbst realisiert sich ... jeweils in einzigartiger Weise – sei es als ein augenblickliches Erleben in Kontaktprozessen, sei es als verlässlicheres Selbstempfinden in der Tiefe unseres Seins“ (S. 386).

Danach können wir davon ausgehen, dass ein traumatisches Ereignis sowohl das gegenwärtige Erleben in Kontaktprozessen als auch das konsistente Selbstempfinden eines Individuums schwer beeinträchtigen kann. ... Die innere Kontinuität des Selbsterlebens einer Persönlichkeit kann traumabedingt gestört sein. Empathieverlust und reaktiver Narzissmus sind zwei mögliche Selbstantworten auf ein traumatisches Ereignis. (Hoffmann-Widhalm, 2018, S. 370)

Auf den Begriff des Traumas soll in dieser Arbeit nicht eingegangen werden.

DIE ENTWICKLUNG DES SELBST

Im folgenden Kapitel sollen die Konzepte der Entwicklung des Selbst von Stern und Petzold ausführlicher dargestellt werden. Beide Konzepte sehen als zentrale Grundvoraussetzung für die Entwicklung des Selbst die Beziehung. Die Therapeutische Beziehung – wie im Kapitel 2.4. ausgeführt wird – ist dem zu folge für die Behandlung narzisstischer Verletzungen zentral.

Die vier Selbst nach Stern

Sterns (zitiert nach Rahm et al., 1993) zentrales Konzept ist das der „Intersubjektivität“. „Der Aufbau des Selbst geschieht durch intersubjektive Erfahrungen. Er hat dies in empirischen Studien (minutiösen Beobachtungen von Mutter-Baby-Interaktionen) untermauert“ (S. 193).

Das „Auftauchende Selbst“. Das auftauchende Selbst bildet sich in den ersten zwei Lebensmonaten des Kindes.

Das Alter von zwei Monaten markiert die schon fast ebenso deutliche Schwelle wie die Geburt selbst. Etwa mit acht Wochen machen die Säuglinge eine qualitative Veränderung durch: Sie fangen an, direkten Blickkontakt aufzunehmen. Bald darauf werden sie häufiger lächeln, ein Lächeln erwidern oder sich davon anstecken lassen. Sie beginnen zu gurren (Stern, 2016, S. 61).

Es zeigt sich in dieser Phase ein deutliches Ansteigen sozialer Verhaltensweisen. In dieser Phase entsteht das „Empfinden einer im Entstehen begriffenen Organisation, und es ist ein Selbstempfinden, das während des gesamten weiteren Lebens aktiv bleibt.“ (Stern, 2016, S. 61). In dieser Phase begleiten Eltern üblicherweise die Aktivität des Kindes mit Schaukeln, Wiegen, Vorsingen, unter anderem auch als Wechselspiel oder Antwort auf das kindliche Quengeln, Weinen, Lächeln. Soziale Interaktionen geschehen von Anfang an und helfen dem Kind, die physiologischen Prozesse zu regulieren. Die Bezugsperson verhält sich so, als ob das Baby ein „verstehbares Geschöpf“ (S. 69) mit menschlichen Eigenschaften sei. „Eltern sehen in den Säuglingen also einerseits regulationsbedürftige, physiologische Systeme und andererseits relativ weit entwickelte Menschen mit subjektiven Erfahrungen, sozialer Sensibilität und einem heranwachsenden, wenn nicht sogar ausgereiften Selbstempfinden“ (S. 69). Die Säuglinge verfügen in dieser ersten Zeit bereits über Grundaffekte, wie Wut, Trauer, Freude. In dieser Phase beginnt der Säugling, Wahrnehmungen und Erfahrungen zu sammeln und in Beziehung zu bringen, also zueinander zu organisieren. Die Organisation von Wahrnehmung und Bewegung nennt Stern „Das Gefühl des sich bildenden Selbst“ (Rahm et al., 1993, S. 194).

Das „Kern-Selbst“. Das Kern-Selbst bildet sich ab dem zweiten bis zum neunten Lebensmonat. Mit Kern-Selbst ist eine Ausgangsbasis für weitere Schritte der Erkundung, Erforschung und Entwicklung gemeint. Der Säugling entwickelt ein Handlungs-Selbst, in dem ein Verständnis davon entwickelt wird, dass eigene Bewegungen am eigenen Körper vollzogen werden können, aber nicht an anderen. Er entwickelt weiters das Verständnis, eine körperliche Einheit zu sein – mit Grenzen nach außen. Auch das „Empfinden, geordnete, innere Gefühlsqualitäten, Affekte und Wünsche zu haben“ (Rahm et al., 1993, S. 194) entwickelt sich in dieser Phase. Letztlich entwickelt sich ein Verständnis der eigenen Beständigkeit über die Zeit. Diese Phase bildet die Grundlage für differenzierte Beziehungen, in der der jeweils andere als stabil und sicher erkannt werden kann.

Das „Subjektive Selbst“. Das subjektive Selbst bildet sich vom siebenten oder neunten Lebensmonat bis zum zweiten Lebensjahr des Kindes. In dieser Zeit entwickelt sich das Gefühl von Verstanden-Werden und Verstehen. Aus dieser Phase heraus kann sich nach Rahm et al. (1993) eine Intersubjektivität entwickeln. Wichtig in dieser Phase ist, dass die Affekte des Kindes von den Bezugspersonen begleitet werden. Dieses Begleiten der Affekte kann zum Beispiel mimisch sein, indem die Bezugsperson emotional passend grimassiert oder auch verbal das Handeln des Kindes untermauert. Dies im Einklang mit der Bezugsperson nennt Stern „Attunement“ (zitiert nach Rahm et al., 1993, S. 195) und ist ein sehr wesentliches Beziehungselement dieser Phase. Stern (2016) schreibt dazu: „Das gemeinsame Erleben affektiver Zustände ist das auffälligste und in klinischer Hinsicht fruchtbarste Merkmal der intersubjektiven Bezogenheit“ (S. 198).

Das „Verbale Selbst“. Das verbale Selbst entwickelt sich zwischen dem 18. Lebensmonat und dem 4. Lebensjahr des Kindes. „Über die Sprache erweitert sich der soziale Raum des Kindes enorm, es kann auf sehr vielfältige Weise mit anderen in Beziehung treten, Erlebnisse, Gefühle teilen, gemeinsame Bedeutung (Sinn) finden“ (Rahm et al., 1993, S. 195). Das Kind beginnt in dieser Phase, das eigene Erleben als persönliche Geschichte zu erfassen und zu verwalten.

Stern (2016) beschreibt, dass die Spaltung des kindlichen Selbst in ein „wahres“ und ein „falsches Selbst“ in der Zeit der Bildung des Kern-Selbst beginnt und mit der

Intersubjektivität der Bezugsperson durch „die mütterliche Abstimmung, Fehl Abstimmung und Nicht Abstimmung“ (S. 318) maßgeblich gefördert wird. Durch die sich in Entwicklung befindliche Sprache werden die Inhalte, die gefördert werden, sprachlich gefestigt. Im Gegenzug erlangt nicht Gefördertes kaum eine sprachliche Zuordnung.

Nach und nach verschafft sich das sprachliche Selbst durch die Kooperation von Mutter und Kind als eine semantische Konstruktion Geltung, die aus sprachlichen Aussagen darüber besteht, wer man ist, was man tut und was man erlebt. Das wahre Selbst wird zu einem Konglomerat verleugneter Selbsterfahrungen, die sprachlich nicht enkodiert werden können. (Stern, 2016, S. 319)

Dadurch bleiben die sprachlich nicht eingebetteten Inhalte weniger gut integriert. Es kommt zu einer Spaltung zwischen wahren und falschem Selbst. In erster Linie beruht diese Trennung auf dem grundlegenden Bedürfnis des Zusammenseins. Nur im Bereich des falschen Selbst kann das Kind Gemeinschaft erleben. Im Bereich des wahren Selbst verweigert die Mutter die Verfügbarkeit und tut sogar so, als ob es diesen Bereich gar nicht gäbe. (Stern, 2016)

Stern (2016) hebt hervor, dass das soeben vorgestellte „wahre Selbst“ und „falsche Selbst“ nach Winnicott nicht mit dem pathologischen Bild von wahren und falschem Selbst gleichzusetzen ist. Vielmehr vermutet er, Winnicott habe versucht darzustellen, dass eine Spaltung des Selbst aufgrund „der Unvollkommenheit unserer interpersonellen Partner bis zu einem gewissen Grad unvermeidlich ist“ (Stern, 2016, S. 321).

Das Konzept von Petzold

Das Konzept von Petzold soll ebenfalls dargestellt werden, da es – genauso wie Sterns Konzept – von einer großen Bedeutung des Sozialen und Mitmenschlichen ausgeht.

Das „Organismische Selbst“. Als erste Phase nennt Petzold das Organismische Selbst, welches sich bereits vorgeburtlich bildet. Dieses Selbst ist einerseits konfluent

in die intrauterine Lebenswelt eingebunden, andererseits kann es sich ab etwa dem dritten Monat bereits autonom bewegen. „In diesem organismischen Eingebundensein wurzelt die Fähigkeit des Menschen zu Grundvertrauen“ (Rahm et al., 1993, S. 190). Hier entwickelt sich die Grundlage von Wahrnehmung und Reaktionsfähigkeit.

Das „Archaische Leib-Selbst“. Diese Phase wird zeitlich zwischen dem sechsten Schwangerschaftsmonat und dem dritten Lebensmonat angesiedelt. In dieser Phase bildet sich die Fähigkeit, Affekte zu bilden und mit diesen zu reagieren.

Das „Archaische Ich“. Die Phase des archaischen Ichs erstreckt sich vom dritten bis zum siebenten Lebensmonat. Hier entwickelt sich die „Daseinsgewissheit“ (Rahm et al., 1993, S. 190) als wesentlicher Faktor des Urvertrauens. „Das Urvertrauen bildet sich aus dem selbstverständlichen Funktionieren des jungen Organismus. In dieser Phase ist das einfühlsame Handeln der Kontaktperson besonders wichtig. „Kontaktaufnahme und Interaktionsverhalten bilden die Grundlage des ´archaischen Ich´“ (Rahm et al., 1993, S. 190).

Das „Subjektive Leib-Selbst“. Das subjektive Leib-Selbst entwickelt sich zwischen dem achten und dem zwölften Lebensmonat. In dieser Phase entwickelt das Kind die Überzeugung, ein Selbst zu sein, mit eigenen Gefühlen und Wünschen. In dieser Phase ist, genauso wie in der Phase des archaischen Ichs, das einfühlsame Handeln der Bezugsperson notwendig, bei dem das Kind erleben kann, dass die Bezugsperson ähnliche Gefühle hat, wie es selbst. „Aus diesem Miteinander (Inter-Subjektivität) bildet sich das Individuelle (Subjekt) heraus“ (Rahm et al., 1993, S. 191).

Die „Archaische Identität“. Die archaische Identität entwickelt sich zwischen dem zwölften und achtzehnten Monat. In dieser Zeit entwickelt sich auch die Sprache, und das Kind beginnt, sprachliche Zuordnungen zu schaffen. Namen von Personen und Dingen werden erlernt. Die Aufmerksamkeit wird auf Zusammenhänge gelegt. Auch die eigene Mimik und Gestik können dadurch bewusster eingesetzt werden. Durch das Lernen einer eigenen Geschichte kann eine eigene Identifikation entstehen und auch eine Identifikation durch andere, wenn diese über das Kind berichten.

Das „Reife Selbst“. In dieser Phase, die sich etwa zwischen dem vierten und dem fünften Lebensjahr ereignet, wird der Grundstock für Beziehung gelegt. Durch die bisherigen Beziehungserfahrungen lernte das Kind einen spezifischen Umgang mit sich und anderen. „Die Struktur des `inneren Anderen´ entwickelt sich weiter, das *Gewissen* bildet sich. Das Kind lernt, immer besser auf Rollenerwartungen zu reagieren, spielerisch verschiedene Rollen zu übernehmen, Selbstbilder zu entwickeln und im sozialen Kontext zu präsentieren“ (Rahm et al., 1993, S. 192).

Beide Konzepte – das Selbst-Konzept von Stern und das Selbst-Konzept von Petzold – streichen die besondere Bedeutung des sozialen Interagierens, der Intersubjektivität und einer guten Beziehung für eine gesunde Selbst-Entwicklung heraus.

Alexander Lowen (1986) sagt, dass das Selbstgefühl beziehungsweise das Selbstbewusstsein sich durch Selbsta Ausdruck und Selbstbeherrschung sowie Selbstgewahrsein entwickelt. Das Selbst ist nach Lowen durch das Empfinden im Körper wahrnehmbar. Die Wahrnehmungsleistung erfolgt ihrerseits durch das Ich. Er vertritt die Ansicht, dass narzisstische Menschen das Ich vom Körper trennen und dadurch das Selbst (das durch den Körper wahrnehmbar ist) nicht zugänglich ist. Nach Lowen besteht ein Großteil des Selbst aus dem Körper. Einerseits besteht eine Vorstellung, die Menschen von ihrem Körper haben, in ihnen. Diese Vorstellung des Körpers hat sich durch Erfahrungen bisheriger Wahrnehmungen gebildet. Andererseits gibt es nach Lowen (1986) das direkte Fühlen dessen, was im Körper jeweils spürbar ist. Diese Doppelbeziehung ist bei allen Menschen vorhanden und üblicherweise ähnlich. Diese Nähe der beiden Bezüge zum Körper ist durch Selbstannahme möglich. Bei narzisstischen Menschen ist diese Selbstannahme nicht gegeben.

SELBSTWERT

Wardetzki (2014) definiert Selbstwert folgendermaßen: „Das Selbstwertgefühl ist das subjektive Gefühl für unseren Wert als die Person, die wir sind. Es beruht darauf,

wie wir uns selbst, unsere Eigenschaften, Fähigkeiten und unsere Gefühle einschätzen und bewerten“ (S. 54).

Wardetzki (1991) gibt an, dass der Selbstwert aus Selbstachtung und Selbstwirksamkeit besteht. Wenn ein Mensch sich sicher sein kann, der Welt und dem Leben gewachsen zu sein und sich auf die eigenen Fähigkeiten verlassen zu können, um zu bestehen, ist das eine gute Ausgangsbasis für einen guten Selbstwert. Diese Ausgangsbasis ist die Selbstwirksamkeit.

Die zweite Komponente, die sich als Grundlage für einen guten Selbstwert erweist, ist die Selbstachtung. „Sie beinhaltet unsere Würde und persönlichen Wert, unser Recht auf Leben und Glück, und die Überzeugung, unsere Gedanken, Wünsche und Bedürfnisse geltend machen zu dürfen“ (Wardetzki, 1991, S. 276).

Ein guter Selbstwert bringt die Überzeugung mit sich, ein wertvoller Mensch zu sein und sich zu bejahen, als die Person, die man ist.

Die Selbstachtung ist durch „Sei-Nicht-Botschaften“ (Wardetzki, 1991, S. 276) bedroht. Diese Bedrohung ist nachhaltig und kann an der Lebensexistenz zweifeln lassen, sich nicht berechtigt zu fühlen, hier zu sein und Raum einnehmen zu dürfen.

Je gesünder der Selbstwert ist, umso besser können Klient*innen mit sich und mit anderen umgehen. Menschen mit einem gut entwickelten Selbstwert können Respekt, Wohlwollen und Fairness sich und anderen gegenüber zeigen. Konnte die Selbstwertentwicklung nicht erfolgreich geschehen, kann dies zu vielen verschiedenen Leidenszuständen führen. Eine Folge einer nicht gut geglückten Selbstwertentwicklung ist der Narzissmus. Wardetzki (2014) schreibt dazu, dass Menschen mit einem schwachen Selbstwert sich „permanent in Szene ... setzten, immer groß und stark sein ... müssen, um das Selbstwertgefühl vor dem Zusammenbruch zu bewahren“ (S. 86). Dies bezeichnet sie als Narzissmus.

Der narzisstische Mensch hat keinen Zugang zu seinem Selbst. Er ist mit dem Selbst kaum in Kontakt. Wardetzki (2014) zufolge kommen narzisstische Menschen in Therapie, um den Zugang zu ihrem wahren Selbst zu finden:

Oft kommen diese Menschen in Therapie, weil sie sich fragen, wer sie eigentlich sind. Sind sie so groß, wie sie sich in ihrer Überhöhung machen (‘Ich bin die Tollste’) oder so klein, wie in der Abwertung (‘Ich bin ein wertloses Nichts’)?

Der Weg zu einem stabilen Selbstwertgefühl geht von der Maske, dem sogenannten falschen Selbst, zum wahren Selbst: (S. 87)

Lowen (1986) nennt diese Maske das Image, das narzisstische Menschen aufbauen und dem sie viel Energie widmen. Dabei verlieren sie allerdings den Kontakt zu ihrem Selbst.

Selbstwert nach Bärbel Wardetzki

Der Selbstwert ist ein Gesamtwert mehrerer verschiedener Selbstwerte, in denen unterschiedlich hohe oder niedrige Eigenbewertungen vorliegen können. In weiterer Folge sollen verschiedene Selbstwerte dargestellt werden.

Wardetzki (2014) formuliert den „impliziten“ und den „expliziten Selbstwert“ (S. 58). Der implizite Selbstwert ist der unbewusste Wert, den Menschen von sich haben und der in ihrer Art, wie sie durch den Alltag gehen, erkennbar wird. Beispielsweise in der Art, wie sie auf Komplimente reagieren. Menschen mit einem geringen impliziten Selbstwert reagieren auf Komplimente kalmierend, abweisend oder auf Missstände aufmerksam machend. Der explizite Selbstwert ist der Selbstwert, der einem Menschen bewusst ist und auch in Sätzen über die eigene Person formuliert werden kann. Häufig sind der implizite (auch der unbewusste Selbstwert genannt) und der explizite (der bewusste) Selbstwert nicht im Einklang. Diese Disharmonie findet sich beim Narzissmus deutlich, so Wardetzki (2014):

Sie besitzen eine hohe explizite Einschätzung, aber eine geringe implizite. Sie können ihre Minderwertigkeit und Unsicherheit so stark verleugnen, dass sie nur noch mit ihren bewussten Größenfantasien in Kontakt sind. Bereits bei Kleinigkeiten jedoch reagieren sie sehr gekränkt, was auf eine schwache implizite Selbsteinschätzung hindeutet. Unbewusst sind sie längst nicht so selbstwertstark. (S. 59)

Außerdem beschreibt Wardetzki (2014) sechs weitere Arten des Selbstwerts. Der Emotionale Selbstwert, der Soziale, der Leistungsbezogene und der Körperbezogene

Selbstwert. Letzterer unterteilt sich in die Dimensionen der körperlichen Attraktivität und die der Sportlichkeit. Im Folgenden sollen diese einzelnen Selbstwertkategorien kurz vorgestellt werden.

Der Emotionale Selbstwert

Ein hoher Emotionaler Selbstwert zeigt sich in hoher Selbstakzeptanz und hoher Selbstzufriedenheit. Er wird ersichtlich in einer positiven Haltung zu sich selbst als Person. Er ist nach Wardetzki (2014) „unser guter Ruf bei uns...“ (S. 66). Dieser Selbstwert ist mit Selbstvertrauen und Selbstachtung verbunden. Haben Menschen einen hohen Emotionalen Selbstwert, sind sie fähig, sorgsam und wohlwollend mit sich umzugehen, eigene Grenzen zu akzeptieren und für sich und ihre Bedürfnisse einzustehen. Ist der Emotionale Selbstwert jedoch gering ausgeprägt, stehen diese Menschen „unter Dauerbeschuss von kritischen und entwertenden Aussagen ..., die ihnen vermitteln, nie gut genug“ (S. 67) zu sein. Diese massive und dauerhafte Entwertung der eigenen Person ist bei Menschen mit narzisstischen Defiziten häufig zu erkennen.

Der Soziale Selbstwert

Der Soziale Selbstwert zeigt sich in unserem Umgang mit anderen Menschen. Ein geringer Sozialer Selbstwert zeichnet sich aus durch Hemmungen im sozialen Geschehen. Beispielsweise sind Menschen mit einem geringen Sozialen Selbstwert äußerst ungern im Fokus der Aufmerksamkeit mehrerer Personen. Sie sind sehr zurückhaltend, ihre möglicherweise abweichende Meinung zu äußern, da sie davon ausgehen, dass diese uninteressant sei. Außerdem reagieren Menschen mit einem reduzierten Sozialen Selbstwert auf Kritik mit großen Selbstzweifeln oder Selbstabwertung oder Überheblichkeit. „Denn eine Kritik kann ein schwaches Selbstwertgefühl massiv angreifen. Insbesondere dann, wenn die positive Selbsteinschätzung hauptsächlich von der anerkennenden Rückmeldung anderer abhängt. Das geschieht meist dann, wenn jemand kein eigenes Maß für seinen Selbstwert besitzt“ (Wardetzki, 2014, S. 68).

Der Leistungsbezogene Selbstwert

Der Leistungsbezogene Selbstwert beinhaltet die unterschiedlich ausgeprägte Überzeugung, fähig und kompetent zu sein. Leistung kann in allen Bereichen erbracht werden, beispielsweise im Beruf, aber auch im Haushalt oder beim Handwerken. Alles was wir tun, ist Leistung und demzufolge auch mit dem leistungsbezogenen Selbstwert in Verbindung. Narzisstische Klient*innen zeigen immer wieder, wie sehr sie sich durch Leistung in ihrem Selbstwert stabilisieren, wenn sie etwa so viel arbeiten, dass sie ein Burn-out erleiden oder sich durch ihren typischen Perfektionismus zu herausragenden Ergebnissen antreiben.

Der Körperbezogene Selbstwert

Der Körperbezogene Selbstwert setzt sich zusammen aus der „Körperbezogenen Attraktivität“ und der „Sportlichkeit“ (Wardetzki, 2014, S. 72 - 75). Die Zufriedenheit mit dem eigenen Körper wird in diesem Selbstwert deutlich. Sie hängt stark mit dem allgemeinen, aktuell wirkenden und gültigen Schönheitsideal zusammen. Menschen mit einem hohen Körperbezogenen Selbstwert schauen sich gerne in den Spiegel, gefallen sich und zeigen ihren Körper gerne. Sie können ihre körperlichen Schwachstellen, die jeder hat, gut akzeptieren.

In Bezug auf die Sportlichkeit ist ein hoher Selbstwert erkennbar durch ein gutes „Vertrauen in die eigenen sportlichen Leistungs- und Koordinationsfähigkeiten“ (Wardetzki, 2014, S. 76). Lowen (1986) sieht als ein Zeichen der „narzißtischen Tendenz unserer Kultur“ (S. 46), dass Menschen die körperliche Fitness sowie die Attraktivität sehr wichtig geworden sind. Er beschreibt, wie Menschen sich dazu antreiben, immer jung und fit zu sein, immer körperlich in Topform und jederzeit zu Höchstleistungen bereit zu sein. Diesem, seiner Ansicht nach äußerst ungesunden und narzisstischen Streben setzt er ein gutes Aussehen, das entsteht, weil man sich wohlfühlt, entgegen. Ohne dieses tatsächliche Wohlbefinden kann der Mensch nur zeigen, wie er glaubt, dass es aussieht, sich im Körper wohlfühlen. „Je mehr man sich auf diese Vorstellung konzentriert, desto mehr gehen einem die guten Gefühle im

Körper verloren. Schließlich erweist sich das Image als eine schlechte Maske; die Tragödie des leeren Innenlebens verbirgt sie nicht länger“ (Lowen, 1986, S. 47). Diese Leere im Inneren und dem entgegengesetzt diese Fokussierung auf das Image, wie Lowen die Fassade nennt, setzt er in Bezug zu der Mythologie um den hübschen Jüngling Narziss, der sich in sein eigenes Spiegelbild verliebte. Er sagt: „Diese Liebe ist keine Selbstliebe, denn mit der Fassade hat der Betreffende sein wahres Selbst als unannehmbar abgelehnt“ (Lowen, 1986, S. 48).

THERAPEUTISCHE BEZIEHUNG

DAS PRIMAT DER BEZIEHUNG

Beziehung ist in der Gestalttherapie etwas sehr Wesentliches. Nach Staemmler (1993) hat Lore Perls von Anfang an „auf die Qualität des Kontakts zwischen GestalttherapeutInnen und seinem Klienten“ (S. 21) viel Bedacht gelegt. Staemmler berichtet, dass sich L. Perls, obwohl ihr das Thema des Kontakts immer sehr wichtig war, diesem Thema nie ausführlich schriftlich gewidmet habe. L. Perls (2005) schreibt: „Therapie ist selbst ein *innovativer Prozeß*, in welchem Patienten und Therapeuten sich ständig selbst und einander entdecken und fortwährend ihre Beziehung erfinden“ (S. 95).

Gestalttherapeuten wissen, dass Menschen in der Regel nur dann das Gefühl entwickeln, verstanden zu werden, wenn ihr Gegenüber nicht nur intellektuell begreifen, um was es ihnen geht, sondern auch emotional mitschwingt und Anteilnahme empfindet. Unter Anderem aus diesem Grund zeigen Gestalttherapeutinnen sich ihren Klientinnen als lebendige Menschen. Sie versuchen nicht, so zu tun, als seien sie unbeteiligte Beobachterinnen eines Geschehens, das sie nichts angehe. Vielmehr lassen sie sich immer wieder auf

eine Begegnung mit ihren Klientinnen ein, in der sie selbst auch sichtbar werden
– als die Person, die sie sind. (Staemmler, 2009b, S. 15)

Die Intersubjektivität

Hier wird die grundlegende intersubjektive Haltung der Gestalttherapie deutlich, die die Beziehung und das, was zwischen Klient*innen und Therapeut*innen passiert, als einen der wichtigsten Wirkfaktoren der therapeutischen Arbeit sieht. Staemmler (2009b) schreibt weiter, dass das Thema, um das es in den psychotherapeutischen Sitzungen geht, oft „...damit zu tun hat, was in den Beziehungen zwischen der Klientin und ihrer Therapeutin geschieht. Deshalb spielt das, was zwischen den Beteiligten geschieht, während sie sich mit der Thematik der Klienten beschäftigen, eine wichtige Rolle für die Therapie...“ (S. 16).

Der besonderen Beachtung der Beziehung in der Gestalttherapie liegt die Grunderkenntnis zugrunde, dass sich Menschen per se „...je nach Beziehung und Situation unterschiedlich verhalten und entwickeln“ (Staemmler, 2009b, S. 18). Ein weiterer Aspekt der großen Bedeutung von Beziehung in der Integrativen Gestalttherapie ist das intersubjektive Postulat Bubers: „Der Mensch wird am Du zum Ich“ (Buber, 2014, S. 32). Weiters schreibt Buber:

Gegenüber kommt und entschwindet, Beziehungsereignisse verdichten sich und zerstreuen, und im Wechsel klärt sich, von Mal zu Mal wachsend, das Bewußtsein des gleichbleibenden Partners, das Ichbewußtsein. Zwar immer noch erscheint es nur im Gewebe der Beziehung, in der Relation zum Du, als Erkennbarwerden dessen, was nach dem Du langt und es nicht ist, aber immer kräftiger hervorbrechend...Denn wohl verblaßte immer das Du der Beziehung wieder, aber es wurde damit nicht zum Es eines Ich, nicht zum Gegenstand eines unverbundenen Wahrnehmens und Erfahrens, wie es fortan werden wird... (Buber, 2014, S. 32-33)

Staemmler (1993) interpretiert Buber folgendermaßen:

Die Behauptung ist klar; die Orientierung des Menschen auf andere Menschen hin ist ein zentrales Element seines Wesens, mit dem er schon auf die Welt kommt. Wenn man ein „eingeborenes Du“ annimmt, ist es nur logisch, Beziehungen, die ein Mensch eingeht, als (mehr oder weniger gelungene) Verwirklichung seines Wesens in der Alltäglichkeit des Lebens zu verstehen... Aus dieser Sichtweise ergeben sich bedeutsame Konsequenzen. Wenn der Mensch etwas in ihm „apriori“ Vorhandenes verwirklicht, indem er mit anderen Menschen in Beziehung tritt, so bedeutet das auch, dass der Mensch sich selbst in seinen Beziehungen zu anderen verwirklicht. (S. 24 - 25)

Staemmler (1993) sagt - Buber sehr ähnlich - „um ich selbst werden zu können, bin ich existenziell auf ein Gegenüber angewiesen, das seinerseits bereit ist, sich auf mich einzulassen: erst so wird eine Beziehung möglich, in der ich mich (und auch der andere sich) verwirklichen kann“ (S. 25). Diese grundlegende Sicht ist auf die therapeutische Beziehung anwendbar:

Damit ein Klient in der therapeutischen Situation er selbst werden und sein kann, ist er existenziell auf einen Therapeuten angewiesen, der einerseits bereit ist, sich auf ihn einzulassen, so dass eine Beziehung möglich wird, in der der Klient (und auch der Therapeut) sich verwirklichen können. Dem zu Grunde liegt die Ansicht Bubers „Die Krankheiten der Seele sind die Krankheiten der Beziehung“. (Buber, 1965, zitiert nach Staemmler, 1993, S. 26)

Staemmler (1993) zieht folgenden Schluss: „Akzeptiert man die grundsätzliche Annahme, psychische Störungen seien ‚Krankheiten der Beziehung‘, dann bekommt die Beziehung zwischen Klient und Therapeut einen absolut vorrangigen Stellenwert“ (Staemmler, 1993, S. 26).

Zu dem soeben gesagten passend, formuliert Rahm et al. (1993), dass die therapeutische Beziehung einen wesentlichen Faktor in der Psychotherapie darstellt.

Da jede seelische Erkrankung immer mit defizitären Beziehungen zusammenhängt, können gute Beziehungen nur dadurch entstehen, dass die TherapeutIn und die KlientIn sich in der Therapie wirklich aufeinander einlassen, sich auseinandersetzen. Die TherapeutIn muss also bereit sein, sich zu stellen, in die „Beziehungsarbeit“ einzutreten. Sie muss wechseln können zwischen Involvierung (Betroffenheit), Zentrierung (bei sich selbst sein) und Exzentrizität (den Blickwinkel erweitern, Überblick gewinnen). (S. 351)

Kompetenzen von Psychotherapeut*innen für eine gelungene therapeutische Beziehung

Rahm et al. (1993) formulieren wesentliche Aspekte der therapeutischen Beziehung in der therapeutischen Arbeit:

Die Intersubjektivität bedeutet, dass sich Gesprächspartner vice versa aufeinander einstellen. Es sollte jedoch in der Psychotherapie für Klient*innen nicht die Aufgabe sein, sich auf die Therapeut*innen einzustellen. Daher haben Integrative Gestalttherapeut*innen die Haltung einer „unterstellten Intersubjektivität“ (S. 353). Therapeut*innen unterstellen demzufolge Klient*innen, dass sie zu Intersubjektivität fähig sind.

Auch ist es wichtig, dass Therapeut*innen genau abwägen, was sie Klient*innen mitteilen und was sie eventuell zurückhalten. Dieses Abwägen zugunsten der Klient*innen nennt sich „selektive Offenheit“ (Rahm et al., 1993, S. 353). Es muss abgewogen werden, was einem Menschen, der sich hilfesuchend in Therapie begibt, gesagt werden kann und was nicht, oder vielleicht noch nicht. Diese und noch viele andere Faktoren gilt es in der Beziehungsgestaltung seitens der Psychotherapeut*innen zu berücksichtigen und einzuhalten.

Das Komitee für professionelle Kompetenzen & Qualitative Standards der European Association for Gestalt Therapy arbeitet seit 2010 an einem Projekt, das die Kompetenzen zusammenfasst, die Integrative Gestalttherapeut*innen kennen, erfüllen und stetig erweitern sollen. Ein „erster Entwurf liegt derzeit vor“ (Vidakovic et al., 2014)

S. 2). Zum Thema Narzissmus passend sollen hier nur einige dieser Therapeut*innenkompetenzen angeführt werden:

- Sich der Gefühle, Gedanken und Reaktionen bewusst zu sein, die der Klient beim Therapeuten auslöst
- Zu verstehen, was mit ihr geschieht, zu welchen Positionen und Rollen sie in dem entstehenden Feld mit der Klientin aufgefordert wird
-
- Die Assimilation des Neuen zu unterstützen und eine narrative Fähigkeit zu entwickeln, um Erfahrungen, Veränderungen und Wachstum benennen und teilen zu können
- Die Erfahrungen im Hintergrund loszulassen und als Unterstützung für weitere Kontakte verfügbar zu halten (Vidakovic et al., 2014, S.6-7).

BEZIEHUNGSASPEKTE NACH MARTIN BUBER

Für Buber ist die Beziehung eine doppelte Bewegung. Einerseits ist es eine „Urdistanzierung“ (Stemmler, 1993, S. 27) und andererseits eine Hinwendung zum anderen, also ein „In-Beziehung-treten“ (S. 27)

Auch unterscheidet Buber nach „Ich-Du“ und „Ich-Es“. Die Ich-Du-Einstellung meint, dass ein Mensch dem anderen gegenüber sehr präsent ist, sehr wertschätzend und belegend. Es ist die Haltung, in der es keine Absicht oder Ziel gibt, einzig eine bewusste und achtsame Öffnung dem anderen gegenüber besteht. Bei der „Ich-Es“-Haltung wird das Gegenüber als Mittel zum eigenen Zweck gebraucht oder genutzt. Es besteht also eine Selbstbezogenheit.

Aus ihr heraus erscheinen ihm andere Menschen als Gegenstand des eigenen Handelns, als Mittel zur Befriedigung eigener Bedürfnisse, als `Erweiterung` des eigenen Selbst oder einfach als austauschbare Figuren auf dem

Schachbrett sozialer Interaktionen. ... Das Grundwort „Ich-Es“ zu ´sprechen` heißt im deskriptiven, nicht bewertenden Sinn, mit dem anderen funktional, analytisch, zweckgerichtet oder unpersönlich umzugehen. (Staemmler, 1993, S. 28-29)

Bubers Idee nach, gibt es also kein alleiniges Ich, sondern ein Ich aus dem Ich-Du und ein Ich aus dem Ich-Es. Der Mensch ist also

...nicht mehr das beobachtende Subjekt, er ist unmittelbarer Teilnehmer der Beziehung geworden, von der er selbst ein Teil ist, die aber auch mehr ist als er selbst, ja sogar mehr als er und sein Gegenüber zusammen; denn das Ganze ist auch hier mehr als die Summe seiner Teile. (Staemmler, 1993, S. 31)

Beide Haltungen haben ihre Berechtigung. Staemmler (1993) sagt dazu: „Auch ein Mensch, zu dem ich für eine gewisse Zeit in Beziehung gestanden habe, wird, z.B. wenn ich mir später um ihn Gedanken mache, wieder zum Objekt meiner Erfahrung, zum Es“ (S. 31). Er zitiert in diesem Zusammenhang Buber, der sagt, dass das Du nach der Beziehungssequenz wieder zu einem Du werden kann. Ein Es kann – muss aber nicht – zu einem Du werden. Staemmler sagt weiters, dass es wichtig ist, dass Therapeut*innen darauf achten,

...daß jene Momente, in denen er von seiner primären Ich-Du-Haltung zu einer Ich-Es-Haltung übergeht, sich nicht verselbstständigen und längerfristige Dominanz bekommt. Wenn er z.B. Experimente entwickelt oder andere Techniken anwendet, nimmt er für eine gewisse Zeit eine Ich-Es-Haltung ein, was gut und notwendig ist, wenn die Technik maßgeschneidert sein und den Bedingungen der Situation und der vom Klienten bearbeiteten Thematik gerecht werden soll. Gerade wenn er seine Ich-Es-Haltung derart nutzt, stellt der Therapeut sie in den Dienst seiner persönlichen Ich-Du-Engagements für seinen Klienten. (Staemmler, 1993, S. 33)

Wichtig scheint ebenso, dass die Therapeut*innen sich dessen bewusst sind, dass die Ich-Es-Haltung vorübergehend ist und ein Wechsel in die absichtslose Ich-Du-Haltung immer wieder stattfinden muss. Schon F. Perls sagt in seinem "Gestaltgebet": „*And if by chance we find each other, it's beautiful.*“ (F. Perls, 1969, zitiert nach Staemmler 1993, S. 37). Dies heißt nicht – wie dieser Satz möglicherweise vermuten lässt – dass eine völlig passive, absichtslose Haltung bei Therapeut*innen besteht. Vielmehr ist es eine verbindliche Haltung, mit der die Therapeut*innen bereit sind, in die Beziehungssituation einzusteigen bzw. Beziehungsangebote zu machen und darauf zu vertrauen, dass dies bei Klient*innen wirkt. Staemmler (1993) sagt:

Als Therapeut haben wir von unserer Aufgabe her natürlich in besonderem Maße mit Menschen zu tun, die in ihrer Fähigkeit, echte Beziehungen aufzunehmen, also den Ich-Du-Pol ihres Wesens zu aktualisieren, mehr oder weniger stark eingeschränkt. Gerade diese Einschränkung veranlaßt sie oft dazu, sich an uns zu wenden, auch wenn sie ihre Probleme zunächst ganz anders repräsentieren. (Staemmler, 1993, S. 39)

Daraus lässt sich schlussfolgern, dass es unabdingbar ist, dass Therapeut*innen sich nicht abschrecken lassen von der vermeintlichen Einseitigkeit der Therapeut*innen-Klient*innen-Beziehung und weiterhin ihre Beziehungsangebote setzen, wie folgendes Zitat verdeutlicht:

Dies erfordert – in einem bescheidenen Sinne – die Überzeugung von der Wirksamkeit seines Seins und nicht so sehr von der seines Handelns (denn er versteht sein Handeln als Ausdruck seines Seins), und die Souveränität, auf die Anwendung ausgeklügelter Techniken und Strategien als Basis seiner Sicherheit verzichten zu können. (Staemmler, 1993, S. 42)

Für Gary M. Yontef (1999) ist die „Gestalttherapie im Wesentlichen die Integration der Hinwendung von Mensch zu Mensch mit umfassender klinischer und methodischer Kompetenz“ (S. 53). Das Selbst kann sich nur durch diese Beziehung im Hier und Jetzt entwickeln. Im therapeutischen Kontext ist eine Hinwendung zu Klient*innen von

Seiten der Psychotherapeut*innen wesentlich, die warten und offen sind für das, was in der Situation entsteht. Yontef nennt diese Art der Beziehung Dialogische Beziehung. F. Perls (Perls et al., 2013) nennt dies den „mittleren Modus“ (S. 216), welcher folgendermaßen beschrieben wird:

Das Spontane ist sowohl aktiv als auch passiv, sowohl wollend als auch zulassend: oder besser: es ist im mittleren Modus, in einer schöpferischen Unparteilichkeit, einem Desinteresse, und zwar nicht in dem Sinn, daß man nicht erregt oder kreativ wäre, denn beides gehört gerade zur Spontanität, sondern es ist die Einheit vor (und nach) der Aktivität und Passivität, die beide darin enthalten sind. (S. 216)

WESENTLICHE FAKTOREN FÜR KLIENT*INNEN-THERAPEUT*INNEN-BEZIEHUNG NACH GARY M. YONTEF

Folgende Faktoren gelten nach Yontef (1999) für die Beziehung zwischen Therapeut*innen und Klient*innen als wesentlich:

Die Präsenz

Die „Präsenz“ (Yontef, 1999, S. 55) ist in dieser dialogischen Beziehung eine bedeutende Eigenschaft. Präsenz der Therapeut*innen meint, dass diese sich im Kontakt mit Klient*innen öffnen. Sie sollen weder besonders „freundlich ... sein, noch verletzend ehrlich“ (S. 55).

Gemeint ist, begegnen und dabei sich behaupten, im Kontakt sein, den Anderen einbeziehen und anerkennen. Das heißt sich zur Grenze hin zu öffnen, sie aber nicht überschreiten, nicht den anderen Menschen lenken wollen, nicht kontrollieren, was jenseits der Grenze ist. (Yontef, 1999, S. 55)

In der Gestalttherapie zeigen Therapeut*innen in angemessener Form ihre emotionalen Reaktionen in einer therapeutischen Sitzung. Auf diese Art kann der Beziehungsdiallog von Seiten der Professionist*innen zugunsten der Klient*innen gelebt werden. Für die Entwicklung der Klient*innen in einem psychotherapeutischen Kontext ist es notwendig, Klient*innen in ihrem Denken, Handeln und Fühlen zu bestätigen, wie Yontef (1999) in folgendem Zitat formuliert: „Jemand wird bestätigt, wenn er einem Anderen als ganzer und einzigartiger Mensch gegenwärtig wird. Das geschieht, wenn man sich in den Anderen oder die Andere hineinversetzt und imaginierend durchlebt, was das andere Individuum erfährt“ (S. 56). Dies darf nicht verwechselt werden mit Identifikation mit den Klient*innen. Ganz im Gegenteil, die Gestalttherapie geht grundsätzlich von einer Verschiedenheit der Menschen aus und achtet diese. Wie beispielsweise im Perl'schen „Gestaltgebet“ (F. Perls, 1985) deutlich wird:

„Ich bin ich

Und du bist du

Ich bin nicht auf dieser Welt, um deinen Erwartungen zu genügen.

Und du bist nicht auf dieser Welt, um meinen zu genügen.

Ich bin ich

Und du bist du“ (F. Perls, 1985, S. 163).

Gemeint ist, dass ein Mensch sich dann ganz und gar angenommen und gleichwertig fühlen kann, wenn er auf diese Art bestätigt wird, wie Yontef (1999) in folgendem Zitat zeigt:

Was in diesem Prozeß bestätigt wird, ist die personenhafte Existenz des Anderen als Mensch mit einem unabhängigen Innenleben, der genauso eigenständig ist, wie ich selbst. Der Therapeut bestätigt auf elementarer Ebene die Existenz des Patienten; er bestätigt, dass er genauso viel wert ist wie andere Menschen. (S. 56)

Diese Bestätigung bietet die Grundlage und den Boden für Entwicklung und Wachstum der Klient*innen, weil nur wachsen kann, was sein darf. Sie bietet Klient*innen die Möglichkeit zu sein, wer und wie sie sind, ohne entsprechen zu

müssen oder sich bemühen zu müssen, besser zu sein. Dieses urteilsfreie Akzeptiert- und Gesehen-Werden ermöglicht Klient*innen persönliches Wachstum, wie zum Beispiel in Arnold Beissers „Paradoxe Theorie der Veränderung“ wie folgt formuliert wird:

Veränderung geschieht, wenn jemand wird, was er ist, nicht, wenn er versucht etwas zu werden, das er nicht ist. Veränderung ergibt sich nicht aus einem Versuch des Individuums oder anderer Personen, seine Veränderungen zu erzwingen, aber sie findet statt, wenn man sich die Zeit nimmt und die Mühe macht, zu sein, was man ist. (Beisser, 1997, zitiert nach Staemmler, 2009a, S. 11)

Die Umfassung

Yontef (1999) bringt den Begriff der „Umfassung“ (S. 57) als ein weiteres hilfreiches Element der therapeutischen Beziehung ein. Diese Begrifflichkeit beschreibt das Einfühlen der Therapeut*innen in die Klient*innen, ohne sich selbst und die eigenen Empfindungen zu verlieren, wie folgendes Zitat zeigt: „Die Umfassung bewegt sich in das Fühlen der Sichtweisen des Anderen hinein und behält zugleich eine deutlichere Awareness der eigenen, davon getrennten Existenz“ (S. 57). Auch diese Umfassung darf nicht mit Identifikation verwechselt werden, denn auch hier bleiben die Therapeut*innen sich ihres eigenen Innenlebens und der Getrenntheit zu Klient*innen bewusst. Klient*innen, die diese Umfassung selber von Anfang an beherrschen, können durch diese Umfassung der Therapeut*innen sich ganz um sich kümmern, und können darauf vertrauen, dass das Gegenüber auf sie achtet. Andererseits können Klient*innen die Fähigkeit der Umfassung durch das Praktizieren der Therapeut*innen erlernen. Die Umfassung ist somit eine weitere Form des Gesehen-Werdens, welche von Yontef (1999) als wesentlicher Wachstumsfaktor gesehen wird.

Wardetzki (1991) weist darauf hin, dass die Gesundung einer narzisstischen Thematik nur „über und in tragenden Beziehungen, nicht in oberflächlichen“ (S. 251)

passieren kann. Ziel der Therapie vom weiblichen Narzissmus ist, dass die Klient*innen Vertrauen zu den Therapeut*innen aufbauen können.

Da das Selbst sehr verletzlich und instabil ist, braucht die Klientin viel Schutz und Wärme. Das klingt fast nach einem emotionalen Brutkasten und ist es in gewisser Weise auch. An einem heilenden Ort, in einer wärmenden und verständnisvollen Atmosphäre, kann ... [die Klientin] sich trauen, sich mit ihrem Ärger zu offenbaren, ohne dass die Beziehung dadurch gefährdet wird. Ich halte das für einen entscheidenden Faktor auf dem Weg der Genesung: die Erfahrung, sich in einer Beziehung mit ihren tiefsten Gefühlen und Geheimnissen zeigen zu dürfen und die Zuwendung des anderen nicht zu verlieren, sondern zu spüren, dass sie unterstützt und ermutigt wird, immer mehr von sich zu zeigen. (Wardetzki, 1991, S. 253)

NARZISSMUS

Das folgende Kapitel soll sich mit den Definitionen wesentlicher Vertreter der Narzissmusforschung befassen sowie der Unterscheidung bzw. Grenzziehung zwischen pathologischem und nicht pathologischem Narzissmus. Die Ursachen der Entstehung narzisstischer Strukturen werden kurz beleuchtet.

Heinz Kohut und Otto Kernberg haben wichtige und grundlegende Beiträge zur Erforschung des Narzissmus geleistet. Auch Ansichten jüngerer Vertreter, wie Bärbel Wardetzki, Raphael M. Bonelli und Udo Rauchfleisch, werden angeführt. Der Schwerpunkt dieser Ausführungen soll beim nicht-pathologischen Narzissmus liegen. Zur Abgrenzung wird die narzisstische Persönlichkeitsstörung kurz umrissen. Einen umfassenden Einblick in den Zusammenhang von Bindungsforschung und der Entstehung des Narzissmus findet sich in der Master-Thesis von Sylvia Stix (2018) und soll hier nicht Raum finden. Die vorliegende Arbeit befasst sich im Schwerpunkt mit den Herausforderungen und Schwierigkeiten von Therapeut*innen im therapeutischen Arbeiten mit narzisstischen Klient*innen.

Klärend soll angeführt werden, dass Kernberg und Kohut in ihrer Auffassung des Selbst analytisch orientiert sind, während die Integrative eine grundlegend andere Betrachtung des Selbst verfolgen. Diese Tatsache soll hier hervorgehoben werden, um etwaigen Verwirrungen vorzubeugen.

Kernberg (2009) bietet folgenden historischen Abriss des Begriffs Narzissmus. Der Begriff wurde laut Kernberg erstmals von Ellis im psychiatrischen Sinne verwendet. Weiters schreibt Kernberg nutzte Nücke diesen Begriff, um eine Form der sexuellen Perversion zu beschreiben. Letztlich wurde durch Arbeiten von Sadger der Begriff in psychoanalytische Lexika aufgenommen. Kernberg führt weiter aus, dass 1914 Freud eine seiner Hauptwerke zum Thema Narzissmus verfasste. Wie so oft in der Entstehung eines neuen Fachbegriffes herrschte anfangs eine recht uneinheitliche Begriffsdefinition und Verwirrung. Kernberg (2009) beschreibt beispielsweise, dass Freud den Begriff nutzte, um sexuelle und auch andere Perversionen zu betiteln und um ein Stadium libidinöser Entwicklung zu benennen, welches als der Schizophrenie zugehörig angesehen wurde.

Kernberg beschreibt weiters, dass Freud 1914 auf einen bestimmten Typus des Narzissmus Bezug genommen hat. Dieser Typus ist bei Männern anzutreffen, die sich in ihrer Liebe einen Mann wählen, der für sie steht. Sie selbst bleiben in der Repräsentanz der Mutter und lieben daher den Mann ihrer Wahl, wie sie selbst gerne von ihrer Mutter geliebt werden würden. 1984 hat Kernberg (zitiert nach Kernberg 2009) selbst drei Formen des Narzissmus vorgestellt, die in ihrem Schweregrad unterschiedlich sind. Diese drei Formen werden im folgenden Kapitel näher ausgeführt.

DIAGNOSTISCHE ASPEKTE DES NARZISSMUS

Im folgenden Kapitel soll dargestellt werden, wie schwierig es ist, Übergänge und Grenzen zwischen gesund und nicht gesund in Bezug auf den Begriff Narzissmus zu treffen. Es wird zur besseren Abgrenzbarkeit der pathologische Narzissmus nach Kohut und Kernberg angeführt und auch die beiden heute gängigen und gültigen diagnostischen Manuale ICD-10 und DSM-5. zitiert.

Vom gesunden zum pathologischen Narzissmus

Hans-Werner Bierhoff und Michael Jürgen Herner (2009) nehmen sich der Frage nach der Grenze des gesunden zum pathologischen Narzissmus an. Sie kommen nachvollziehbarerweise zu dem Schluss, dass diese Grenzziehung eine überaus schwierige Aufgabe darstellt. Zum einen wird in der heutigen Zeit einiges mehr an Eigentümlichkeiten dem gesunden Menschen zugestanden als früher, und zum anderen wird dem narzisstischen Selbst zugestanden, dass es eine oftmals gelungene Anpassung an Herausforderungen des Umfelds darstellt. Zusätzlich ist der persönliche und höchst individuelle Kontext einer jeden Person bei der Frage, ob etwas noch gesund oder schon pathologisch ist, berücksichtigt worden. „Ein Buchhalter, der auf Probleme stößt, weil er bei anderen leicht aneckt“ (Bierhoff & Herner, 2009, S. 93) wird weniger als gesund angesehen werden, als ein exzentrischer Künstler gleichen Alters der ebenso eher sozial unverträglich ist.

Bierhoff und Herner postulieren, dass ein gesunder Narzissmus mit einer gesunden Identitätsentwicklung einhergeht, „denn weist der Narzissmus eine Störung auf, dann sind Identitätsstörungen wahrscheinlich“ (S. 93). Wobei einschränkend gesagt werden muss, dass in der Adoleszenz der jugendliche Mensch sich naturgegeben in einer Identitätsfindung befindet. Bierhoff und Herner zitieren Jürgen Wirth, der Folgendes zur Frage der Grenzziehung schreibt: „Der *gesunde* Narzissmus kennt zwar auch Schwankungen des Selbstwertgefühls, doch kann die Person zwischen den Polen Selbstkritik und Selbstzufriedenheit je nach Situation oszillieren, ohne dabei in Extreme der Selbsterniedrigung oder das der Selbsterhöhung zu verfallen“ (Wirth, 2002, zitiert nach Bierhoff & Herner, 2009, S. 94). Weiters benennt Wirth das Fehlen der Spaltung zwischen totaler Abwertung und Überhöhung als Kriterium der Grenzsetzung. Es ist einem narzisstisch gesunden Menschen möglich, sich selbst zu kritisieren oder Kritik von anderen zu erhalten, ohne sich grundsätzlich in seinem Wert infrage zu stellen.

Ronningstam (zitiert nach Bierhoff & Herner, 2009) benennt vier Dimensionen, aufgrund derer ein gesunder Narzissmus erkannt werden kann:

- Selbstwertregulation: Mit gelingender Selbstwertregulation ist es möglich, Kritik, Enttäuschungen und Zurückweisungen auszuhalten und andererseits

Lob und Anerkennung für Erbrachtes anzunehmen. Größenfantasien dienen als Motivatoren und Richtschnur für Leistungen und Ziele.

- Affektregulation: Gefühle wie Scham, Wut und Neid sowie Stolz können bewusst wahrgenommen werden. Gefühle der Minderwertigkeit und Demütigung können toleriert werden. Gefühle von Macht, Aggression können wahrgenommen und innerlich verwaltet werden
- Regulation zwischenmenschlicher Beziehungen: Selbstfürsorge, Selbstachtung sowie ein gesundes Maß an Forderungen an den anderen wurden gefunden. Empathiefähigkeit, Leidenschaft sowie ein Gefühl der Zugehörigkeit wurden entwickelt. Bindungen und persönliche Beziehungen können wertgeschätzt werden.
- Über-Ich-Regulation: Die Fähigkeit sich selbst zu loben, stolz zu sein und andererseits auch zu konstruktiver Selbstkritik, wurde entwickelt. Es besteht ein realistisches Gleichgewicht zwischen Idealen, die erreichbar sind und den aktuellen Fähigkeiten.

Kernberg schlug 1984 (zitiert nach Kernberg, 2009) eine Kategorisierung des Begriffs Narzissmus vor, in dem ein Verlauf von normalem zu pathologischem Narzissmus dargestellt wird. Im Folgendem soll diese Einteilung beschrieben werden. Der „normale erwachsene Narzissmus“ (S.73) zeichnet sich demnach aus durch eine normale Selbstwertregulierung, eine normale Selbststruktur, vollständig internalisierte Objektrepräsentanzen und einem individualisierten, abstrakten Über-Ich.

Der „normale infantile Narzissmus“ (S. 73) zeichnet sich durch infantile Mechanismen der Selbstwertregulierung aus, die aus altersangemessener Befriedigung bestehen. Es herrschen demnach normale kindliche Ge- und Verbote vor. Die dritte Art des Narzissmus ist der pathologische Narzissmus, der wiederum von Kernberg (2009) in drei Formen eingeteilt wird. Bei der ersten Form kann eine Fixierung einer leichten Regression einer infantilen Selbstwertregulation eintreten. Die zweite Kategorie des pathologischen Narzissmus definiert sich dadurch, dass das Selbst in der Identifikation mit einem Objekt haften bleibt und so libidinöse Beziehungen geschaffen werden. In diesen libidinösen Beziehungen kommt es zum Austausch von Subjekt und Objekt – der Partner wird demnach so geliebt, wie man selbst geliebt werden möchte. Die letzte Kategorie des pathologischen Narzissmus entspricht der pathologischen Persönlichkeitsstörung, die im folgenden Kapitel näher ausgeführt wird. Pathologische

Ausformungen des Narzissmus sollen im Folgenden angeführt werden, um eine bessere Abgrenzbarkeit zu nicht pathologischen Ausgestaltung narzisstischer Verletzungen zu erleichtern.

Narzissmus – die pathologische Seite

Nach Kernberg (1978) leidet die narzisstische Persönlichkeit unter einer Störung des Selbstwertes in Kombination mit Schwierigkeiten in der Objektbeziehung. Die Impulskontrolle funktioniert sehr gut. Narzisstische Persönlichkeiten scheinen sozial sehr gut angepasst und funktionstüchtig. Daher sind sie durchaus befähigt, beruflich recht erfolgreich zu sein. Es ist narzisstischen Persönlichkeiten nur schwer bis nicht möglich, komplexere Gefühle anderer nachzuvollziehen, und auch ihre eigene Emotionslandschaft ist eine nur wenig differenzierte. „Echte Gefühle“ (S. 263), wie Trauer, Wut und Freude, können nicht empfunden werden, genauso wenig wie echte depressive Episoden. Letztere erscheinen anfänglich als solche, bei näherer Betrachtung sind es allerdings Empfindungen der „Rachegefühle, Wut und Empörung“ (S. 263) über die erfahrene Verletzung. Er schreibt hierzu Folgendes:

Die mitmenschlichen Beziehungen solcher Patienten haben im allgemeinen einen eindeutigen ausbeuterischen und zuweilen sogar parasitären Charakter; narzisstische Persönlichkeiten nehmen gewissermaßen für sich das Recht in Anspruch, über andere Menschen ohne jegliche Schuldgefühle zu verfügen, sie zu beherrschen und auszunutzen; hinter einer oft recht charmanten und gewinnenden Fassade spürt man oft etwas Kaltes, Unerbittliches“ (S. 262).

Kernberg (1978) spricht bei narzisstischen Persönlichkeiten vom Auftreten von Größenfantasien und Allmachtsfantasien sowie von Minderwertigkeitsgefühlen. „Sie verwenden „primitive Abwehrformen ... wie: z.B. Spaltung, Verleugnung, projektive Identifizierung, Allmachtsphantasien, primitive Idealisierung und Entwertung“ (S. 263). Häufig empfinden Menschen mit narzisstischer Persönlichkeit eine Leere in sich, die aus dem nur unzureichend entwickelten Ich entstanden ist. Abhängigkeit ist für Menschen mit einer narzisstischen Persönlichkeit nicht aushaltbar, da es ein abhängig sein von jemandem mit Rachegefühlen, Wut und Aggression bedeuten würde, wovon

sie bei jedem Menschen ausgehen. Außerdem werden innere und äußere Objekte von Menschen mit pathologischem Narzissmus immer wieder entwertet, um keine Gefühle des Neides erleben zu müssen. Dies führt allerdings dazu, dass Beziehungen ebenfalls ihrer Bedeutung beraubt werden müssen und dadurch das innere Leeregefühl genährt wird. Hierin liegt das Tragische an dem pathologischen Narzissmus. Diese Menschen würden so viel von ihrem Mitmenschen an Achtung, Wertschätzung und Anerkennung brauchen und können es – wenn sie es erhalten – nicht annehmen. Kernberg (2009) charakterisiert die narzisstische Persönlichkeitsstörung durch eine „pathologische Selbstliebe“ (S.74), eine „pathologische Objektliebe“ (S.75) und ein „pathologisches Über-Ich“ (S.75).

Die pathologische Selbstliebe zeichnet sich aus durch exzessive Selbstbezogenheit, Grandiosität, exhibitionistische Tendenzen, Empfinden von Überlegenheit, Rücksichtslosigkeit und fehlendes Engagement, Leistung zu erbringen. Die Grandiosität zeigt sich oft in kindlichem Verständnis, wie beispielsweise der Notwendigkeit von körperlicher Attraktivität, Reichtum oder Macht. Weiters besteht ein Übermaß an Abhängigkeit von Bewunderung von außen, ohne Dankbarkeit zu spüren oder zu zeigen.

Die pathologische Objektliebe zeigt sich in massivem bewussten oder unbewussten Neid und in der Entwertung anderer. Es besteht ein Mangel an Interesse an anderen Menschen, deren Leben, Gefühlen und Bedürfnissen. Gleichzeitig wird von anderen genommen, was an Anerkennung und Bewunderung bekommen werden kann, und die anderen werden abgewertet. Eine starke Gier entsteht und damit verbunden zumindest der Wunsch zu stehlen, was anderen gehört. Anderen zu vertrauen oder sich auf diese zu verlassen, erweist sich als unmöglich.

Das pathologische Über-Ich zeigt sich in kindlichen Werten, die zur Aufrechterhaltung von Selbstwert und Stolz dienen, wobei der Selbstwert durch Scham reguliert wird. Es besteht eine Unfähigkeit, depressive Episoden zu erleben. Es kommt zu einer gefühlten Schwere aufgrund des Ausbleibens von Anerkennung, Lob und Bewunderung oder einer eintreffenden Kritik.

Menschen mit einer narzisstischen Persönlichkeitsstörung empfinden - Kernberg (2009) zufolge - ein Gefühl der Leere, fühlen sich einsam und sind unfähig, von anderen zu lernen. Sie haben ein ausgeprägtes Verlangen nach Stimulation und empfinden das Leben als langweilig, wenn Bewunderung und Bestätigung ausbleiben.

Kohut (2018) definiert eine narzisstische Persönlichkeitsstörung folgendermaßen: Es ist eine Unfähigkeit, soziale Beziehungen zu pflegen, eine Arbeitshemmung und möglicherweise ein delinquentes Verhalten erkennbar. Im sexuellen Bereich können sich „perverse Phantasien und ein Mangel an sexuellem Interesse“ (S. 41) zeigen. Weiters zeigt sich ein Mangel an Humor, an Einfühlvermögen in andere und eine Neigung zu unkontrollierten Wutausbrüchen. Es besteht häufig eine „hypochondrische Einengung auf körperliche und seelische Gesundheit“ (S. 31). Weiters zeigen sich Störungen in der Selbstachtung und eine ausgeprägte Störung in den Idealen einer narzisstischen Persönlichkeit. Auch Kohut (2018) beschreibt – ähnlich wie Kernberg - eine Leere in Klient*innen mit einer narzisstischen Persönlichkeit. Sie leiden unter einer Freudlosigkeit und einem abgestumpften Gefühlsleben. Er beschreibt außerdem eine gesteigerte „narzisstische Kränkbarkeit“ (S. 35), die sich bei Zurückweisung oder bei Mangel an Interesse des Umfeldes zeigt. Kohut (2015) postuliert zwei Formen der Übertragung durch narzisstische Klient*innen. Einerseits die Idealisierung und andererseits die Spiegelung, die ihrerseits in die „Verschmelzungsübertragung“ (S.266), die „Alter-Ego-Übertragung“ (S. 266) und die „Spiegelübertragung im engeren Sinn“ aufgeteilt wird. Die Alter-Ego-Übertragung wird auch „Zwillingsübertragung“ (S. 266) genannt. Kernberg führt diese Kategorien zusammengefasst folgendermaßen aus: Die Verschmelzungsübertragung ist die archaischste Form und bezieht in der Erweiterung des Größen-Selbst die Analytiker*innen mit ein. Weniger archaisch ist die Alter-Ego-Übertragung, in der Klient*innen der Ansicht sind, die Therapeut*innen seien wie sie oder ihnen sehr ähnlich. In der reifsten Form der Übertragung dieser Klient*innen sind sich diese der Getrenntheit zwischen sich und Therapeut*innen bewusst und sehen diese nur soweit als wichtig an, soweit sie für die Zwecke des reaktivierten Größen-Selbst dienlich sind.

Kernberg (2015) zitiert Kohut, der sagt, dass es während der therapeutischen Arbeit wichtig ist, die „Entwicklung der narzisstischen Idealisierung seiner Person durch den Patienten zuzulassen...“ (S. 267). Dadurch können die Übertragungsprozesse auf die therapeutische Person geschehen und stufenweise durchlaufen werden. Mithilfe einer mittlerweile reifen Psyche und der Unterstützung der therapeutischen Fachperson kann der Prozess der „umwandelnden Internalisierung“ (Kernberg, 2015 S. 267) geschehen, und es können neue psychische Strukturen entstehen. Diese Strukturen führen zu einer neuen Regulierungsfähigkeit des Selbstwerts.

Die unvermeidlichen Momente des Versagens in der Empathie des Psychoanalytikers erzeugen traumatische Umstände in der Behandlungssituation, eine vorübergehende Fragmentierung des archaischen Größen-Selbst zusammen mit einer Aktivierung narzißtischer Wut, Erfahrungen diffuser Angst, Depersonalisierung, hypochondrischen Zügen oder sogar noch stärker pathologischer Regression in einer wahrhaften Wiederherstellung des Größen-Selbst in kalter, paranoider Grandiosität. (Kernberg, 2015, S. 268)

Narzisstische Persönlichkeitsstörung nach IDC-10 und DSM-V

Udo Rauchfleisch (2017) fasst folgende Kriterien für die Diagnose einer narzisstischen Persönlichkeitsstörung nach DSM-V (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5. Auflage) der American Psychiatric Association zusammen.

Ein tiefgreifendes Muster von Großartigkeit (in Fantasie oder Verhalten), Bedürfnis nach Bewunderung und Mangel an Empathie. Der Beginn liegt im frühen Erwachsenenalter, und das Muster zeigt sich in verschiedenen Situationen. Mindestens fünf der folgenden Kriterien müssen erfüllt sein:

1. Hat ein grandioses Gefühl der eigenen Wichtigkeit (übertreibt die eigenen Leistungen und Talente; erwartet, ohne entsprechende Leistung, als überlegen anerkannt zu werden).
2. Ist stark eingenommen von Fantasien 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.

(S. 15-16)

Der ICD-10 (International Classification of Diseases, Injuries and Causes of Death, 10. Auflage) beschreibt die Kriterien, die zur Diagnose einer narzisstischen Persönlichkeitsstörung (F 60.80) zwingend notwendig sind, folgendermaßen:

1. Deutliche Unausgeglichenheit in den Einstellungen und im Verhalten in mehreren Funktionsbereichen wie Affektivität, Antrieb, Impulskontrolle, Wahrnehmung und Denken sowie in den Beziehungen zu anderen.
2. Das auffällige Verhalten ist andauernd und gleichförmig und nicht auf Episoden psychischer Krankheit begrenzt.
3. Das auffällige Verhalten ist tiefgreifend und in vielen persönlichen und sozialen Situationen eindeutig unpassend.
4. Die Störungen beginnen immer in der Kindheit oder Jugend und manifestieren sich auf Dauer im Erwachsenenalter.
5. Die Störung führt zu deutlichem subjektiven Leiden, manchmal jedoch erst im späteren Verlauf.

6. Die Störung ist meistens, aber nicht stets, mit deutlichen Einschränkungen der beruflichen und sozialen Leistungsfähigkeit verbunden. (Dilling, Mombour & Schmidt, 2015, S. 276-277)

Zu diesen grundlegenden Kriterien einer Persönlichkeitsstörung müssen bei der Rechtfertigung einer narzisstischen Persönlichkeitsstörung zumindest fünf der neun folgenden angeführten Kriterien erfüllt sein: „Größengefühl; Phantasien über unbegrenzten Erfolg, Macht, Schönheit oder ideale Liebe; Gefühl der Einmaligkeit; Bedürfnis nach übermäßiger Bewunderung; unbegründete Anspruchshaltung; Ausnutzen von zwischenmenschlichen Beziehungen; Mangel an Empathie; Neidgefühle oder Überzeugung, beneidet zu werden; arrogantes, hochmütiges Verhalten“ (Dilling, Mombour & Schmidt, 2015, S. 283).

FORMEN DES NARZISSMUS

Jochen Peichl (2017) fasst die Forschungsdiskussion, ob es eine Zweiteilung der Subtypen des Narzissmus gibt folgendermaßen zusammen. Bereits 1938 unterschied Henry Murray an der Harvard University zwischen offenem und verdecktem Narzissmus. 1991 beschrieb der australische Psychologe Paul Wink erneut eine Zweiteilung des Narzissmus. Er beschreibt dies in seinem Buch „Die zwei Gesichter des Narzissmus“ (Peichl, 2017, S. 43). Peichl fand zahlreiche Studien und Publikationen zu dem Thema Narzissmus und schreibt, dass „...der empirische Nachweis der Unterschiede offen vs. verdeckt vor allem durch den Einsatz von mehreren unterschiedlichen Narzissmusfragebögen und durch Beobachtungen im klinischen Feld gelang“ (S. 43). Wardetzki (1991) entwickelte ein Modell, mithilfe dessen die Charakteristik der narzisstischen Spaltungsstruktur deutlich gemacht werden kann. Im Folgenden soll dieses Modell beispielhaft für viele Modelle, die diese Teilung in ein überhöhtes und ein minderwertiges Selbst formulieren, näher ausgeführt werden.

Minderwertigkeit versus Grandiosität

Wardetzki (1991) formuliert das „narzisstisches Spaltungsmodell“ (S. 151). Dieses Konzept zeigt eine Dichotomie, bestehend aus dem „Wahren Selbst“ (S.151) und dem „Falschen Selbst“ (S. 151) auf. Das Falsche Selbst wiederum besteht aus der Grandiosität und der Minderwertigkeit gemeinsam mit der Depression. Im Zustand der Grandiosität oder Minderwertigkeit fühlen sich narzisstische Klient*innen besonders gut und herausragend oder besonders klein und unbedeutend. Mit Depression ist nicht das klinische Bild einer depressiven Erkrankung im klinisch-diagnostischen Sinn gemeint, sondern das Gefühl einer Leere, Niedergeschlagenheit und einem Gefühl des sich unbedeutend Fühlens. Im Zustand der Minderwertigkeit fühlen sich narzisstische Menschen schwach und werten sich selbst massiv ab. Eine tiefe Verzweiflung und ein Gefühl der Leere werden für diese Klient*innen schmerzlich spürbar. Im Zustand der Grandiosität ist die Erinnerung an eine Phase der Niedergeschlagenheit nicht zugänglich. Umgekehrt ist auch in der Phase der Niedergeschlagenheit der Zugang zur Tatsache, dass es auch Momente der Grandiosität gibt und gab nicht zugänglich. Diese Tatsache und der Zustand der Kleinheit und Unbedeutendheit sind ein tiefer und furchtbarer Zustand, aus dem es scheinbar kein Herauskommen gibt. Dieser Zustand muss unbedingt vermieden werden. Diese Aufgabe wird in der Spaltung in das Grandiose und das Minderwertige Selbst erfüllt. Eine zweite Aufgabe dieser Struktur ist es, den sehr instabilen Selbstwert zu stabilisieren. Das wahre Selbst kommt in dieser Spaltung nur sehr reduziert zum Vorschein und ist von narzisstischen Klient*innen kaum bis nicht spürbar und lebbar. Es zu spüren und zu zeigen macht verletzlich und schutzlos. Das wahre Selbst gilt es zu schützen. Es ist nach Wardetzki (1991) durch folgende Elemente gekennzeichnet:

- echte Gefühle und Bedürfnisse,
- Bedürfnisse nach Geborgenheit, Vertrauen, usw.
- Ambitionen, Ideale, Fähigkeiten
- Identität, Integrität
- Archaische Bedürfnisse nach Sicherheit, Angenommensein, Bindung
- Störung des körperlichen Wohlbefindens und Wunde der Verlassenheit

- Vernichtungs- und Verlassenheitsangst bzw. -krise
- Symbiotische Verschmelzungswünsche
- Bedürfnis nach ständiger Spiegelung
- Kränkung und Wut
- Leere, Panik, Hohlheit, schwarzes Loch, Nichtigkeit, Schwäche, Zerfall (S. 155).

Weiblicher und Männlicher Narzissmus

Die Unterteilung in einen Weiblichen und einen Männlichen Narzissmus gleicht der Teilung in einen Minderwertigen und einen Grandiosen Narzissten, soll aber wegen seiner außergewöhnlichen Zuteilung zu den Geschlechtern hier angeführt werden. Vorneweg soll angeführt werden, dass sowohl Bonelli als auch Wardetzki betonen, dass es sowohl Männer gibt, die den Weiblichen Narzissmus vorweisen als auch umgekehrt Frauen, die den Männlichen Narzissmus ausgestalten. Es sollen also keine geschlechterspezifischen Stereotypen skizziert werden.

Bonelli (2016) fasst eine 2015 stattgefundene Metaanalyse von 355 Studien zum Thema Narzissmus der University of Buffalo (S. 23) zusammen, indem er schreibt, dass Narzissmus mehrheitlich bei Männern auftritt. Bonelli nennt weiters den Evolutionsbiologen Axel Meyer, der 2015 die „Studienlage der psychischen Geschlechterunterschiede“ (S.23) zusammenfasst. Diese Zusammenfassung beinhaltet beispielsweise, dass Frauen statistisch betrachtet ein besseres sprachliches Ausdrucksvermögen, mehr Empathie, bessere Gefühlserkennung und höhere soziale Sensibilität haben. Dem gegenüber steht, dass Männer beispielsweise eine ausgeprägtere Aggressivität und mehr Durchsetzungskraft zeigen sowie aktiver und kompetitiver sind. Aus diesen geschlechterspezifischen Unterschieden zeigt sich bei Männern „schon ein starker Nährboden für den Narzissmus“ (S.24) Bonellis Ansicht nach.

Weiblicher Narzissmus zeigt sich genauso wie der Männliche Narzissmus im „oberflächlichen Kontakt selbstbewußt, lässig, cool, überlegen und unabhängig“ (Wardetzki, 1991, S. 47). Eine große Eigenheit ist allerdings, dass Frauen gelernt haben, „sich schnell auf die Erwartungen und Wünsche des Gegenübers einzustellen

und eine freundliche und offene Zugewandtheit zu demonstrieren“ (S. 47). Durch Anpassung hoffen Sie auf Anerkennung und Zugehörigkeit. Diese Anpassung kann sogar bis zur Selbstaufgabe gehen. Oft neigen Menschen mit Weiblichem Narzissmus zu symbiotischer Beziehungsgestaltung und Überanpassung und suchen in einer Beziehung Sicherheit. Tatsächlich kann sowohl im Männlichen als auch im Weiblichen Narzissmus keine echte Anpassung erfolgen. Dieses Erscheinungsbild wird „verdeckter oder hypervigilanter“ (Wardetzki, 1991, S. 47 - 48) Narzissmus bezeichnet. Er tritt durch eine größere Sensibilität, eine leichte Verletzbarkeit und mangelndes Selbstwertgefühl zutage. Diese Menschen sind scheu und vermeiden es, Aufmerksamkeit auf sich zu ziehen.

Wie eingangs erwähnt betont Wardetzki, dass sowohl Männer den Weiblichen Narzissmus als auch Frauen den eher Männlichen Narzissmus leben können. Der männliche Narzisst lebt hingegen die Distanz zu anderen deutlich aus.

Wardetzki (1991) formuliert die unterschiedliche Ausgestaltung des Weiblichen und Männlichen Narzissmus folgendermaßen. Weiblicher Narzissmus zeigt sich durch stärker erkennbare Minderwertigkeit, Depression und Hilflosigkeit, männlicher Narzissmus imponiert eher durch die Grandiosität und versucht durch diese, Schwächen zu kompensieren. Die männliche Form kämpft eher um Autonomie und Anerkennung. Die weibliche Form bemüht sich durch Anpassung um Anerkennung. Männlicher Narzissmus zeigt sich unempathisch, distanziert, verletzend und abwertend. Die weibliche Form zeigt sich im Gegenteil empathisch, mitfühlend und in der Hinwendung zu anderen aufgehend. Die männliche Form des Narzissmus sucht in der Partnerwahl eher Bewunderung, die weibliche Form sucht im Partner das idealisierte Selbst. Die männliche Form des Narzissmus zeigt Aggression offen durch Auflehnung und Abwertung. Die weibliche Form des Narzissmus lebt Aggressionen eher passiv in Form von Verweigerung, Trotz und innerer Abwertung aus. Die weibliche Form des Narzissmus findet sich in der heutigen Zeit Wardetzki (1991) zufolge bei der modernen Karrierefrau. „Sie sind gehetzt von dem Anspruch, immer besser werden und immer mehr Macht und berufliche Positionen erwerben zu müssen“ (S. 53). Sie bemühen sich um immer höhere Positionen, werten andere ab und sind wenig kritikfähig.

URSACHEN FÜR DIE ENTSTEHUNG NARZISSTISCHER STRUKTUREN

Raphael M. Bonelli (2016) fasst die Sicht der Narzissmusforschung bezüglich der Ursachenforschung zusammen, indem er sagt, dass diese sich einig seien, dass Narzissmus keine genetische Komponente habe.

Kernberg (1978) ist der Ansicht, dass es „unerträgliche reale Gegebenheiten im zwischenmenschlichen Beziehungsfeld“ gibt, aufgrund derer es zu einer „Verschmelzung des Idealselbst, des Idealobjekts und der Realselbstrepräsentanzen“ (S. 266) kommt, die Ichstruktur allerdings bereits gefestigt ist. Gleichzeitig zu diesem Verschmelzen kommt es auch zu einer „Zerstörung innerer Objektimages und äußerer Objekte“ (S. 266). Kernberg fasst dies in einem Beispiel zusammen: Ein narzisstischer Mensch sagt sich demnach,

...ich brauche ja gar nicht zu fürchten, abgelehnt zu werden, weil ich meinem Idealbild nicht so entspreche, wie ich es müsste, um von der Idealperson, an deren Liebe mir liegt, überhaupt geliebt werden zu können. Nein, diese ideale Person und mein eigenes Ideal und mein wirkliches Selbst sind ein und dasselbe; ich bin selbst mein Ideal, und damit bin ich viel besser als diese Idealperson, die mich hätte lieben sollen, und brauche niemanden. (Kernberg, 1978, S. 266)

Selbstanteile, die nicht wünschenswert scheinen, werden verdrängt oder projiziert. Idealobjektimages und Idealselbst sind in diesem Fall verinnerlichte Wünsche und Anforderungen der Bezugspersonen sowie Lob und Anerkennung dieser. Es werden primitive und aggressive Überichanteile übernommen, die bedrohlich bleiben, weil eine Integration mit lieblicheren Überichanteilen nicht erfolgen konnte. Aufgrund dieser aggressiven Gestaltung des Überichs sind auch die Projektionen aggressiven Inhalts, was seinerseits zu Angst vor Angriffen oder heftigen Sanktionen von außen führt. Tief in sich hegen narzisstische Menschen eine große Wut über die ihnen zugefügten Frustrationen und Entbehrungen. Diese Wut und Rachsucht werden ebenfalls in den anderen vermutet und gefürchtet. „Eine solche Sicht ihrer eigenen Person und anderer Menschen wird natürlich auch in der Übertragungsbeziehung zum Therapeuten sehr bedeutsam“ (S. 267). Kernberg (1978) sieht demnach als ursächlich für das Entstehen

narzisstischer Tendenzen ein kaltherziges Elternhaus mit einem „starken Maß an verdeckter Aggression“ (S. 270). Auch sieht Kernberg eine Häufung an Bezugspersonen, die – zur eigenen narzisstischen Aufwertung – aus den Kindern etwas Besonderes machen wollen.

Als Ursache für die Entstehung eines nicht-gesunden Narzissmus sieht Kohut (2018), dass der Zustand des primären Narzissmus gestört wird. Gestört wird dieser Zustand durch die „unvermeidlichen Begrenzungen der mütterlichen Fürsorge“ (S. 43). Aus dieser Verletzung heraus baut sich das Kind ein grandioses Bild des Selbst auf (das Größen-Selbst) und weist das Gefühl dieser Vollkommenheit im Zustand des primären Narzissmus einem „bewunderten, allmächtigen (Übergangs-) Selbst-Objekt ... dem *idealisierten Elternimago*“ (S. 43) zu. Die Liebe und Fürsorge der primären Bezugsperson führt zu einer Festigung des Größen-Selbst, aus dem heraus sich im Idealfall reifere Formen des Selbstvertrauens und Selbstwertgefühls entwickeln. Diese Entwicklung braucht elterliche Spiegelungen, die in ihrem Erscheinen immer weniger archaisch werden. Die optimale Entwicklung und Beziehung zu einer primären Bezugsperson ermöglicht also eine Idealisierung des Selbst-Objekts, diese entwickelt sich in der „umwandelnde[n] Internalisierung“ (Kohut, zitiert nach Kernberg, 2015, S. 267) des idealisierten Selbst-Objekts in eine intrapsychische Struktur. Aus dieser Struktur entwickelt sich im Folgenden das Ich-Ideal, welches dem Über-Ich seine idealisierenden Qualitäten gibt. Aus dieser idealisierenden Qualität heraus entsteht die Regulierungsfähigkeit des Selbstwertgefühls – so Kohuts Theorie (zitiert nach Kernberg, 2015). In der psychopathologischen Entwicklung besteht ursächlich – wie bereits angeführt – ein „traumatisches Versagen der empathischen mütterlichen Funktion... [und ein] Versagen der ungestörten Entwicklung von Idealisierungsprozessen“ (S. 267).

Wardetzki (1991) sieht in Verlassenheitserlebnissen aus der Kindheit die Ursache für die Entstehung von narzisstischen Verletzungen. Diese Verlassenheitserlebnisse äußern sich in narzisstischer Ausbeutung, seelischem Missbrauch, Ablehnung, Überbehütetsein oder Nichtbeachtung der „narzisstischen Bedürfnisse“ (S. 251) nach Bindung, Nähe, Anerkennung, Geborgenheit und Sicherheit. Sie schreibt weiter, „vor allem ein verwöhnender Erziehungsstil sei dafür verantwortlich, dass immer mehr Menschen eine narzisstische Störung ausbilden“ (Wardetzki, 2018, S. 30). Der

momentan vorherrschende Zeitgeist, mit den Selbstdarstellungen in den Medien sowie dem nahezu unbeschränkten Zugriff auf Kreditkarten und damit auf Geld, spielt Wardetzki (2018) Ansicht nach ebenso eine Rolle beim immer häufiger anzutreffenden Narzissmus.

Bummelman (zitiert nach Bonelli, 2016) formuliert die schädliche Wirkung von zu viel sowie das Kind zu verherrlichendem Lob. Bonelli fasst Bummelman zusammen, der meint, dass unsichere Kinder dadurch noch unsicherer. Sie würden durch dieses übersteigerte Lob Sorge haben, den Ansprüchen der Eltern nicht genügen zu können. Bereits sehr selbstsichere Kinder werden „in ihrer problematischen, realitätsfremden Grandiosität bestärkt“ (S. 85). Bonelli nennt eine niederländische Studie, die nachweisen konnte, dass ein Überbewerten der Kinder durch deren Eltern und die Entstehung eines kindlichen Narzissmus zusammenhängen. Diese Studienergebnisse bestätigen die ursprüngliche Annahme Freuds, der eine Überbehütung der Eltern als Narzissmus förderlich sah.

Young, Klosko und Wieshaar (2005, zitiert nach Peichl, 2015b) haben folgende Situationen zusammengefasst, die ursächlich für das Entstehen einer narzisstischen Verletzung sind:

- Einsamkeit und Isolation: KlientInnen mit narzisstischen Verletzungen mussten einen „starken emotionalen Mangel durch die Beziehungsperson“ (S. 95) erleiden.
- Unzureichende Grenzen: KlientInnen die später narzisstisches Verhalten zeigen, wurden materiell verwöhnt und „durften was sie wollten, es wurden keine Grenzen gesetzt“ (S. 95).
- Benutzt werden und Manipulation: Diese Kinder mussten Wünsche, Bedingungen und Anforderungen der Bezugspersonen erfüllen und bekamen nur dann Aufmerksamkeit, wenn sie den Vorstellungen der Eltern gerecht wurden und beispielsweise lieb und nett waren.
- Hohe Erwartungen: diese Kinder bekamen nur dann Bestätigung, Anerkennung und Lob, wenn sie hohen Anforderungen der Bezugspersonen gerecht wurden. Dies führte dazu, dass diese Kinder schnell gelernt haben, nach „Vollkommenheit“ (S. 97) zu streben. Ein stabiler Selbstwert kann sich

nicht entwickeln, und ein andauerndes Streben nach Lob und Anerkennung durch andere setzt ein.

EMPIRIE

QUALITATIVE UNTERSUCHUNG

Die vorliegende Arbeit ist eine qualitative Untersuchung der im folgenden angeführten Forschungsfragen. Es werden insgesamt acht Psychotherapeut*innen anhand eines Interviewleitfadens befragt. Beabsichtigt wird, das breite Spektrum an fachlicher Kompetenz der Interviewpartner*innen zu erfassen. Zu diesem Zweck eignet sich eine qualitative Herangehensweise sehr gut, in der die interviewten Personen eingeladen sind möglichst frei zu sprechen.

DAS UNTERSUCHUNGSDESIGN

Die Forschungsfrage

In der psychotherapeutischen Arbeit mit Menschen mit narzisstischen Tendenzen zeigt sich immer wieder, dass manche „übliche“ Herangehensweisen und Interventionen nicht zum gewünschten Effekt führten. Es scheint dies der Einstieg in eine Dynamik zu sein, die geprägt ist von Übertragung und Gegenübertragung, Angriffen, Abwertungen oder Machtkämpfen. Die Frage nach dem „Warum ist das so?“ war Ursprung dieser Arbeit.

Daraus haben sich folgende Forschungsfragen entwickelt:

1. Gibt es charakteristische Schwierigkeit beziehungsweise besondere Herausforderungen in der therapeutischen Arbeit mit Klient*innen mit narzisstischen Tendenzen aus Sicht langjährig tätiger Integrativer Gestalttherapeut*innen?
2. Welche Schwierigkeiten beziehungsweise besonderen Herausforderungen werden von langjährig tätigen Integrativen Gestalttherapeut*innen in der Arbeit mit Klient*innen mit narzisstischen Tendenzen berichtet?
3. Welche Wirkfaktoren werden in der therapeutischen Arbeit mit Klient*innen mit narzisstischen Tendenzen von langjährig erfahrenen Integrativen Gestalttherapeut*innen erkannt und berichtet?

Der Weg der Recherche zu den Forschungsfragen führte in den Bereich der narzisstischen Verletzungen. Nach und nach war zu erkennen, dass es sich oft um Klient*innen handelt, die narzisstische Verletzungen aufweisen. Schlussendlich entwickelte sich die Frage, was denn langjährig tätige Fachkolleg*innen über deren Erfahrungen zu berichten wissen, welche Herausforderungen sie in der Arbeit mit Klient*innen mit narzisstischen Tendenzen erkennen konnten, ob sie überhaupt spezielle Herausforderungen entdecken konnten und welche Interventionen sich als hilfreich erwiesen haben.

Inhaltlich-strukturierende Analyse nach Philipp Mayring

Die Analyse erfolgte nach dem Grundprinzip der inhaltlich-strukturierenden Analyse nach Mayring (2010). Ziel dieser Analysemethode ist, eine möglichst genaue Abbildung der Realität aus Sicht der interviewten Personen zu bekommen. Schreier (2014) beschreibt dies folgendermaßen:

Kern der inhaltlich-strukturierenden Vorgehensweise ist es, am Material ausgewählte inhaltliche Aspekte zu identifizieren, zu konzeptualisieren und das Material in Hinblick auf solche Aspekte systematisch zu beschreiben. Der Ablauf der inhaltlich-strukturierenden Inhaltsanalyse umfasst im Kern die folgenden Schritte, die zum Teil mehrfach zu durchlaufen sind:

- Sich-Vertraut-Machen mit dem Material
- Ableitung von Oberkategorien aus der Fragestellung / dem Interviewleitfaden
- Bestimmung von Fundstellen / Kodiereinheiten
- Entwicklung von Unterkategorien und Kategoriedefinitionen
- Erprobung des Categoriesystems
- Modifikation des Categoriesystems
- Kodierung des gesamten Materials mit dem überarbeiteten Categoriesystem
- Ergebnisdarstellung, Interpretation, Beantwortung der Forschungsfrage.

(Schreier, 2014, S. 5-6)

DIE DATENERHEBUNG

Das Interviewverfahren

Ein wesentliches Anliegen der problemzentrierten Interviewführung nach Andreas Witzel (1985) ist es, wenig Struktur vorzugeben und so die Möglichkeit einer freien Erzählung zu gewährleisten, um aus dem breiten Wissensfundus der langjährig tätigen Fachkolleg*innen schöpfen zu können und das vielschichtige Thema in seiner Breite und Tiefe zugänglich zu machen. Witzel (1985) schreibt dazu Folgendes: „Vielmehr wird, ausgehend von einem relativ offenen theoretischen Konzept, verbunden mit der Fragestellung der Untersuchung, der Forschungsprozess auf die Problemsicht der Subjekte zentriert: Es gilt, die Daten sprechen zu lassen, sie möglichst unvoreingenommen ... zu analysieren“ (S. 228). Um wesentliche Aspekte der Fragestellung bei dieser freien Erzählung nicht zu verlieren, dient ein Interviewleitfaden als Stütze im Interview. Witzel beschreibt dies wie folgt:

Der Leitfaden hat nicht die Aufgabe, ein Skelett für einen strukturierten Fragebogen abzugeben, sondern soll das Hintergrundwissen des Forschers thematisch organisieren, um zu einer kontrollierten und vergleichbaren Herangehensweise an den Forschungsgegenstand zu kommen. Der Leitfaden ist Orientierungsrahmen bzw. Gedächtnisstütze für den Interviewer und dient der Unterstützung und Ausdifferenzierung von Erzählsequenzen des Interviewten. (S. 236)

Der Interviewleitfaden ist im Anhang zu finden.

In weiterer Folge wurde eine inhaltlich-strukturierende Analyse der Interviewinhalte nach Philipp Mayring (2010) vorgenommen, wie das Kapitel Analyse ausführt.

Die Interviewpartner*innen

Befragt wurden insgesamt acht langjährig tätige Fachkolleg*innen der Integrativen Gestalttherapie. Die Interviewpartner*innen setzen sich aus sechs weiblichen Kolleg*innen und zwei männlichen Kollegen zusammen. Alle haben zumindest eine ihrer Praxen in Wien. Sie sind in freier Praxis tätig und haben als Psychotherapeut*innen zwischen 1992-2009 zu arbeiten begonnen. Die Hälfte der interviewten Kolleg*innen ist seit 1992-1999 in freier Praxis tätig, die zweite Hälfte hat ihre Graduierung und damit den Beginn ihrer psychotherapeutischen Arbeit in freier Praxis zwischen 2003-2009 absolviert. Manche Kolleg*innen haben vor dem Psychotherapiestudium andere Studienrichtungen erfolgreich abgeschlossen und vor sowie nach ihrer Graduierung zur PsychotherapeutIn diverse Weiterbildungen und Fortbildungen in den Bereichen: Traumatherapie (Traumatherapie nach Luise Reddemann, EMDR [Eye Movement Desensitization and Reprocessing] nach Francine Shapiro, Ego-State-Therapie nach Jochen Peichl, EFT [Emotional Freedom Techniques] nach Gary Craig, Brainspotting, Klopftechnik PEP [Prozess- und Embodimentfokussierte Psychologie] nach Michael Bohne), Kinder und Jugendpsychotherapie, Sexual- und/oder Paartherapie (u.a. IMAGO-Paartherapie), Körpertherapie, Gruppenpsychotherapie und Hypnotherapie absolviert. Weiters haben die Fachkolleg*innen in diversen Instituten gearbeitet und Abteilungen mitunter geleitet (u.a. Frauenhaus, Verein zur psychosozialen Begleitung, Akutpsychiatrie, Institut für Suchterkrankungen).

Die Auswahl der Interviewpartner*innen. Die Auswahl der Interviewkolleg*innen fand nach dem sogenannten Schneeballsystem statt, sofern die Kriterien der langjährigen psychotherapeutischen Tätigkeit und des Standortes Wien gegeben waren. Die interviewten Fachkolleg*innen wurden empfohlen und via E-Mail um ein Interview zum Zweck einer Master-Thesisarbeit gebeten. Nach erfolgten Zusagen wurden die Kolleg*innen zum Interview getroffen und wiederum um etwaige Empfehlungen gebeten. Die zwischen 1-1,5 Stunden dauernden Interviews fanden ausschließlich in den Praxen der Kolleg*innen statt und wurden mit einem Diktafon aufgezeichnet. Zu Beginn wurde eine Einverständniserklärung vorgelegt, um die Transkripte aufnehmen und speichern zu dürfen.

DIE DATENAUSWERTUNG

Die Transkription

Bei der Erstellung der Transkripte wurden folgende Transkriptionsregeln befolgt:

- Dialekte wurden übernommen. So zum Beispiel war ein gesprochenes „is“ auch ein transkribiertes „is“.
- Individuelle Eigentümlichkeiten in der Satzstellung oder Wortwahl wurden transkribiert, zum Beispiel am Satzende häufig ein „nicht“.
- Redepausen wurden nicht transkribiert auch nicht Mhhs und Ähhs.
- Weitere paraverbale Inhalte wie Lachen, Räuspern ... wurden ebenfalls nicht transkribiert.
- Die Zitate aus den Transkripten werden wie folgt kodiert: I steht für „Interview“, danach folgen die Initialen der Interviewpartner*innen und die Absatzzahl aus dem jeweiligen Transkript.

Schlussendlich ergibt sich eine Datenmenge von 98 Seiten, die einzelnen Transkripte umfassen zwischen 11 und 16 geschriebene Seiten.

Die Analyse

Analyseprogramm f4-Analyse. Die Analyse der Transkripte erfolgte mithilfe der PC-Analysesoftware f4-Analyse. Mit diesem Programm ist es möglich, die Transkripte vorher selbst definierten Kategorien zuzuordnen. Es ist im Rahmen des Programms möglich, Textteile in zwei oder mehrere Kategorien gleichzeitig zuzuteilen. Mehrfachzuweisungen wurden in der vorliegenden Arbeit vorgenommen. Die Kategorien lassen sich mithilfe sogenannter „Memos“ eigener Gedanken genauer definieren. Eigene Gedanken zur Entstehung der Kategorien können benannt werden. Auch ist es möglich, zugeordnete Textteile in den Originaltranskripten aufgrund der automatischen Nummerierung der Absätze durch das genannte PC-Programm wiederzufinden. Die im Analyseprogramm angegebenen Quellenverweise entstehen durch die Benennung der einzelnen Transkripte und den jeweiligen Absätzen. Sie wurden in der vorliegenden Arbeit übernommen. So beschreibt die Quellenangabe „IGD, Absatz 32“ zum Beispiel, dass es sich um das Interview (I) von Person GD

(Initialen der Interviewpartner*innen) handelt und das entsprechende Zitat sich in Absatz 32 befindet.

Inhaltsanalyse nach Philipp Mayring. Angelehnt an die soeben beschriebene Herangehensweise wurde aus der anfänglichen Literaturrecherchen ein erstes deduktives Categoriesystem entwickelt, welches als erste Vorlage beim Erstellen der Kategorien diente. Weiters erfolgte eine induktive Inhaltsanalyse, in der aus etwa zehn Prozent des ursprünglichen Datenmaterials eine weitere Kategorisierung entwickelt wurde. In einem „deduktiv-induktiven Wechselspiel“ (Gahleitner, Schmitt & Gehrlich, 2014, S. 80) wurden die Kategorien weiter ausdifferenziert, angepasst und eventuell ergänzt.

Aus diesem Forschungsprozess ergaben sich insgesamt sieben Oberkategorien. Drei Kategorien haben keine weiteren Unterteilungen. Vier dieser Kategorien haben jeweils bis zu 12 Unterkategorien, eine Unterkategorie hat wiederum eine weitere Unterkategorie. Die Kategorien werden in den folgenden Kapiteln eingehend dargestellt. Hier soll es lediglich eine erste Auflistung der entstandenen Kategorien geben:

Kategorie 1. Ursprünglicher Therapieauftrag der Klient*innen

Kategorie 2. Herausforderungen und Schwierigkeiten der Klient*innen in der Therapie

Kategorie 2. 1. Langer Atem der Therapeut*innen

Kategorie 2. 2. Angst der Klient*innen, enttarnt zu werden

Kategorie 2. 3. Machtkämpfe

Kategorie 2. 4. Anerkennung

Kategorie 2. 5. Beziehungsfähigkeit der Klient*innen

Kategorie 2. 6. Hohe / überhöhte Ansprüche der Klient*innen an die Therapeut*innen und / oder an sich selbst

Kategorie 2. 7. Therapieabbrüche durch Klient*innen

Kategorie 2. 8. Topdog-Underdog

Kategorie 2. 9. Fass ohne Boden

Kategorie 2. 10. Abwertung durch die Klient*innen

Kategorie 2. 11. Übertragungsgefühle

Kategorie 2. 12. Kränkbarkeit der Klient*innen

Kategorie 3. Psychische Entwicklung der Klient*innen

Kategorie 3. 1. Selbstwertentwicklung der Klient*innen

Kategorie 3. 2. Autonomieentwicklung der Klient*innen

Kategorie 3. 3. Entwicklung der Beziehungsfähigkeit der Klient*innen

Kategorie 3. 4. Sich selbst wohlwollend begegnen

Kategorie 3. 5. Selbstwahrnehmungsentwicklung der Klient*innen

Kategorie 3. 6. Bei guter Beziehung ist vieles möglich

Kategorie 4. Therapeutische Beziehung

Kategorie 4. 1. Hilfreiche Haltung der Therapeut*innen

Kategorie 4. 2. Beziehung der Klient*innen zu sich und anderen

Kategorie 4. 3. Wie kommt es zu einer guten Klient*innen - Therapeut*innen -Beziehung

Kategorie 5. Charakteristik der narzisstischen Tendenz

Selbstwertproblematik der Klient*innen

Kategorie 6. Interventionen

Kategorie 7. Biographischer Hintergrund der Klient*innen

DIE ERGEBNISDARSTELLUNG

Im Folgenden sollen nun die Ergebnisse aus den Interviews der Psychotherapeut*innen anhand der sieben vorgestellten Kategorien und deren Unterkategorien dargestellt werden.

Analyse der Ergebnisse anhand folgender Auswertungskategorien

Kategorie 1. Ursprünglicher Therapieauftrag der Klient*innen. Befragt, was denn der ursprüngliche Therapieauftrag von Klient*innen mit vermehrt narzisstischen Tendenzen sei, wird von den Therapeut*innen mehrheitlich berichtet, dass es sich um Beziehungsthemen handle. So wird zum Beispiel berichtet:

Also beispielsweise so ein wiederholtes Scheitern an einem Thema, dass Beziehungen immer wieder nach einer bestimmten Zeit plötzlich abbrechen oder uninteressant werden. Oder innerhalb einer Beziehung immer wieder so

unangenehme Situationen entstehen, dass einer klein begeben muss oder, dass grad die Person, die zu mir kommt, klein begeben muss. Oder, oder, auch die andere Gschicht: Ich bin immer stark und komm beim anderen nicht an – der rennt davon. (IGD, Absatz 69)

Kategorie 2. Herausforderungen / Schwierigkeiten der Klient*innen. Diese Kategorie stellt einen der beiden Hauptfoki dieser Forschungsarbeit dar. Welche Schwierigkeiten sind typisch bei der therapeutischen Arbeit mit Menschen mit narzisstischen Tendenzen? Gibt es überhaupt typische Schwierigkeiten und Herausforderungen bei der Arbeit mit diesen Klient*innen? Die Antworten der Interviewpartner*innen finden sich in den folgenden Kategorien.

Kategorie 2. 1. Langer Atem der Therapeut*innen. Es wird von den Interviewpartner*innen berichtet, dass es oft viel Geduld von ihrer Seite brauche, um Veränderung bzw. Entwicklung im therapeutischen Prozess erkennen zu können. Folgend Interviewpassage verdeutlicht den wesentlichen Faktor Geduld:

„Also, wenn du mir diese Frage stellst, weht mich ein Hauch von etwas Traurigem an. Diese Löcher kann man nicht machen, man kann nur dranbleiben und irgendwann is des Loch dann da. Und dass man auch zäh sein kann und manchmal auch über Jahre ... wo vielleicht schon Lücken in der Mauer sind, die ich vielleicht noch gar nicht seh´... weil sonst würd´ der ja ned ein zweites, drittes, zehntes, dreißigstes Mal kommen.... Aber es dauert sehr lange, bis etwas entsteht, was neu ist ...“ .(IGD, Absatz 42)

Es zeigt sich, dass es oft Geduld, Hoffnung und Zuversicht braucht, speziell dann, wenn sich lange keine Entwicklung zeigt. Die Verwendung „Loch“ oder „Löcher“ bezieht sich auf ein Gedankenbild, das in diesem Interview entstanden ist. Dieses Bild beschreibt, dass Menschen mit narzisstischen Tendenzen im Kontakt mit anderen eine Mauer um sich aufgebaut haben. Folgendes wird vom Interviewpartner beschrieben:

Es gibt so ein narzisstisches Feld oder eine narzisstische Situation, und darunter versteh´ ich das oft so wie eine Mauer, ich kann nicht zu dem hin, ich seh´ der ist da drüben alleine und vereinsamt, und ich bin auch da...und alleine...und es ist schwer...ähnliches tritt bei depressiven Menschen auch auf, aber da ist das ganz was anderes, da erleb´ ich das nicht so wie eine Mauer sondern eher etwas Uferloses. Und wo es irgendwie darum geht, über diese

Mauer, hinweg eine gemeinsame Sprache zu entwickeln. Und dann kann es sein, dass die Mauer Lücken kriegt, ...dann kann sein, dass irgendetwas Anderes auftaucht, was Herzliches, oder auch etwas Befreiendes. (IGD, Absatz 20)

Kategorie 2. 2. Angst der Klient*innen enttarnt zu werden. Eine weitere Herausforderung in der Psychotherapie mit Klient*innen mit narzisstischen Tendenzen ist aus Sicht der Therapeut*innen die Angst der Klient*innen, in der Interaktion mit den Therapeut*innen entlarvt zu werden. Diese Angst, beschämt zu werden, steht vermutlich in engem Zusammenhang mit der eigenen Bewertung der Klient*innen bezüglich ihrer vermeintlichen Schwächen. Folgendes Interviewzitat soll dies verdeutlichen:

Diese Angst auch davor, dass erkannt wird, dass sie falsch sind, ist auch oft so etwas. Also, das ist auch das Anstrengende oft in diesem Muster. Dieses einem Bild entsprechen müssen, wo sie selber innerlich spüren, ich schwächele. Es ist zu anstrengend auf Dauer. Und diese Angst, entdeckt zu werden... Schwierigkeiten kann es insofern machen, weil es mit Scham besetzt ist, dass sie es nicht zum Thema machen. (IBS, Absatz 188 - 190)

Kategorie 2. 3. Machtkämpfe. Machtkämpfe als Herausforderung in der therapeutischen Arbeit mit Menschen mit narzisstischen Tendenzen musste von der Interviewerin explizit erfragt werden. Es zeigt sich im weiteren Verlauf der Interviews eine Bestätigung, dass es Herausforderungen zu Machtkämpfen häufig gäbe. Eine Hypothese der Interviewerin zu diesem Phänomen wird im Kapitel Diskussion beschrieben.

Es scheint förderlich, dass es eine gute Klient*innen -Therapeut*innen -Beziehung gibt, um als PsychotherapeutIn solchen Herausforderungen leichter standhalten zu können. Es ist wesentlich, diese als TherapeutIn gut auszuhalten und nicht in ein Kräftemessen zu gehen. Besonders schwierig ist dies, wenn man als PsychotherapeutIn selbst angegriffen wird. So schwierig es auch sein mag, ist dies wichtig, um Klient*innen einen guten Rahmen für deren Entwicklung zu bieten. Als wesentlich wird weiters genannt, sich selbst gut stabil zu halten und sich nicht in eine Konfrontation einzulassen, aber seine therapeutische Ansicht zu halten:

Also, wenn es passiert, dass es in den Machtkampf kommt, finde ich, dass es wichtig ist, dass man sehr sich quasi verankert im Boden und die eigene Position als Therapeutin und als eine, die sich irgendwie auskennt, versucht zu halten. Also, ich glaube, dass es schon wichtig ist, wenn es in den Machtkampf kommt, die eigene Position sehr stark zu vertreten und dort nicht einzuknicken und gleichzeitig nicht, wie soll ich sagen, in einen Machtkampf einzutreten, wo es nur darum geht, wer ist jetzt der Stärkere. So. Aber man muss schon irgendwie in gewisser Weise stehen bleiben und sehr klar bestimmte Problematiken versuchen zumindest anzusprechen. (IID, Absatz 88)

Kategorie 2. 4. Anerkennung.

Das ist das, was mir dann, glaub´ ich, das Arbeiten schwer macht...wo sich dann eine Situation entwickelt, in der ich sehr vorsichtig werde. Manchmal, wenn ich nicht vorsichtig genug bin, so etwas wie eine Entrüstung verursache... Und wo es offensichtlich auch immer wieder wichtig ist, diese Person oder zumindest, wenn wir in so ein narzisstisch geprägtes Fahrwasser kommen, die Personen auch in ihren Leistungen aber auch als Person anerkennen. Ich hab´ das schon mehrfach erlebt, dass das eigentlich auch zu Irritationen führt und im Gegenüber etwas eng wird...Und wo dann oft im Reflektieren zutage tritt, „ok, das wünscht sie sich so“ und gleichzeitig eine Abwehr, so als wäre da etwas zu viel zu nahe oder auch übergriffig oder Übergriffsgefahr. (IGD, Absatz 8 - 10)

Es wird in diesem Zitat deutlich, wie schwierig das Thema Anerkennung für diese Klient*innen aus Sicht der Therapeut*innen ist: einerseits wird es gewünscht und andererseits schlecht ausgehalten. Es erinnert an frühere Situationen, in denen es Klient*innen nicht vergönnt war, um ihrer selbst willen Anerkennung zu bekommen. Klient*innen reagieren daher häufig mit Misstrauen und Zurückweisung.

Kategorie 2. 5. Beziehungsfähigkeit der Klient*innen. Das Beziehungsverhalten an sich und die mangelnde Fähigkeit zu Beziehung der Klient*innen, die narzisstische Verletzungen haben, zeigen sich in den Interviews immer wieder als grundlegende Schwierigkeit im therapeutischen Arbeiten aus der Sicht der Therapeut*innen. Die Sehnsucht der Klient*innen nach Vertrautheit und Nähe und gleichzeitig Vertrautheit und Nähe nicht zulassen können, ist eine dieser im Interview genannten Schwierigkeiten, wie in folgendem Zitat zu sehen ist:

Und da ist so ein Hunger nach Anerkennung. Der auf gewissen Ebenen nicht stillbar ist...und dieses Aneinanderknallen nach Vertrautheit, Kontakt und Nähe und gleichzeitig die totale Abwehr – so, „wenn ich das zulasse, bin ich total ausgeliefert!“ von Sehnsucht nach Vertrautheit und mehr. Wo irgendwie – wo Bindung, Sicherheit oder so etwas total infrage steht. Eine totale Bedrohung. Und das finde ich so schwierig...so den schwierigen Part – wo es auf einer bestimmten Ebene gut geht, auf einer gewissen sachlichen Ebene gut geht. Aber dort, wo es um die feine Beziehungsqualität zwischen Ich und Du geht, wird's sehr fragil. (IGD, Absatz 58)

Auch hier wird deutlich, wie schwierig es für Klient*innen mit deutlicheren narzisstischen Tendenzen ist, in eine therapeutische Beziehung einzutreten. In der Integrativen Gestalttherapie ist die therapeutische Beziehung ein grundlegendes Element der Therapie, und es zeigt sich, dass genau dieses Element auch das eigentlich Hilfreiche für Klient*innen mit narzisstischen Tendenzen ist.

Klient*innen mit narzisstischen Tendenzen haben oft schwierige Erfahrungen im Bereich der engen und nahen Beziehungen gemacht, wie folgendes Zitat ausdrückt:

*Die [sehr selbstunsicheren, narzisstisch verletzten Klient*innen] haben manchmal dann eher die Tendenz, zu abhängig zu sein von mir als Therapeutin. Das denke ich mir, ist eher dort der größere Faktor, der schwierig wird. Bei beiden Themen (eigene Anmerkung: sowohl bei den grandiosen Narzissten wie bei den selbstunsicheren narzisstisch verletzten Menschen) geht es ja eigentlich auch neben dem, dass es narzisstische Problembewältigung ist, kann man sagen, geht es ja schon um eine Art Bindungserfahrung, die schwierig ist. Und die zeigt sich dann auch in der Therapie. (IID, Absatz 8)*

Es kann also zu einer abhängigen Beziehungsgestaltung kommen. Genauso kann es zu einer Verdinglichung der Therapeut*innen kommen. Oft kommt es vor, dass die Fachpersonen sich benutzt und nicht als Person wahrgenommen fühlen. Es ist immer wieder spürbar, dass diese Klient*innen dieses „Benutzen“ der Therapeut*innen „brauchen“, weil sie Hilfestellungen, Ratschläge oder Psychoedukation schlicht benötigen, da ihnen vieles an Wissen und Erfahrungen fehlt.

Außerdem zeigt sich ein auffälliger Unterschied: Klient*innen mit einer ausgeprägten narzisstischen Tendenz geben weniger bis nichts zurück, während im

Dialog mit anderen Klient*innen immer auch „etwas“ in die Klient*innen - Therapeut*innen -Beziehung zurückkommt.

Kategorie 2. 6. Hohe oder überhöhte Ansprüche der Klient*innen an die Therapeut*innen und / oder an sich selbst. Ein weiteres schwieriges Feld, das sich eröffnet in der Arbeit mit Menschen mit stark narzisstischen Tendenzen, sind die Anforderungen, die diese Klient*innen an sich und auch an andere stellen. Immer wieder wird berichtet, wie sehr sich diese Klient*innen selbst treiben oder geißeln und mit ihren hohen Ansprüchen sich selbst Leid zufügen, wie zum Beispiel in folgendem Zitat:

Angst hat mir nicht zu entsprechen obwohl ich eh keine Ansprüche an sie stelle. Wo wir schon bei Ansprüchen sind: Menschen, die oft sehr hohe Ansprüche an sich stellen und die sich selber auch durchs Leben quälen. Quälen – das tun andere auch ... aber irgendwie sich durchs Leben treiben. (IGD, Absatz 18)

Ebenso wird dargestellt, wie schwer es ist, diese Haltung, die die Klient*innen zu sich auf diese Weise zeigen, mitanzusehen und was alles in den Therapeut*innen ausgelöst werden kann. Andererseits werden auch die Therapeut*innen sehr geprüft und finden sich hohen Ansprüchen gegenüber.

Oft ist Angst der Klient*innen spürbar, den Ansprüchen der Therapeut*innen nicht entsprechen zu können. Ziele der Klient*innen an die Therapie gilt es zu überprüfen und bei Bedarf zu korrigieren, denn auch hier findet sich oft ein zu hoher Anspruch dieser Klient*innen.

Kategorie 2. 7. Therapieabbrüche durch Klient*innen. Abbrüche geschehen oft und immer wieder unter anderem aus Kränkungsituationen heraus. Auch ohne ersichtlichen Grund werden Abschlüsse oft nicht gemacht und es dünne sich die Termine aus, bis es schließlich keinen Kontakt mehr gibt. Beispielhaft sei folgendes Zitat angeführt, in dem beschrieben wird, wie leicht es zu Abbrüchen der Therapie durch Klient*innen aufgrund von Kränkungen kommen kann:

Bei der ist es mir passiert, in einer Stunde, wo sie irgendwas von sich beschrieben hat – und ich hab´ sie dann konfrontiert – und in dem Moment während ich sie konfrontiert hab´, hat sie mich auch genervt oder so – und ich hab´ das dann ausgesprochen. Und das war´s! Die ist nicht mehr gekommen. Nicht dass sie es in der Stunde g´ sagt hätt´ aber so „ah, aso und so! ... Abbruch.

Totaler Abbruch. Und das nicht nach 12 Stunden – also das war ja kein Abbruch bei dem männlichen Klienten, weil der hat das ganz regulär gesagt. ... aber ich glaub´ die war zwei Jahre bei mir! Das war echt heftig – auch für mich! Ich hab´ einfach gesehen – also das war jetzt ein echter Fehler. (IEL, Absatz 86 - 88)

Kategorie 2. 8. Topdog-Underdog. Topdog und Underdog ist ein von F. Perls (1969) eingeführter Grundbegriff der Integrativen Gestalttherapie und meint – angewendet auf Klient*innen mit narzisstischen Tendenzen –, dass diese nur wenig, wenn überhaupt Spielraum zwischen totaler Überbewertung der eigenen Person oder anderer Personen und völliger Abwertung haben. Topdog-Underdog wird im Kapitel „Topdog-Underdog“ des theoretischen Teils dieser Arbeit näher ausgeführt. Ein Zitat macht deutlich, wie wenig Regulationsmöglichkeit Klient*innen mit narzisstischen Verletzungen haben:

Also ich bin nur dann okay, wenn ich super bin, wenn alles im superlativen Bereich ist. Oder ich bin ganz, ganz furchtbar, weil, ja, weil ich das und das und das nicht kann. Und immer wieder nicht kann oder nicht gut genug bin, oder nicht hinkriege. Und wo/ also im Erleben gibt es nur diese zwei Pole und alles, was dazwischen ist, existiert kaum oder ist gar nicht oder halt nur ganz wenig oder ist mangelhaft. (IEK, Absatz 6)

Das Fehlen der Zwischenstufen in der Bewertung der eigenen Person stellt eine große Gefahr dar, da die Abwertung der eigenen Person schnell aktiviert wird. Dies ist für den Selbstwert sehr bedrohlich, wenn Klient*innen mit narzisstischen Tendenzen Schwächen/Ängste und Probleme wahrnehmen, wie folgendes Zitat zeigt:

Ist es so schwierig zu vertrauen, dass wer anderer einem irgendwie auch nur das geringste Anleitende gibt. Das könnte ja immer heißen, dass ich dann meine Ehre verliere. Ich glaube, dass das damit zu tun hat. Die Idee die Großartigkeit sozusagen, „das Etwa, was ich nicht in Kontrolle habe, deckt auf, wie erbärmlich ich eigentlich bin.“ Ich glaube, dass so etwas dahintersteht. Das zeigt, dass es eine unfassbare Kränkung ist. (ISW, Absatz 26)

Kategorie 2. 9. Fass ohne Boden. Anerkennung und Bewunderung brauchen Menschen mit einer narzisstischen Tendenz oft und viel. Oft haben diese Klient*innen gelernt, sich diese Anerkennung bei anderen Menschen einzuholen. Gleichzeitig

können die betreffenden Klient*innen die positiven Effekte dieser Anerkennung nicht dauerhaft in sich behalten, wie das folgende Zitat zeigt:

Weil das ist genau das, das ist ja das Problem eigentlich im Narzissmus. Das kommt zwar dauernd, kommt zwar dauernd, kommt zwar dauernd, aber es fällt durch. Das bleibt nicht, das bleibt nicht liegen, ja. Das ist ein Fass ohne Boden.
(IEK, Absatz 148)

Kategorie 2. 10. Abwertung durch die Klient*innen. Es ist aus Sicht der Therapeut*innen oft der Fall, dass Klient*innen Therapeut*innen in ihren Einschätzungen anfänglich zu hoch bewerten, nur um diese Professionist*innen in weiterer Folge massiv abzuwerten. Ein ebenso oft beobachtetes Phänomen ist, dass Therapeut*innen von Klient*innen mit narzisstischen Tendenzen abgewertet werden, wenn diese Anerkennung zollen. Wichtig in dem Zusammenhang scheint, sich durch diese Auf- und Abwertung nicht beeindruckt zu lassen und stabil in sich zu bleiben: *„Ja, ich meine, das ist bei meinen so interessanterweise zumindest, dass ganz, wenn ich/ dass mich das ganz wenig betrifft, ja. Also, diese Abwertungen, die von diesen Menschen ausgehen, ist eine, die mich selbst als Person wenig berührt, ja“* (IBS, Absatz 8).

Kategorie 2. 11. Übertragungsgefühle. Ohnmacht, das Gefühl, etwas tun zu müssen, besonders gut sein zu müssen, abgewertet zu werden und sich dann auch „ganz klein“ zu fühlen, genauso wie sich massiv aufgewertet und sich benutzt und ausgebeutet zu fühlen – all dies sind Übertragungsgefühle der Therapeut*innen, die in der Arbeit mit Klient*innen mit narzisstischen Tendenzen als Schwierigkeiten oder Besonderheiten berichtet werden. Wichtig ist, sich als TherapeutIn dieser Übertragungsgefühle bewusst zu werden und sich selbst gut in sich zu stabilisieren. Als TherapeutIn ist es wesentlich, sich weder auf- noch abwerten zu lassen, dem Drang, etwas tun zu müssen oder besonders gut sein zu müssen, zu widerstehen und gut für sich zu sorgen, um die eigene Stabilität in sich halten zu können:

Ja. Na ja, eben schau, dass es dir innerlich gut geht. Also, dass, wenn man merkt, der Klient hebt einen aus aufgrund der Gegenübertragung, dass man da wieder innerlich sicheren Boden bekommt. Und was mir jedoch auch immer wieder hilft, ist einfach auch die Not wieder zu sehen von dem. Also, der macht

das ja nicht, damit es mir schlecht geht. Der macht das ja, um sich zu stabilisieren. (IBS, Absatz 140)

Kategorie 2. 12. Kränkbarkeit der Klient*innen. Oft sind es Kränkungen, die aus Sicht der Therapeut*innen diese Klient*innen in Therapie führen, welche sie in dieser überwinden wollen. In der Therapie fühlen sich Klient*innen mit narzisstischen Tendenzen ebenfalls schnell gekränkt, wenn sie beispielsweise auf sich selbst zurückgeworfen werden. Häufig klagen diese Klient*innen über die Welt und die Ungerechtigkeiten der Vergangenheit. Das Hinführen der therapeutischen Fachperson auf Anteile der Klient*innen, die in den von den Klient*innen beschriebenen Alltagssituationen wirken und somit bearbeitet werden könnten, wird häufig als Kränkung empfunden.

In folgendem, bereits in Kategorie 2.7. verwendeten Zitat zeigt sich eine erhöhte Kränkbarkeit einer Klientin, die schon mehrjährig in Therapie war und nach einem einmaligen Zeigen des Unmuts der Therapeutin die Behandlung abgebrochen hat:

...und ich hab´ dann schon gesehen, sie ist verletzt und hab´ dann natürlich zurückgerudert, aber das war dann aus...Und das (eigene Anmerkung: eine gute, wohlwollende Haltung und Beziehung) war bei mir an sich schon bei dieser Klientin. Aber nicht in dem Moment. In dem Moment hat sie mich genervt irgendwie – und das war echt blöd! Das war ein echter Fehler, und der ist nicht mehr wieder gut zu machen. Ich hab´ nix mehr von ihr gehört – die ist nicht mehr gekommen, ich hab´ ihr geschrieben, ich hab´ sie angerufen – nix! (IEL, Absatz 86)

Wichtig bei einer Kränkung der Klient*innen scheint es für die Therapeut*innen, sich in eine Ruhe zu bringen, den Kontakt zu den Klient*innen wiederherzustellen und eventuell korrigierend auf die Interpretation der Klient*innen über die aktuelle Situation einzuwirken und die Beziehung zu den Klient*innen zu halten. Folgendes Zitat veranschaulicht das komplexe Geschehen in Situationen der Kränkung:

Ich atme mal durch. Und wenn ich es wahrnehme, komme ich relativ rasch, relativ rasch, ohne dass ich viel überlegen muss, in ein Gefühl des Mitgefühls. Ah, jetzt ist wieder so was, ja. Und ich glaube, dass meine Klienten das sehen. Dass sich mein Gesicht entspannt, anstatt mit anspannt. Ja. Das ist oft der Blickkontakt. Wenn die Leute wegschauen, ist schwierig. Manchmal sage ich dann auch, bitte schauen Sie mich kurz an. Das ist ja sehr irritierend, um zu

überprüfen, ich sage es, damit die Klientin überprüfen kann, ob das, was sie sich einbildet, wie ich jetzt dreinschaue, auch Wirklichkeit ist, ja. Weil es ist nicht so. Die Erwartung ist eher dann wahrscheinlich / Weiß ich nicht. Und ich bin dann nicht so. Ich glaube, das ist einer der, möglicherweise auch einer der Wirkfaktoren. Ich gehe da nicht mit. (IEN, Absatz 26)

Kategorie 3. Psychische Entwicklung der Klient*innen. Den Fragen nach Erfolgen, Fortschritten und Entwicklung der Klient*innen mit narzisstischen Verletzungen wurde ebenso nachgegangen. Es zeigen sich nach der Analyse aller Interviews sechs Unterkategorien, die im Folgenden kurz dargestellt werden sollen.

Kategorie 3. 1. Selbstwertentwicklung der Klient*innen. Der Selbstwert ist aus Sicht der Therapeut*innen ein zentrales Element der psychischen Entwicklung und zeigt sich in Verlauf eines psychotherapeutischen Prozesses üblicherweise zunehmend stabiler entwickelt, wie folgendes Zitat verdeutlicht:

Der Selbstwert einer Person kann dann wachsen, wenn man lernt, sich selbst besser zu verstehen. Durch das bessere Verstehen sich besser anzunehmen. Wohlwollend zu werden, zu sich selbst. Auch wenn man Dinge an sich erkennt, die man eigentlich nicht gutheißt Also wenn man lernt, das (eigene Anmerkung: persönlich unangenehme Dinge) an sich anzunehmen, ja. Und dem wohlwollend gegenüberzustehen, sich nicht dafür zu verdammen, ja. Dann, wenn man diese Schritte macht, ja, nach und nach, ja, das ist ein Prozess. Dann kriegt man einen besseren Selbstwert. (IEK, Absatz 90)

Wie in folgendem Kapitel zu sehen ist, führt ein stabilerer Selbstwert zu vielen weiteren Entwicklungen und Veränderungen im Sein und Tun eines Menschen.

Kategorie 3. 2. Autonomieentwicklung der Klient*innen. Es führt aus Sicht der Therapeut*innen eine Stabilisierung im Selbstwert im günstigen Fall dazu, dass Klient*innen beginnen, eigene Wege zu gehen. Klient*innen beginnen möglicherweise dem, was ihnen wichtig ist, zu folgen, und weniger dem, was es zu tun gilt. Vielleicht lenken sie ihr Hauptaugenmerk von dem Verfolgen ihrer Karriere auf ein Gestalten eines erfüllenderen Privatlebens, oder wählen beruflich neue Wege, die eher ihren eigenen Wünschen entsprechen, als es zuvor bei der Berufswahl der Fall gewesen sein könnte, wie folgendes Zitat zeigt:

Die auch mit ihrem Selbstwert ganz anders dastehen und sich in ihren Stärken und Schwächen selber auch anerkennen. Wo auch die Selbstabwertung sich abschwächt und mutiert zu Anerkennung und freundschaftliche Haltung gegenüber sich selbst wird. Und die Strenge weniger streng wird zumindest, freundlicher. Wo es möglich ist, berufliche Ziele entweder zurückzustecken und mehr Beziehung, Familie oder andere Bedürfnisse zu leben. Oder auch die beruflichen Ziele zum Beispiel umzuformulieren und plötzlich ganz was anderes zu machen, vielleicht abenteuerlich ist und neu, aber nicht von Kindheit her geplant ist. Auch persönliche Wagnisse einzugehen. (IGD, Absatz 61)

Kategorie 3. 3. Entwicklung der Beziehungsfähigkeit der Klient*innen. Ein weiteres Merkmal eines guten therapeutischen Prozesses ist aus Sicht der Psychotherapeut*innen, dass die Klient*innen mit narzisstischen Tendenzen beginnen, andere besser zu erkennen und wahrzunehmen. Dieser andere kann beispielsweise die therapeutische Fachperson sein, wie an folgendem Zitat sichtbar wird:

Es war schon – es war nicht beziehungslos – sie konnte sich dann schon auch so beschreiben, dass wirklich bei mir eine Beziehung zu ihr entstanden ist, und sie hat mich einfach wirklich als Anlaufstelle gebraucht, und zunehmend bin ich sicher mehr Person für sie geworden. Aber nicht so wie bei anderen Klienten. (IEL, Absatz 74)

Und weiter beschreibt die Interviewpartnerin:

Sie hat mir dann einmal zum Beispiel – ein Geschenk – also einen Stein, den sie selbst bemalt hat mitgebracht. Und ich hab´ mir gedacht: „Oh!“ Und dann hat sie erzählt, ich hab´ das gemacht in den Ferien, ich hab´ so Steine gemalt, und ich wollt Ihnen das halt mitbringen – also nicht so, „weil Sie mir so geholfen haben...oder so“ – und ich würd´ sagen, sie hat mich mehr wahrgenommen als am Anfang, weil sie mir etwas mitgebracht hat, aber schon auch, um zu zeigen, wie gut sie das kann. (IEL, Absatz 76)

Hand in Hand mit der veränderten Beziehungsgestaltung zu den Therapeut*innen entwickeln sich auch Beziehungen zu wichtigen anderen Menschen. Dies führt beispielsweise dazu, dass die Bedürfnisse der eigenen Kinder deutlicher wahrgenommen und auch erfüllt werden können, wie in folgendem Zitat erkennbar wird:

Ja, also es gab auf jeden Fall eine Entwicklung. Und die Entwicklung mit ihrer Tochter – also die Tochter hat sie – also geliebt ist ein starkes Wort – aber sie hat wirklich was von ihrer Tochter mitkriegt – sie hat sie auch unterstützt in der Schule, wenn es schwierig war mit den Lehrern. (IEL, Absatz 49)

Kategorie 3. 4. Sich selbst wohlwollend begegnen. *„Nun ja, es ist ihr halt auch, wenn ich es jetzt einmal banal sage, zunehmend besser gegangen, ja. Sie war zunehmend mehr mit sich selbst einverstanden“ (IEK, Absatz 78).* Dieses Zitat zeigt, dass es den Klient*innen zunehmend möglich ist, eine freundlichere Sicht auf sich zu entwickeln. Diese geänderte Sichtweise hat beispielsweise Auswirkungen auf die Lebensführung, wie im Kategorie 3.2. bereits dargestellt wurde.

Kategorie 3. 5. Selbstwahrnehmungsentwicklung der Klient*innen. Mit dem Voranschreiten eines psychotherapeutischen Prozesses entwickelt sich auch eine klarere Sicht auf sich selbst. Klient*innen können mehr mit ihrem psychischen Innenleben mitgehen, es besser erkennen, differenzierter wahrnehmen und sich besser wohlfühlen mit dem, wie sie sind. Folgendes Zitat zeigt, wie eine Klientin erste Schritte macht, sich selbst besser zu verstehen und damit auch besser die Selbstverantwortung übernehmen zu können:

Ja, genau, psychoedukativ...Und desto besser sind ihre körperlichen Zustände geworden. Also das hat sie dann viel besser regulieren können. Und hat gelernt, das als Anzeiger zu nehmen, aha! Das ist jetzt – jetzt bin ich wieder weiter weg von mir – ich muss schauen, dass ich zur Ruh komm. (IEL, Absatz 56)

Kategorie 3. 6. Bei guter Beziehung ist vieles möglich. Die interviewten Psychotherapeut*innen konnten immer wieder berichten, dass es bei guter Beziehung zu den Klient*innen leichter möglich ist, diese zu konfrontieren und genauer zu explorieren, was in den berichteten Alltagsgeschehnissen im Innenleben der Klient*innen wahrnehmbar wird. Auch in der therapeutischen Beziehung wird ein direkteres Arbeiten im Hier und Jetzt besser möglich, wie folgendes Zitat zeigt:

Da war er irgendwie sehr dankbar auch dafür, ja. Und diese/ Und das merke ich – wenn das gelingt, ja – In irgendeiner Form so eine Beziehung aufzubauen, sind das auch Menschen, die auch wiederum sehr, sehr treu sind, ja. Also, wenn sie dann auch mal Vertrauen gefasst haben und auch gemerkt haben, ich werte

in keiner Weise ab, ja. Also, wenn die sozusagen damit/ Oder ich lasse mich auch selbst nicht abwerten. Das ist eher das, auf was die so sehr sensibel sind – Ob ich auf irgendeiner Weise sozusagen auf dieses Beziehungsangebot einsteige, sondern einfach stabil im Außen bleibe und zur Verfügung bin, dass das auch so die Beziehungsbasis ist. Und wenn das gelingt, ist ganz vieles möglich. Da kann man dann auch gut konfrontieren. (IBS, Absatz 14)

Kategorie 4. Therapeutische Beziehung. Es zeigt sich, dass die therapeutische Beziehung in der therapeutischen Arbeit mit Menschen mit narzisstischen Tendenzen ein wesentliches Element ist, sowohl in der Frage nach den Wirkfaktoren als auch in der Frage nach den Herausforderungen. Eine interviewte Psychotherapeutin formulierte es folgendermaßen: „Ja. Weil es geht um die Beziehung, die ist dafür notwendig, dass ein Mensch lernt, sich selbst besser zu verstehen“ (IEK, Absatz 66). Der Fokus der Interviews lag immer wieder auf der Klient*innen -Therapeut*innen - Beziehung. Daher scheint es notwendig, die therapeutische Beziehung im vorliegenden Kapitel ausführlicher darzulegen.

Kategorie 4. 1. Hilfreiche Haltung der Therapeut*innen aus deren Sicht. Für Klient*innen mit narzisstischen Tendenzen scheint es wichtig, dass sie eine authentische Zuversicht von den Therapeut*innen spüren, dass alles besser wird und sie sich entwickeln können. Wichtig scheint, dass Klient*innen eine wohlwollende Offenheit sowie Interesse der Therapeut*innen wahrnehmen, wie folgendes Zitat zeigt:

Ja. Also, wo so dieses/ Also, wo ich das so irgendwo spiegle: 'ich weiß nicht, jetzt gerade vorhin haben Sie aber hart über die gesprochen. Jetzt gerade eben meinen Sie, dass die jetzt auch über Sie so sprechen könnte. Merken Sie da, wie Sie da auch tun?' Also, das irgendwie auch spiegeln. Ich glaube, ich tue sehr viel spiegeln. Also, dass ich aufmerksam bin, wie war es da, wie war es dort, das in Verbindung bringen sozusagen, diese Brüche auch aufdecken. Und da, glaube ich auch, dass das was ist, wo ich sie gut im Boot halten kann, weil sie merken, dass ich mich sehr für sie interessiere, glaube ich, ja. Also, dass das jetzt nicht etwas ist, was ich hier allein verfolge, sondern wo sie sich schon auch gesehen fühlen. (IBS, Absatz 100)

Es scheint wichtig, dass Psychotherapeut*innen ruhig mit Klient*innen in der Therapie mitgehen, geduldig dranbleiben und ein gutes Daneben darstellen. Dies veranschaulicht folgendes Zitat:

Ist das nicht auch etwas Gestalttherapeutisches, dass der andere der Experte seines Lebens ist? Ja. Also, ich sage auch immer, also mein Bild ist, dass ich wie die Bergführerin nebenher gehe. Ich habe die Taschenlampe. ... Das erwarte ich mir auch von einem Bergführer, ja. Dass der, wenn ich anfangen zu schreien und Angst kriege, sagt, 'das machen wir schon, atmen, das geht schon. Ich bin da.' Nicht mehr und nicht weniger. (IBS, Absatz 178)

Achtsamkeit genauso wie Augenhöhe halten scheinen ebenso wichtig, um Klient*innen das Feld zu bereiten, in dem Entwicklung möglich ist. Klient*innen mit narzisstischen Tendenzen können nur schwer eine Gleichwertigkeit im Kontakt wahrnehmen. Daher ist es umso wesentlicher, dass Therapeut*innen von sich aus distanzieren und sich von den Wertungen der Klient*innen nicht beeinflussen lassen. Folgendes Zitat zeigt die Wichtigkeit der Augenhöhe auf: „Die hohe Qualität der Gestalttherapie ist es, dass die therapeutische Beziehung eine ist, die eine hohe Wichtigkeit hat und auf Augenhöhe passiert“ (IID, Absatz 46).

Und weiter sagt die Interviewpartnerin:

Weil ich denke, das ist auch ein Teil der Beziehung, die meiner Meinung nach in Kindheit und Jugend – wenn man davon ausgeht, da sind Menschen schwer gekränkt worden, auch in dem, wie sie wahrgenommen wurden, oder auch in dem, dass sie eben zu wenig klare, durchgängige Beziehung erlebt haben, ja, wo sie nicht genügend gespiegelt wurden – finde ich ... ist [die therapeutische Beziehung] der Hauptfokus für mich. (IID, Absatz 62)

Auch wird von einer Wichtigkeit berichtet, sich den Klient*innen als ein Gegenüber zur Verfügung zu stellen, das auch klar kritische Rückmeldungen geben kann, seine Position halten und Klient*innen als die, die sie sind schätzen und anerkennen. Folgendes Zitat veranschaulicht dies:

Wie kann ich mich da ruhig auf meinem Platz sozusagen wieder einrichten, ohne dass ich mich zu sehr aufrege und gleichzeitig Dinge rückmelde, die schwierig sind, was der Klient, Patient, mir da jetzt anbietet, und das so, dass er das nehmen kann. Das, finde ich, ist ja nicht immer einfach. (IID, Absatz 92)

Kategorie 4. 2. Beziehung der Klient*innen zu sich und zu anderen. Beziehungen zu anderen Menschen und auch die Beziehung zu sich selbst scheinen aus Sicht der Therapeut*innen für Klient*innen mit narzisstischen Tendenzen schwierig. Es wird beschrieben, dass diese Klient*innen ihren Fokus auf ihre eigenen Wünsche und Bedürfnisse haben, aber diese nur schwer formulieren können. Außerdem hätten sie Schwierigkeiten, die Bedürfnisse anderer zu erkennen. Im folgenden Zitat wird dies dargestellt:

Das ist auch das Schwierige, nicht. Also, bei so/ Die bedienen ausschließlich ihre eigenen Wünsche und tun sich extrem schwer, überhaupt zu erkennen, wo die des anderen sind und gleichzeitig, glaube ich, haben sie auch kein wirkliches Werkzeug, ihre Wünsche auch klar so rüberzubringen, dass es der andere auch nehmen könnte. Vielleicht auch, weil es keinen Deal gibt dazu, ja. (IBS, Absatz 38)

Kategorie 4. 3. Wie kommt es zu einer guten Klient*innen-Therapeut*innen-Beziehung. Befragt, was es braucht, damit eine gute Klient*innen-Therapeut*innen-Beziehung zustande kommt, wurden viele verschiedene Ansätze von den Interviewpartner*innen berichtet. Grundlegend scheint eine gegenseitige Sympathie sowie eine verständnisvolle Haltung der Therapeut*innen zu den Klient*innen und ein wohlwollendes Da- und Interessiert-Sein. Klient*innen mit narzisstischen Tendenzen beginnen Vertrauen zu fassen und sich zu öffnen, wenn sie merken, die Therapeut*innen interessieren sich für sie und haben grundsätzlich eine akzeptierende Haltung. Folgendes Zitat verdeutlicht dies:

Dass Menschen das Gefühl haben so, auch wenn ich mich selbst nicht annehme, aber die Therapeutin hat die Haltung, dass ich im Grunde meines Wesens, dass ich im Grunde okay bin. Dass ich deswegen nicht immer toll bin oder nicht alles gut kann, aber dass ich trotz allem okay bin, ja. (IEK, Absatz 96)

Auch scheint es sehr wichtig, dass Therapeut*innen für Klient*innen klar und transparent sind und so den Klient*innen eine gewisse Sicherheit vermitteln:

Also eine gewisse Sicherheit herzustellen, wo der andere nicht riechen und schnuppern und ahnen muss, was hier verlangt ist, sondern wo ich mal so gute Strukturen gebe, in der sich die Person sicher fühlen kann, weil ich davon ausgehe, dass so eine Person mit Sicherheit ein Problem hat und ich glaube,

dass gewisse Sicherheit und Angstfreiheit überhaupt erst ermöglicht, da in diese verletzten Gegenden aufzubrechen. (ISW, Absatz 44)

Es zeigt sich, dass Interesse, generelle Akzeptanz und ein sicherer Rahmen sowie ein stabiles Da-Sein auf Augenhöhe für das Entstehen von Sicherheit und Angstfreiheit in Klient*innen wichtig ist und dann erst eine Entwicklung in Klient*innen möglich wird.

Kategorie 5. Charakteristik der narzisstischen Tendenzen. Es wird Abstand genommen, von Symptomen in Zusammenhang mit narzisstischen Tendenzen zu sprechen, da es sich bei dem Begriff „narzisstische Tendenz“ um keine Diagnose mit Diagnosekriterien handelt. Weder im ICD-10 (Internationale Klassifikation psychischer Störungen, 10. Auflage) noch im DMS-V (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5. Auflage) gibt es eine Klassifizierung narzisstischer Tendenzen. In beiden Klassifizierungssystemen sind Kriterien für eine narzisstische Persönlichkeitsstörung aufgelistet und angeführt, wie im Kapitel „Narzisstische Persönlichkeitsstörung nach DSM-V und ICD-10“ des Theorieteils nachzulesen ist.

„Menschen mit narzisstischen Tendenzen erlebe ich bei allen Diagnosen...Und auch in der Selbsterfahrung. Also Menschen, die keine Diagnose haben, die haben das auch sehr häufig“ (IEN, Absatz 10). Dieses vorangegangene Zitat zeigt, wie weit verbreitet narzisstischen Tendenzen einerseits sind und wie wenig klar sie andererseits abgegrenzt sind. Diese Arbeit soll sich mit den Erfahrungen mit Klient*innen befassen, bei denen narzisstische Tendenzen spürbar sind. Augenscheinlich ist es notwendig, festzulegen, um welche Charakteristika es sich primär handelt, wenn von einer narzisstischen Tendenz gesprochen wird. Um einen gemeinsamen Konsens zu finden, wurden die den Therapeut*innen ins Auge fallenden Charakteristika erfragt. Im vorliegenden Kapitel werden die typischen Wesensmerkmale der Klient*innen mit narzisstischen Tendenzen beschrieben, die von den interviewten Fachkolleg*innen genannt wurden.

Es sollen im Folgenden lediglich jene Kategorien genauer vorgestellt werden, in denen es mehr als zwei Nennungen gab. Nicht jedes Charakteristikum wird, der besseren Lesbarkeit wegen, mit einem Zitat veranschaulicht. Es wird verzichtet, die Charakteristika in einzelnen Unterkapiteln darzustellen, da auch darunter die Flüssigkeit des Textes leiden würde. Um eine deutliche Sichtbarkeit der genannten Charakteristika zu gewährleisten, sollen diese durch kursive Schreibweise hervorgehoben werden. Leidglich die Selbstwertproblematik soll in einem eigenen

Unterkapitel dargestellt werden, da diese eine zentrale Position im narzisstischen Feld innehat.

Allgemein wurden als Charakteristika von narzisstischen Tendenzen ein *schwaches Selbstbild* sowie *große Divergenz zwischen Selbst- und Fremdbild* berichtet. Auch *innere Leere* ebenso wie *egozentrisches Denken* wurden als charakteristisch für narzisstische Tendenzen benannt. Auch scheint *Beziehung zu anderen wichtigen Menschen eher schwierig*, wie das nachfolgende Zitat zeigt:

So wie sie war – sich selbst gegenüber und auch mir gegenüber, das hat schon so was Narzisstisches gehabt. Da ist nicht viel – die muss sich ausreden, die brauchen Unterstützung und so und sie nimmt mich wenig wahr. Und bei der war so ein Bollwerk zwischen sich und der Welt, und es ist rausgekommen – mehr so als Schutz – das hing mit ihrer Mutter zusammen. (IEL, Absatz 78)

Auch in zwischenmenschlichen Beziehungen ist es für diese Klient*innen sehr schwierig, *die Position des anderen zu erkennen*, sie *kreisen eher vermehrt um ihre eigene Sicht*, wie das nachfolgende Zitat zeigt:

Also eine wichtige Definition oder wie es sich zeigt, ist zum Beispiel, wenn sich Menschen, wenn sich alles um das eigene Ich-Erleben dreht, ja. Dass alles, was diesen Personen widerfährt, nur daraufhin bewertet wird, was es für das eigene Selbsterleben an Positivem oder Negativem unter Anführungszeichen, positiven oder negativen Effekt haben könnte... (IEK, Absatz 6)

Es wird berichtet, wie schwer es ist für Menschen mit narzisstischen Tendenzen, anderen *zu vertrauen* und sich damit in eine Beziehung einzulassen, die mehr ist als nur nutzen oder benutzen. Dieses Charakteristikum ist einerseits Folge – wie in den vorangegangenen Zitaten angedeutet wurde – andererseits auch eine Ursache für die Beziehungsschwierigkeiten.

Es wird beschrieben, dass Menschen mit narzisstischen Tendenzen oft und viel *allein gelassen* wurden in ihrer Kindheit – auch und vor allem mit ihren Emotionen, ihren Bedürfnissen, Wünschen und Sehnsüchten. Dieses Wenig-begleitet-worden-Sein, hat Folgen. Diese Folgen sind, dass Klient*innen mit narzisstischen Tendenzen sich schwertun, *Emotionen bei sich oder bei anderen zu erkennen*. Das folgende Zitat wird mit einer wiederholenden Frage der Interviewerin (I) an die interviewte PsychotherapeutIn (IP) eröffnet und weitergeführt.

(I) *„Da besteht ein Mangel im Emotionen-für-sich-Erkennen, bei den Menschen mit der narzisstischen / Also die erkennen es bei sich selbst schwer oder bei anderen?“*

(IP) *„Ja und sie halten es schwer aus. Trauer, alle heiklen Emotionen - Trauer. Schmerz. Leid.“*

(I) *„Da sind wir wieder bei diesem „Alleine-gelassen-Sein?“*

(IP) *„Ja. Das passt ganz gut.“ (IEN, Absatz 127 - 132)*

Menschen mit einer narzisstischen Tendenz neigen zu einer Verdinglichung der Mitmenschen sowie der eigenen Person und sich sowie andere zu Objekten zu machen, wie nachfolgendes Zitat zeigt: *„Das ist ja das Thema: Narzisstische Verletzung so eine Art Verdinglichung der Person. Du bist eine Leistung oder du bist ein Besitz oder Du bist Dein Aussehen oder deine Sportlichkeit oder was auch immer“* (IGD, Absatz 53).

Zu *hohe Ansprüche an sich und andere* ist ebenfalls ein Charakteristikum der narzisstischen Tendenz, gemeinsam mit der Angst, diesen Ansprüchen nicht gerecht werden zu können. Diese Anspruchshaltung zeigt sich im therapeutischen Setting ebenso in vielerlei Aspekten. Ein Aspekt wurde in folgendem Zitat geschildert:

Ja. Oder wenn ich am Ende der Stunde schaue, was ich alles angeboten habe. Wenn das mehr als drei oder fünf Dinge waren, dann denke ich, bist du deppert, ja. Also das ist auch so ein / Das ist ein diagnostisches Kriterium für mich. Da ist eine starke narzisstische Tendenz mit Leistungsdruck, ja. (IEN, Absatz 94)

Auch ist es ein häufiges Phänomen, als Gegenüber von Klient*innen mit narzisstischen Tendenzen anfänglich *aufgewertet* zu werden, vielleicht auch bewundert zu werden. In späterer Folge findet eine *Abwertung* der Psychotherapeut*innen statt, wenn diese den hohen Ansprüchen der Klient*innen nicht genügen.

Die *hohe Kränkbarkeit* ist ebenso ein häufig berichtetes Charakteristikum, wie nachfolgendes Zitat zeigt.

Es ist so schwierig zu vertrauen, dass wer anderer einem irgendwie auch nur das geringste Anleitende gibt. Das könnte ja immer heißen, dass ich dann meine Ehre verliere. Ich glaube, dass das damit zu tun hat. Die Idee der Großartigkeit sozusagen. „Etwas, was ich nicht in Kontrolle habe, deckt auf, wie erbärmlich ich eigentlich bin.“ Ich glaube, dass so etwas dahintersteht. Das zeigt, dass es eine unfassbare Kränkung ist. (ISW, Absatz 26)

Es scheint also schwer für diese Klient*innen, Schwächen einzugestehen, da die starke Selbstabwertung und -ablehnung und die damit einhergehenden Gefühle dieser Klient*innen sehr schnell im Vordergrund sind. Unter anderem wird mithilfe der *Grandiosität*, die diese Klient*innen oft zur Schau stellen, diese Abwehr der Gefühle der völligen Abwertung gesichert, wie nachfolgendes Zitat zeigt:

Das Bestreben nach Grandiosität. Also ich bin nur dann okay, wenn ich super bin, wenn alles im superlativen Bereich ist. Oder ich bin ganz, ganz furchtbar, weil, ja, weil ich das und das und das nicht kann. Und immer wieder nicht kann oder nicht gut genug bin, oder nicht hinkriege. Und wo, also im Erleben, gibt es nur diese zwei Pole, und alles, was dazwischen ist, existiert kaum oder ist gar nicht oder halt nur ganz wenig oder ist mangelhaft, ja. (IEK, Absatz 6)

Auch diese Grandiosität führt zu seelischem Leid, wie zum Beispiel an einer Klient*innendarstellung ersichtlich wird, in der der Klient davon überzeugt scheint, dass in einer Großstadt nur eine „Handvoll“ potenzieller Partner*innen für ihn zu finden seien, wenn überhaupt (IEL-Absatz 26).

Das *vermehrte Bedürfnis nach Anerkennung* zeigt sich ebenfalls als charakteristisch bei Klient*innen mit narzisstischen Tendenzen.

„Wenn man unter die Erfahrungen einen Strich machen würde ... sind das Menschen, die quasi um Selbstbestimmung ringen und gleichzeitig abhängig sind von Anerkennung“ (IGD, Absatz 12). Auch das Beziehungsleben leidet bei diesen Klient*innen unter diesem „Hunger nach *Anerkennung*“ (ISW, Absatz 92). Klient*innen mit einer narzisstischen Tendenz zeigen oft auch eine deutliche *Selbstwertproblematik*, die im Folgenden näher dargestellt werden soll.

Kategorie 5. 1. Selbstwertproblematik der Klient*innen. Mangelnde Selbstwertregulation wird als grundsätzliches Charakteristikum bei Menschen mit narzisstischen Tendenzen genannt. Dieses Charakteristikum ist sowohl Folge als auch Ursache einer narzisstischen Entwicklung, wie das nachfolgende Zitat zeigt: *„Der Selbstwert [konnte] nicht solide entwickelt werden ..., weil die Spiegelung und die Passung zwischen Eltern und Kindern nicht ausreichend funktioniert hat, wo aber sehr wohl genug da ist, um es weiterzuentwickeln“ (ISW, Absatz 42).*

Es zeigt sich die Selbstwertproblematik auf zwei charakteristische Arten. Entweder in Form eines augenscheinlich deutlich niedrigen Selbstwertes, der auch so gezeigt wird, oder die Kompensation dessen, die in einer Grandiosität ihre Gestalt findet.

Folgendes Zitat zeigt, wie unterschiedlich diese beiden Varianten in der Therapie ihren Niederschlag finden:

„Also, jetzt bei denen mit dem übersteigerten Selbstwertgefühl, die haben oft nicht den langen Atem, das lange genug zu verfolgen. Die wollen dann spektakuläre, weiß ich nicht, Methodik oder Erlebensdingsbums irgendwas, ja, und irgendeine Art schneller Hokuspokus zum Beispiel.... Und die Menschen, die eher sowieso im sehr geringen Selbstwerterleben zu mir kommen, die sind auch kränkbar, aber wenn ich das mal so unter Anführungsstrichen sagen kann, die sind eher gewohnt, dass man sie kränkt. Das heißt, wenn mir das passiert, ich bemühe mich eh sehr, niemanden zu kränken, aber wenn mir das passiert, würden die, sage ich mal, viel mehr aushalten. Die würden das vielleicht auch viel weniger in Sprache bringen. Die würden das innerlich viel mehr entschuldigen, wobei das die anderen irgendwie jegliches, was mir da passieren könnte, auf die Goldwaage legen und das zu hohen dramatischen Beziehungsverwicklungen führt in der Therapie. Genau. (IID, Absatz 34 - 38)

Kategorie 6. Interventionen. Für die Integrative Gestalttherapie ist seit jeher die Beziehung zwischen Klient*innen und Therapeut*innen von zentraler Bedeutung. Konkrete Interventionen sind in der therapeutischen Arbeit integrativer Gestalttherapeut*innen weniger wichtig, obgleich es zahlreiche und vielfältige Interventionen gibt. Auch bei der therapeutischen Arbeit mit Klient*innen mit narzisstischen Tendenzen geht es vor allem um eine Haltung der Augenhöhe, um die Arbeit im Hier und Jetzt. Wenn eine ausreichend gute Klient*innen-Therapeut*innen-Beziehung besteht, ist es Klient*innen mit narzisstischen Tendenzen möglich, achtsam eingesetzte Konfrontationen der Therapeut*innen anzunehmen, ohne diese als zu kränkend zu erleben. Im Folgenden werden die von den interviewten Psychotherapeut*innen genannten und beschriebenen Interventionen, die sich in der Arbeit mit Klient*innen mit narzisstischen Tendenzen als hilfreich erwiesen haben benannt und kurz beschrieben.

Als hilfreiche Interventionen wurden von den Interviewpartner*innen den Klient*innen ein Hilfs-Ich zu sein und ihnen „Support“ nach L. Perls (2005) zu bieten, genannt. Diese Haltungen und Interventionen haben sich als hilfreich erwiesen, um Klient*innen zu ermöglichen, sich selbst besser stützen und damit zu stabilisieren, wie

folgendes Zitat zeigt: „...Support ... von Lore Perls: Im Kontakt den anderen dazu befähigen, dass er sich selbst stützt“ (IEN, Absatz 32).

Den Klient*innen führend zur Verfügung zu stehen, genauso wie ihnen im Dialog zu ermöglichen, Erlebtes, Gefühltes und Berichtetes in Zusammenhänge zu bringen, Verbindungen zu erkennen und dadurch auch eine bessere Akzeptanz von sich zu erlangen, wurde ebenso als wesentliche Interventionen benannt. Sich als TherapeutIn mitzuteilen ist ebenso eine genannte Technik. Humor ist eine sehr gute Strategie, um Konfrontationen bzw. nicht eindeutig positive Rückmeldungen leichter annehmbar zu machen. Als TherapeutIn die Klient*innen zu motivieren beziehungsweise ein wenig zu locken, an sich zu arbeiten mit dem Ziel einer ins Wünschenswerte veränderten Situation ist oft hilfreich und nötig, wie das nachfolgende Zitat verdeutlicht:

Ein bisschen locken, ja. Also so etwas wie, das kennen sie ja schon. Also, es ist zu Beginn immer auch, das Locken ist ein schönes Wort, so einfach mal ein Interesse schaffen dafür, ob sie denn das Ganze/ oder ob sie denn selbst auch mal sich vorstellen könnten, so eine Frau oder so ein Mann zu werden, ja. Ob es eine schöne Vorstellung wäre, es auch irgendwann mal auch anders zu machen als so, ja. (IBS, Absatz 82)

„Innere Kind-Arbeit“ (nach Jochen Peichl) wird in der therapeutischen Arbeit mit Klient*innen mit narzisstischen Tendenzen als äußerst hilfreich erlebt, da die erwachsenen Menschen in ihre Stärke kommen, versorgen und sich von dem kindlichen Mangel distanzieren können. Dadurch wird zum Beispiel das schmerzliche Gefühl des Entbehrens nicht mehr so bedrohlich erlebt. Das nachfolgende Zitat schildert die Wirkungsweise bzw. Effekte der „Inneren Kind-Arbeit“:

Und dann arbeite ich gern mit dem inneren Kind, um dem Kind die Bedürfnisse zu erfüllen und den Erwachsenen dadurch so zu stärken, dass das Kind selber zufrieden machen kann, heilen kann und dem Erwachsenen dann weniger bedürftig sein zu müssen“ (f4-ISW, Absatz 98) „Erstens ist die Kompetenz des Erwachsenen und die Bedürftigkeit des Kindes und die richtige Ordnung, dass das Kind endlich bekommt, was unerfüllt geblieben ist. (ISW, Absatz 100)

Der „leere Stuhl“ (nach Jacob Moreno) ist ebenso eine Intervention, die mit Klient*innen mit narzisstischen Tendenzen durchführbar ist. Diese Technik ist erst bei einer guten Klient*innen-Therapeut*innen-Beziehung anwendbar. Auch kreative

Medien werden in der therapeutischen Arbeit mit Klient*innen mit narzisstischen Tendenzen eingesetzt. Diese beiden letztgenannten Techniken sind eher selten passend und werden auch eher selten von Klient*innen mit narzisstischen Tendenzen angenommen. Manchmal können aber auch diese Methoden hilfreich sein, wie nachfolgendes Zitat zeigt:

Ich finde es sehr wertvoll bei der Gestalttherapie, dass man einfach die Medien hat. weil es kommt wirklich deutlich heraus – also grad bei dem bissl was aufstellen oder aufzeichnen – das ist super! Das ist einfach dann wirklich klar – oder das Körperliche: sich groß oder klein fühlen – das Spüren selbst – das ist einfach gut, solche Sachen zu erforschen – also da ist die Gestalttherapie wirklich geeignet. Das bringt´s verdichtet, bringt´s auf den Punkt. (IEL, Absatz 97)

Besonders häufig wird Psychoedukation als hilfreiche Intervention genannt. Klient*innen mit narzisstischen Tendenzen empfinden es aus Sicht der Therapeut*innen als hilfreich, wenn ihnen Fachwissen zugänglich gemacht wird, wie folgendes Zitat verdeutlicht:

Und ich möchte zurückkommen zu etwas, was mir dazwischen eingefallen ist, was ich für einen absoluten Wirkfaktor halte, Psychoedukation. Ich bespreche das mit den Leuten. Ich hole das auf die kognitive Ebene. Das ist etwas, was gar nicht so in der Literatur so gehandhabt wird. Weil da heißt es, die denken eh so viel, ja, ins Gefühl. Ich finde, das eine schließt das andere nicht aus. Also es ist, natürlich benenne ich vieles nicht, und das wirkt einfach, was wir tun, ja, aber manchmal ist es wichtig, das zu benennen. Weil es meiner Erfahrung nach gerade Menschen mit dieser Tendenz Sicherheit gibt. Aha, die sagt mir, was sie tut, das ist kein Geheimnis. (IEN, Absatz 62)

Damit Psychoedukation von Klient*innen mit narzisstischen Tendenzen angenommen werden können, ist aus Sicht der Therapeut*innen das Bestehen einer guten Klient*innen-Therapeut*innen-Beziehung als Voraussetzung notwendig. Eine grundsätzlich wohlwollende Haltung auf Augenhöhe scheint wichtig für das Gelingen eines therapeutischen Prozesses zu sein, um das Gefühl in Klient*innen entstehen zu lassen, dass „hier ein Ort ist, wo man sich eventuell öffnen kann, ohne das Gesicht zu verlieren“ (IEU, Absatz 46).

Stützend und stärkend zu intervenieren, interessiert nachzufragen und zuzuhören und häufiges verstehendes Wiederholen des Gehörten sind ebenso als hilfreich beschrieben worden.

Eine wesentliche Grundhaltung der Integrativen Gestalttherapie ist das „Hier und Jetzt“ nach Lore Perls (L. Perls, 2005). Aus dieser gestalttherapeutischen Grundhaltung heraus ist es aus Sicht der Therapeut*innen möglich, anzusprechen, was zwischen Klient*innen und Therapeut*innen in den therapeutischen Sitzungen wahrnehmbar wird. Erfahrungen und Verletzungen aus der Vergangenheit der Klient*innen zeigen sich möglicherweise. Emotionen aus den Erfahrungen des bisherigen Lebens der Klient*innen können bewusst von diesen wahrgenommen werden. Folgendes Zitat zeigt die Bedeutung des gestalttherapeutischen „Hier und Jetzt“ aus Sicht einer Interviewpartnerin:

Wann konfrontieren wir, und wann stützen wir, ja. Stützen, Support und Konfrontation. Ich glaube, dass es für Menschen mit narzisstischer Tendenz genau um dieses Austarieren von, wie viel mite ich jemandem zu und wie viel, wann kränke ich ihn? Und wenn ich ihn kränke, wie fange ich die Kränkung mit ihm gemeinsam oder mit ihr gemeinsam ab? Also diese Gratwanderung ist eine, die intuitiv passiert, die in der Supervision passieren muss, und was ich ganz wichtig finde, hier und jetzt, wenn ich im Hier und Jetzt arbeite, mit den Klienten abzuklären, wie kommt das an? Was macht das jetzt mit ihnen? (IEN, Absatz 10)

Kategorie 7. Biographischer Hintergrund der Klient*innen. Immer wieder wurde in den Interviews berichtet, dass ein nicht ausreichend Gesehen-worden-Sein, Gespiegelt-worden-Sein, Bestätigt-worden-Sein der Klient*innen aus Sicht der Therapeut*innen ursächlich für die narzisstischen Verletzungen scheinen. Auch ein zu viel Gesehen-Werden kann zu narzisstischen Verletzungen führen, so die interviewten Fachkolleg*innen. Besteht eine deutlich leistungsfokussierte Haltung der Bezugspersonen, kann dieses einseitige Loben und Anerkennen von Leistung bei Kindern zu narzisstischen Verletzungen führen. Auch Lehrer oder andere sekundäre Bezugspersonen können solche narzisstischen Verletzungen mitverursachen, wie folgendes Zitat zeigt:

Es gibt viele so verletzbare Menschen, die im Schulkontext endgültig total in den Abgrund gestoßen wurden. Eine hab´ ich – eine ganz junge, die wurde derartig entwertet bei einer Präsentation, dass es ganz schwer traumatisch war...natürlich mit der Familiengeschichte dazu. Aber ich glaube, ohne dieses Ereignis wäre die nicht so selbstunsicher geworden. (ISW, Absatz 48)

Menschen mit narzisstischen Verletzungen sind viel auf sich allein gestellt gewesen. Der Umgang mit Emotionen wurde bei Klient*innen mit narzisstischen Tendenzen wenig begleitet. Daraus folgt, dass das Erleben von Emotionen von diesen Klient*innen als schwierig erlebt wird. Klient*innen mit narzisstischen Tendenzen haben gelernt, oft und viel alleine gelassen zu werden und wenig in andere Menschen vertrauen zu können, wie folgendes Zitat zeigt:

Die sagen ja auch, ich kann ganz schwer vertrauen. Weil ich mache alles, ich bin die Beste, ich mache das alles, ich mache das, ich muss das machen. Ich mache es selbst. Selbst machen ist auch so ein diagnostisches / Medikamente ablehnen, gehört zur narzisstischen Tendenz. Keine Hilfe annehmen. Alles selbst, ich habe gelernt, alles selbst auszutarieren. Ganz früh. Obwohl ich es noch gar nicht konnte. (IEN, Absatz 150)

Häufig erlebte Kritik, eine grundsätzliche kritische Haltung dem Kind gegenüber fördert ebenso die Entwicklung einer narzisstischen Tendenz, wie in folgendem Zitat sichtbar wird:

Es ist eher ein defizitorientierter Blick der Eltern. Ja. Die Klientin hat beschrieben, sie kommt herein zu ihrer Mutter, und die Mutter, mittlerweile hat die Mutter gelernt, aber sie sieht sie noch immer, sie liest die Mutter gut. Als erstes runzelt sie mal die Stirn, weil sie irgendwas sieht. Eine Frisur sitzt nicht, Pickel, irgendwas, ja. Früher hat sie es auch gesagt, du hast da einen Pickel. Hallo, Servus. (IEN, Absatz 18)

Ein weiterer Faktor der zu narzisstischen Tendenzen führen kann, sind eine reduzierte Verfügbarkeit der Eltern, beziehungsweise die primären Bezugspersonen, weil diese vielleicht viele Sorgen haben, die elterliche Beziehung zerbricht oder es ist ein Verlust von den Bezugspersonen zu betrauern. Dann, wenn es primären Bezugspersonen psychisch nicht gut geht, versuchen Kinder, diese Bezugspersonen zu unterstützen, aufzuheitern und für deren Wohlbefinden zu sorgen. Diese Kinder

fühlen sich in weiterer Folge für das Wohl, aber auch für das „Nicht-gut-Gehen“ der Eltern bzw. primären Bezugspersonen verantwortlich und nehmen diese große Selbstüberforderung auf sich, wie folgendes Zitat zeigt: *„Und wenn sich das verfestigt über die Jahre, dann habe ich diese narzisstische Tendenz, ich mache alles allein, und ich bin verantwortlich für dein Glück. Nicht du. Du bist nicht für dich selbst verantwortlich“* (IEN, Absatz 154).

In der Kindheit erlebte Traumatisierungen führen ebenso zur Entwicklung narzisstischer Tendenzen. Das Feld der Traumatisierungen ist ein vielfältiges, genannt wurden Bloßstellungen durch den Lehrer, Mobbing-Erlebnisse, elterliche Vernachlässigung, wie folgendes Zitat zeigt: *„Wenn ich schaue, sind da traumatische Ereignisse im Hintergrund. Wurde ich sehr gekränkt, wurde ich beschämt von anderen, Schule, Mobbing, ja“* (f4-IEN, Absatz 12).

DISKUSSION

Das nachfolgende Kapitel fügt den theoretischen und den empirischen Teil dieser Arbeit zusammen. Die Ergebnisse aus den Interviews sollen den Erkenntnissen der Literatur gegenübergestellt, mit ihnen verglichen und verknüpft werden. Die Forschungsfragen sollen aus diesem Aspekt der Zusammenschau beantwortet werden. Auch die im Laufe der Studie und Interviews beziehungsweise im Zuge der Auswertung dieser Interviews entstandenen Erkenntnisse und daraus entstandene Anregungen für weiteführende Forschungsfragen sollen hier Raum finden.

Bezüglich des Aufbaus dieses Kapitels ist zu sagen, dass zunächst die Beantwortung beziehungsweise die Diskussion der Forschungsfragen erfolgen wird. Anschließend werden weitere Erkenntnisse im Hinblick auf die großen Kapitel des theoretischen Teils formuliert. Schlussendlich werden weiterführende Fragen und neue Aspekte, die zu Beginn der Arbeit nicht im Fokus der Aufmerksamkeit der Autorin waren, vorgestellt.

SPEZIFISCHE SCHWIERIGKEITEN UND HERAUSFORDERUNGEN IN DER THERAPEUTISCHEN ARBEIT

Gibt es spezifische Schwierigkeiten und Herausforderungen in der psychotherapeutischen Arbeit mit Klient*innen mit narzisstischen Aspekten aus Sicht der Therapeut*innen, und wenn ja, welche?

Diese Forschungsfrage ist ein zentrales Element der vorliegenden Arbeit.

Die Frage ist recht eindeutig mit Ja zu beantworten. Sowohl in den Interviews als auch in der Literatur sind spezifische Herausforderungen und Schwierigkeiten immer wieder genannt. Diese sollen nun hier angeführt werden.

NOTWENDIGE GEDULD DER THERAPEUT*INNEN

In den Interviews wird immer wieder berichtet, dass es viel Geduld braucht, bis Veränderung bei Klient*innen erkennbar wird. Wardetzki (1991) schreibt, wie im

Kapitel zur therapeutischen Beziehung erkennbar wird, dass das Ziel der Therapie beim weiblichen Narzissmus sein muss, Vertrauen mit Klient*innen aufbauen zu können. Die Klient*innen müssen die Erfahrung wiederholt sammeln können, dass sie sich in ihren Ängsten, Sorgen und Geheimnissen zeigen können und die Zuwendung des anderen dabei nicht verlieren. Die Klient*innen bräuchten viel Schutz und Geborgenheit, so etwas wie einen „emotionalen Brutkasten“ (S. 251)

Immer wieder steht die Angst der Klient*innen im Raum, von der Fachperson, die mit ihnen arbeiten, abgewertet zu werden, wenn sie sich offenbaren. Auch diese Angst der Klient*innen erfordert einen sehr sorgsamem Umgang von Seiten der Professionisten.

MACHTKÄMPFE

Das Thema der Machtkämpfe wurde interessanterweise in den Interviews nur selten initiativ von den Interviewpartner*innen genannt. Auf Nachfrage wurden Machtkämpfe durchaus als spezifische Herausforderung in der therapeutischen Arbeit mit Klient*innen mit narzisstischen Tendenzen bestätigt. Gezeigt hat sich in den Gesprächen, dass bei einer guten Klient*innen-Therapeut*innen-Beziehung die Einladung der Klient*innen zu solchen Machtkämpfen deutlich besser standgehalten werden konnten. Nach Yontef (1999) ist Präsenz der Fachperson ein wesentlicher Faktor für eine gelungene Klient*innen-Therapeut*innen-Beziehung. Diese Präsenz – wie im Kapitel zur therapeutischen Beziehung geschildert ist – bedeutet, dass sich die Fachperson im Kontakt mit den Klient*innen öffnet, weder besonders freundlich noch besonders unfreundlich. Yontef (1999) sagt: „Das heißt, sich zur Grenze hin zu öffnen, sie aber nicht überschreiten, nicht den anderen Menschen lenken wollen, nicht kontrollieren, was jenseits der Grenzen ist“ (S. 55). Zusätzlich postuliert Buber (zitiert nach Staemmler, 1993) das Ich-Du, welches eine absichtslose Haltung der Therapeut*innen meint, in der die Fachperson den Klient*innen wertschätzend und achtsam begegnet. Diese Haltung kann vorübergehend von einer Ich-Es-Haltung abgelöst werden, in der die Fachperson, funktional, analytisch und zweckgerichtet (Staemmler, 1993) agiert, beispielsweise bei Sequenzen der Psychoedukation oder bei der Entwicklung von Experimenten. Außerdem fordert Staemmler von der Fachperson die „Überzeugung von der Wirksamkeit ... [ihres] Seins und nicht so sehr

von der ... [ihres] Handelns“ (Staemmler, 1993, S. 42). Mit dieser Grundhaltung der Therapeut*innen, die in den Interviews immer wieder spürbar wurden, zeigt sich das Eintreten in einen Machtkampf mit Klient*innen deutlich reduziert.

Diesem Thema in weiteren wissenschaftlichen Studien nachzugehen, wäre äußerst interessant.

ANERKENNUNG

Anerkennung zeigt sich als ein weiteres schwieriges Feld in der Begegnung mit Klient*innen mit narzisstischen Tendenzen. Einerseits wünschen sich Klient*innen mit narzisstischen Tendenzen Anerkennung und andererseits ist es im therapeutischen Alltag erkennbar, dass genau diese Anerkennung für die Klient*innen nur schwer aushaltbar und annehmbar ist. Die Erfahrungen der Interviewpartner zeigen sich deckungsgleich mit den Erkenntnissen der Literatur. Letzteren zufolge durften diese Klient*innen Anerkennung, Lob oder Aufmerksamkeit in ihrer Kindheit nicht um ihrer selbst willen erfahren. Young, Klosko und Wieshaar (2005, zitiert nach Peichl, 2015b) beschreiben Einsamkeit und Isolation der Klient*innen in deren Kindheit als eine Ursache für die Entstehung narzisstischer Verletzungen. Weiters sind für sie auch unzureichende Grenzen ursächlich für narzisstische Tendenzen. Diese Klient*innen wurden als Kinder materiell verwöhnt, „sie durften, was sie wollten, es wurden keine Grenzen gesetzt...“ (Peichl, 2015b, S. 95). Außerdem wurden diese Klient*innen in ihrer Kindheit ausgenutzt und benutzt. Diese Kinder wurden nur dann mit Aufmerksamkeit bedacht, wenn sie den Wünschen, Anforderungen und Bedürfnissen der Eltern entsprachen und beispielsweise brav, lieb und nett oder besonders strebsam waren. Auch hohe Erwartungen der wichtigen Bezugspersonen führen zu narzisstischen Wunden, denn diese Kinder sind angehalten, hohen Ansprüchen zu genügen, um Anerkennung, Lob und Wertschätzung zu erhalten.

Ein weiterer Grund für die Schwierigkeit, die in Zusammenhang mit Anerkennung stehen, liegt in der Notwendigkeit dieser Klient*innen zur Abwertung der Beziehung zu anderen, um die drohende Abhängigkeit abzuwehren. Sie selbst können – so Kernberg (1978) – keine „echten Gefühle“ (S. 263) leben, sondern nehmen Wut, Rachegefühle und Empörung in sich wahr. Dieses Innenleben vermuten sie auch in anderen. Dies

wirkt beängstigend und führt dazu, dass Beziehungen zu anderen und auch deren Anerkennung abgewertet und somit abgewehrt werden müssen.

HOHE ANFORDERUNGEN DER KLIENT*INNEN

Die hohen Anforderungen, die Klient*innen mit narzisstischen Tendenzen an sich selbst stellen, werden als herausfordernd in der therapeutischen Arbeit beschrieben. In den Interviews wird beschrieben, wie häufig diese Klient*innengruppe von sich selbst oder von anderen hohe Leistungen erwarten. Die Literatur beschreibt dieses Phänomen ebenso und erklärt es mit den überhöhten Ansprüchen der wichtigen Bezugspersonen, die ihre Achtung, Liebe und Anerkennung nur bei hoher Leistung zu geben bereit sind, wie im vorherigen Kapitel ausgeführt wurde.

THERAPIEABBRÜCHE DURCH KLIENT*INNEN UND ERHÖHTE KRÄNKBARKEIT DER KLIENT*INNEN

Als weitere Schwierigkeit in der therapeutischen Arbeit mit Menschen mit narzisstischen Tendenzen werden abrupte Therapieabbrüche genannt. Als Ursache für die Abbrüche werden Kränkungen der Klient*innen formuliert. In der Literatur wird die leichte Kränkbarkeit von Klient*innen mit narzisstischen Tendenzen hervorgehoben und in Zusammenhang mit dem fragilen Selbstwert gebracht, den es zu schützen gilt. Zusätzlich ist die gelungene Selbstwertregulation von Menschen mit narzisstischen Tendenzen nicht gefestigt und daher müssen diese ihren Selbstwert durch Lob und Anerkennung des Umfelds hoch halten (Peichl, 2015b). Nur mit einer gelungenen Selbstwertregulation ist es möglich, Kritik, Enttäuschungen und Zurückweisungen auszuhalten (Bierhoff & Herner, 2009). Kohut (2018) beschreibt ebenfalls eine erhöhte „narzisstische Kränkbarkeit“ (S. 35).

Wichtig in einer Kränkungssituation scheint es den Interviewpartner*innen, sich in eine Ruhe zu bringen, den Kontakt zu den Klient*innen wiederherzustellen und korrigierend auf die Interpretationen der Klient*innen soweit als möglich einzuwirken.

TOPDOG – UNDERDOG

F. Perls (1969) brachte die Begrifflichkeiten des Topdog und des Underdogs ein. Für ihn ist der Topdog die strenge und fordernde Instanz, die den Underdog kritisiert und antreibt. Der Underdog hingegen versucht, den Anforderungen zu entgehen, er fürchtet sich vor der Strenge des Topdogs und sabotiert dessen Anforderungen. Diese starken Gegensätze sind auch in der Dynamik des Narzissmus erkennbar, wenn man beobachtet, wie sehr sich narzisstische Menschen antreiben, gute oder sogar beste Leistungen zu erbringen und auf der anderen Seite in ihrem Selbstwert scheinbar ins Bodenlose fallen, wenn sie ihren Ansprüchen nicht gerecht werden können. Aus dieser beobachtbaren Dynamik heraus formuliert Wardetzki (2014) als Therapieauftrag, dass Topdog und Underdog sich annähern und dadurch eine integrierte und gemäßigte Anspruchshaltung entstehen kann.

Wardetzki (1991) definiert ein „narzisstisches Spaltungsmodell“ (S.151). Diesem zufolge entwickelt sich ein falsches Selbst, bestehend aus zwei Teilen: einerseits dem minderwertigen und depressiven und andererseits dem grandiosen Selbst. Wenn ein Klient mit narzisstischen Verletzungen das grandiose Selbst wahrnimmt, hat er keinen Zugang zu dem minderwertigen Selbst und umgekehrt. Dies hat zur Folge, dass das Gefühl im minderwertigen Selbstzustand ein bodenloses und daher unbedingt zu vermeidendes ist.

ABWERTUNG DER THERAPEUT*INNEN DURCH KLIENT*INNEN

Abwertung muss fast schon durch Klient*innen vollzogen werden, um das Gefühl von Neid abzuwehren, dass sie auch in Bezug auf andere Menschen haben. Kernberg (1978) beschreibt, dass Abhängigkeiten für Menschen mit narzisstischen Tendenzen nicht gut aushaltbar sind. Die Entwicklung des Ichs sowie des Über-Ichs ist unzureichend. Primitive und aggressive Überichanteile werden übernommen und können nicht durch lieblichere Überichanteile abgemildert werden. Aufgrund dieser aggressiven Überichgestaltung sind auch die Projektionen höchst aggressiv und daher beängstigend. Dies führt dazu, dass Beziehungen entwertet werden müssen.

ÜBERTRAGUNGSGEFÜHLE DER THERAPEUTI*NNEN

Die bisherigen Ausführungen dieses Kapitels zeigen auf, welche Gefühle, Gedanken und Ängste in Klient*innen mit narzisstischen Tendenzen in Bezug auf ihr Gegenüber bestehen. Diese Anforderungen, Großes leisten zu müssen, aufgewertet zu werden und gleich darauf tief zu fallen, oder in Machtkämpfe eingeladen zu sein, sind auch in Übertragungen für Therapeut*innen wahrnehmbar. In den Interviews wird es als wesentlich formuliert, sich als TherapeutIn dieser Übertragungsgefühle bewusst zu sein, diese gut zu verwalten und sich in sich stabil zu halten. Es wird als besonders schwierig erlebt, trotz der Herausforderungen dieses Kontakts das therapeutische Beziehungsangebot zu halten. Staemmler (1993) sagt dazu: „Als Therapeut haben wir ... in besonderem Maße mit Menschen zu tun, die in ihrer Fähigkeit, echte Beziehungen aufzunehmen, ... mehr oder weniger stark eingeschränkt [sind]“ (S. 39). Weiter postuliert er: „Dies erfordert [von dem Fachexperten] ... die Überzeugung von der Wirksamkeit seines Seins und nicht so sehr von der seines Handelns ...“ (S. 42).

ZENTRALE BEREICHE BEI NARZISSTISCHEN VERLETZUNGEN

DER SELBSTWERT

Der Selbstwert beziehungsweise die Entwicklung der Selbstwahrnehmung und des Selbstwerts hat in der therapeutischen Arbeit mit Klient*innen mit narzisstischen Tendenzen einen zentralen Stellenwert. Eine Interviewpartnerin formuliert eine günstige Entwicklung des Selbstwerts folgendermaßen: „Der Selbstwert einer Person kann dann wachsen, wenn man lernt, sich selbst besser zu verstehen. Durch das bessere Verstehen sich besser anzunehmen. Wohlwollend zu werden, zu sich selbst“ (IEK, Absatz 90). Dieses Wohlwollen zu sich zeigt sich beispielsweise in der Neuorientierung der Prioritäten des Lebens der Klient*innen, in deren Freizeitgestaltung und deren Bereitschaft zur Arbeitsleistung.

Sich selbst besser wahrnehmen und erkennen zu können, ist ebenso eine wesentliche Entwicklung in der therapeutischen Arbeit. Eine Interviewpartnerin hat Folgendes dazu gesagt:

Desto besser sind ihre körperlichen Zustände geworden. Also das hat sie dann viel besser regulieren können. Und hat gelernt, das als Anzeiger zu nehmen, aha! Das ist jetzt - jetzt bin ich wieder weiter weg von mir – ich muss schauen, dass ich zur Ruhe komm. (IEL, Absatz, 56)

BEZIEHUNGSFÄHIGKEIT DER KLIENT*INNEN UND DIE THERAPEUTISCHE BEZIEHUNG

Beziehung ist für Menschen mit narzisstischen Tendenzen meist ein schwieriges Feld. Beispielsweise sehnen sie sich nach Anerkennung und Bestätigung durch andere, und andererseits können sie diese nicht annehmen. Sie werten das Gegenüber im Gegenteil ab, um ihren fragilen Selbstwert zu schützen, wie das Kapitel „Selbstwert“ des Theorieteils zeigt. Menschen mit narzisstischen Verletzungen haben nach Kernberg (2009) kein wirkliches Interesse an anderen Menschen, sondern sehnen sich und gieren nach deren Anerkennung. Menschen mit narzisstischen Tendenzen haben häufig schon sehr früh schwierige Erfahrungen in zwischenmenschlichen Beziehungen gemacht, in denen sie beispielsweise in ihren Bedürfnissen nicht gesehen und für die Wünsche anderer missbraucht wurden (Wardetzki, 1991).

Die grundlegenden Schwierigkeiten in Beziehungen führen diese Klient*innen oft in Therapie und zeigen sich auch in eben dieser. Ein Interviewpartner schildert dies folgendermaßen:

Wo Bindung, Sicherheit oder so ... infrage steht. Eine totale Bedrohung. Und das finde ich so schwierig...so den schwierigen Part – wo es ...auf einer sachlichen Ebene gut geht. Aber dort, wo es um die feine Beziehungsqualität zwischen Ich und Du geht, wird's sehr fragil. (IDG, Absatz 58)

Wardetzki (1991) zufolge ist die Gesundung einer narzisstischen Thematik nur durch eine tragfähige Beziehung möglich (S. 251). Sie sagt: „Ich halte das für einen entscheidenden Faktor auf dem Weg der Genesung: die Erfahrung, sich in einer Beziehung mit ihren tiefen Gefühlen und Geheimnissen zeigen zu dürfen und die Zuwendung des anderen nicht zu verlieren...“ (Wardetzki, 1991, S. 253). Die Übertragungsvorgänge, die ursprünglich mit den wichtigen Bezugspersonen in der Kindheit hätten passieren sollen, müssen nun – so Kohut (zitiert nach Kernberg, 2015) – in der therapeutischen Beziehung geschehen können. Mithilfe der Fachperson und dem dann schon reifen Selbst kann die Entwicklung neuer psychischer Strukturen in den Klient*innen geschehen und eine differenziertere Selbstwertregulierung entwickelt werden.

Nach und nach können im therapeutischen Prozess die therapeutische Fachperson sowie die eigene Person von Klient*innen immer deutlicher erkannt, wahrgenommen und anerkannt werden.

Demzufolge ist der mit Abstand wesentlichste Wirkfaktor in der Arbeit mit Klient*innen mit narzisstischen Tendenzen eine gute therapeutische Beziehung, die durch eine grundlegend wohlwollende Haltung definiert wird, wie im folgenden Kapitel näher ausgeführt werden soll.

URSACHEN DER ENTSTEHUNG NARZISSTISCHER VERLETZUNGEN

Als Ursache für die Entstehung narzisstischer Tendenzen ist von den Interviewpartner*innen eine fehlende Passung zwischen den Eltern und den Kindern beobachtet worden. Kinder wurden nicht ausreichend gespiegelt, wie eine Interviewpartnerin zusammenfasst. Auch die Literatur beschreibt Schwierigkeiten in der zwischenmenschlichen Beziehung. Beispielsweise benennt Kernberg (1978) „unerträgliche reale Gegebenheiten im zwischenmenschlichen Beziehungsfeld“ (S. 266). Aus diesen Störungen im Zwischenmenschlichen kann eine reife Integration des Über-Ichs nicht erfolgen. Es bleibt auf einem archaischeren und aggressiven Niveau. Dies führt zu Ängsten dieser Klient*innen in Bezug auf Absichten und Haltungen anderer. Auch führt dieses aggressive Überich zu hohen Anforderungen an sich selbst und andere und zu einem instabilen Selbstwert.

Kohut (2018) postuliert, dass Liebe und Fürsorge der primären Bezugsperson zu einer Festigung des Größen-Selbst führen. Dieses Größen-Selbst entwickelt sich in weiterer Folge idealerweise in eine reife Form der Selbstliebe und des Selbstwertgefühls.

Wardetzki (1991) sieht in Verlassenheitserlebnissen aus der Kindheit die Ursache für die Entstehung von narzisstischen Verletzungen. Solche Erlebnisse äußern sich in Isolation, Einsamkeit, Ausbeutung, Missbrauch zugunsten der Bedürfnisse und Wünsche der Bezugspersonen, genauso auch in Überbehütung und Verwöhnung der Kinder, denen keine Grenzen gesetzt werden. Auch Bummelmann (Bonelli, 2016) benennt zu viel und zu verherrlichendes Lob als schädlich und ursächlich für die Entwicklung narzisstischer Tendenzen.

WIRKFAKTOREN DER INTEGRATIVEN GESTALT THERAPIE

Wie bereits erwähnt, ist die therapeutische Beziehung der wesentlichste Wirkfaktor in der therapeutischen Arbeit mit narzisstischen Klient*innen. Die Interviewpartner formulieren in dem Zusammenhang die Notwendigkeit einer wohlwollenden Haltung auf Augenhöhe und einer Zuversicht der Therapeut*innen, dass Entwicklung möglich ist. Es wird als wichtig erachtet, dass die Fachperson ruhig und geduldig mit den Klient*innen auf deren Entwicklungswegen mitgeht und dranbleibt. Auch eine gegenseitige Sympathie wird als förderlich genannt. Bei einer guten Klient*innen-Therapeut*innen-Beziehung ist es möglich und wichtig als Therapeut*In, kritische Rückmeldungen den Klient*innen zu geben. In Auseinandersetzungen und abwertenden Angriffen der Klient*innen ist es wichtig, ruhig in sich zu bleiben, seine Position zu halten und feindliche oder aggressive Interpretationen der Klient*innen, wenn möglich zu korrigieren. Eine Interviewpartnerin formuliert dies folgendermaßen:

Ich atme mal durch. Und wenn ich es wahrnehme, komme ich relativ rasch, ohne dass ich viel überlegen muss, in ein Gefühl des Mitgefühls. Ah, jetzt ist wieder so was, ja. Und ich glaube, dass meine Klienten das sehen. Dass sich

mein Gesicht entspannt, anstatt anspannt. Ja. Das ist oft der Blickkontakt. (EIN, Absatz 26)

Bei dem Bestehen einer gelungenen Klient*innen-Therapeut*innen-Beziehung sind verschiedene Interventionen möglich und wirksam. Beispielsweise den Klient*innen nach L: Perls (2005) Support zu geben und sie so zu stützen. Die „Innere Kindarbeit“ (Peichl, 2015b) wird als wirksame Arbeit mit Klient*innen mit narzisstischen Tendenzen genannt. Die Intervention „leerer Stuhl“ (Staemmler, 1995) wird ebenso als hilfreich genannt. Diese zeigt sich - den Erfahrungen der Interviewpartner nach - eher selten als geeignet. Psychoedukation scheint hingegen eine sehr hilfreiche Intervention zu sein und auch die phänomenologische Herangehensweise des Hier und Jetzt der Integrativen Gestalttherapie.

ZUSAMENFASSUNG UND FAZIT

ZUSAMMENFASSUNG

Die vorliegende Arbeit beschäftigt sich mit der Frage, ob es spezifische Herausforderungen und Schwierigkeiten in der psychotherapeutischen Arbeit mit KlientInnen mit narzisstischen Verletzungen gibt. Einmal mehr soll an dieser Stelle hervorgehoben werden, dass der Fokus auf Klient*innen liegt, die narzisstische Verletzungen haben, aber keine narzisstische Persönlichkeitsstörung aufweisen. Besonders von Interesse waren die Erfahrungen langjährig tätiger Integrativer Gestalttherapeut*innen in Bezug auf diese soeben erwähnte Fragestellung.

Zu diesem Zweck wurde ein problemzentriertes Interview nach Witzel (1985) durchgeführt, welches initial ein freies Reden der Interviewpartner*innen vorsieht und dadurch ein Erfassen ihres breiten Wissens- und Erfahrungsspektrums ermöglicht.

Ein Interviewleitfaden ermöglichte der Interviewerin wesentliche Aspekte trotz des freien Sprechens nicht aus dem Fokus zu verlieren. Der Interviewleitfaden findet sich im Anhang wieder.

Die Analyse erfolgte nach dem Grundprinzip der inhaltlich-strukturierenden Analyse nach Mayring (2010). Diese Methode ermöglicht, eine möglichst genaue Abbildung der Realität aus Sicht der interviewten Personen zu bekommen.

Inhaltlich lässt sich Theorie und Empirie so zusammenfassen, dass sich eindeutig spezifische Herausforderungen in der therapeutischen Arbeit mit Klient*innen mit narzisstischen Verletzungen zeigen. Diese sind beispielsweise der große Hunger nach Anerkennung und gleichzeitig die große Schwierigkeit der Klient*innen diese anzunehmen. Es zeigt sich eine Schwierigkeit der Klient*innen mit den Therapeut*innen nicht in Machtkämpfe zu gehen und diesen auf Augenhöhe zu begegnen. Hohe Ansprüche an sich und andere erweisen sich in der Therapie als schwierig, da diese beispielsweise dazu führen, dass die Therapeut*innen große Anforderungen der Klient*innen wahrnehmen oder die Klient*innen Großes von sich selbst verlangen. Diese Anforderungen führen möglicherweise zu massiven Selbstwerteinbußen, sollte ihnen nicht Folge geleistet werden können. Es ist wichtig für die Therapeut*innen, die Übertragungsgefühle, die Therapeut*innen in therapeutischen Einheiten mit Klient*Innen mit narzisstischen Verletzungen wahrnehmen, und tatsächliche Abwertungen der Therapeut*innen durch Klient*innen

gut zu verwalten. Vermehrte Therapieabbrüche von Seiten der Klient*Innen sowie erhöhte Kränkbarkeit der Klient*innen werden ebenfalls als Schwierigkeit berichtet.

Die wenig differenzierte Selbstwertregulation ist eine zentrale Schwierigkeit von Klient*Innen mit narzisstischen Tendenzen.

Beziehung ist für Menschen mit narzisstischen Tendenzen meist ein problematisches Feld. Die grundlegenden Schwierigkeiten in Beziehungen führen diese Klient*innen oft in Therapie und zeigen sich auch in eben dieser. Demzufolge ist der mit Abstand wesentlichste Wirkfaktor in der Arbeit mit Klient*innen mit narzisstischen Tendenzen eine gute therapeutische Beziehung, die durch eine grundlegend wohlwollende Haltung definiert wird, wie im folgenden Kapitel näher ausgeführt werden soll.

Interessant scheint, dass die Problematik der Machtkämpfe von den Interviewpartner*Innen kaum initial genannt wird. Nur auf Nachfrage werden diese als spezifische Schwierigkeit bestätigt. Dieses Phänomen wäre interessant in weiteren Untersuchungen zu ergründen.

PERSÖNLICHES FAZIT

Für mich zeigt sich bei der Thematik narzisstischer Verletzungen als wesentliches und zentrales Element, sozusagen als Dreh- und Angelpunkt, die zwischenmenschliche Beziehung. Die Beziehungserfahrungen in der Kindheit fügen den Klient*innen ihre narzisstischen Verletzungen zu, unter denen sie oftmals stark leiden. Die späteren heilsamen und therapeutischen Beziehungen, geprägt von einer wohlwollenden Haltung, können mit Geduld eine Entwicklung aus diesen narzisstischen Verletzungen ermöglichen. Bei dieser therapeutischen Arbeit bleibt das Feld der Beziehung nach wie vor ein heißes. Beziehung ist in der Integrativen Gestalttherapie seit jeher eine zentrale Grundlage, dennoch scheint die Bedeutung der Beziehung für und bei narzisstischen Verletzungen außergewöhnlich.

LITERATURVERZEICHNIS

Bierhoff, H-W., Herner, M. J. (2009). *Narzissmus – die Wiederkehr* (1. Aufl.). Bern: Hans Huber.

Bonelli, R. M. (2016). *Männlicher Narzissmus - Das Drama der Liebe, die um sich selbst kreist* (3. Aufl.). München: Kösel-Verlag.

Buber, M. (2014). *Das dialogische Prinzip* (13. Aufl.). Gütersloh: Gütersloher Verlagshaus.

Damasio, A. (2011). *Selbst ist der Mensch – Körper, Geist und Die Entstehung des menschlichen Bewusstseins*. München: Pantheon-Verlag.

De Roeck, B-P. (2006). *Gras unter meinen Füßen* (18. Aufl.). Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag.

Dillinger, H., Mombour W.& Schmidt M.H. (2015). *ICD-10 – Internationale Klassifikation psychischer Störungen* (10. überarbeitete Aufl.). Bern: Hogrefe.

Gahleitner, S. B., Schmitt, R.& Gerlich, K. (2014). *Qualitative und quantitative Forschungsmethoden für EinsteigerInnen aus den Arbeitsfeldern Beratung, Psychotherapie und Supervision*. Coburg: ZKS-Verlag.

Gremmler-Fuhr, M. (2017a). Grundkonzepte und Modelle der Gestalttherapie. In R. Fuhr, M. Sreckovic & M. Gremmler-Fuhr (Hrsg.), *Handbuch der Gestalttherapie* (3. neu ausgestattete Aufl., S. 345-392). Göttingen: Hogrefe.

Gremmler-Fuhr, M. (2017b). Dialogische Beziehung in der Gestalttherapie. In R. Fuhr, M. Sreckovic, M. & Gremmler-Fuhr (Hrsg.), *Handbuch der Gestalttherapie* (3. neu ausgestattete Aufl., S. 393-416). Göttingen: Hogrefe.

Hoffmann-Widhalm, H. (2018). Traumafolgentherapie in der Integrativen Gestalttherapie. In M. Hochgerner, H. Hoffmann-Widhalm & E. Wildberger (Hrsg.), *Gestalttherapie* (2. Aufl., S. 367-392). Wien: Facultas.

Kernberg, O. (1978). *Borderline-Störungen und pathologischer Narzißmus*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.

Kernberg, O. F. (2009). *Narzißmus, Aggression und Selbstzerstörung – Fortschritte in der Diagnose und Behandlung schwerer Persönlichkeitsstörungen* (2. Aufl.). Stuttgart: Klett-Cotta.

Kernberg, O. (2015). *Schwere Persönlichkeitsstörungen – Theorie, Diagnose und Behandlungsstrategie* (9. Aufl.). Stuttgart: Klett-Cotta.

Kohut, H. (2018). *Narzißmus – Eine Theorie der psychoanalytischen Behandlung narzißtischer Persönlichkeitsstörungen* (17. Aufl.). Frankfurt am Main: Suhrkamp.

- Kronberger, M. (2019). *Who am I? Eine gestalttherapeutische Annäherung an das Konzept des Selbst eingebettet in gesellschaftspolitische und spirituelle Aspekte*. Wien.
- Lowen, A. (1986). *Narzißmus – Die Verleugnung des wahren Selbst* (2. Aufl.). München: Kösel-Verlag.
- Mayring, P. (2010). *Qualitative Inhaltsanalyse – Grundlagen und Techniken* (11. aktualisierte und überarbeitete Aufl.). Weinheim und Basel: Beltz.
- Nausner, L. (2018). Begriffe und Konzepte der Gestalttherapie – Grundlagen und Entwicklungen. In M. Hochgerner, H. Hoffmann-Widhalm & E. Wildberger (Hrsg.), *Gestalttherapie* (2. Aufl., S. 109-131). Wien: Facultas.
- Peichl, J. (2015a). *Innere Kritiker, Verfolger und Zerstörer – Ein Praxishandbuch für die Arbeit mit Täterintrojekten* (4. Aufl.). Stuttgart: Klett-Cotta.
- Peichl, J. (2015b). *Narzisstische Verletzungen der Seele heilen – das Zusammenspiel der inneren Selbstanteile*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Peichl, J. (2017). *Warum es auch gut ist, Narzisst zu sein*. München: Kösel-Verlag.
- Perls, F. (1969). *Gestalt-Wahrnehmung – Verworfenes und Wiedergefundenes aus meiner Mülltonne*. Frankfurt am Main: Verlag für humanistische Psychologie.

Perls, F. (1985). *Grundlagen der Gestalt-Therapie – Einführung in die Sitzungsprotokolle* (6. Aufl.). München: J. Pfeiffer.

Perls, F. (1986). *Gestalttherapie in Aktion* (4. Aufl.). Kösel: Klett.

Perls, L. (2005). *Leben an der Grenze Essays und Anmerkungen zur Gestalt-Therapie* (3. Aufl.). Bergisch Gladbach: EHP-Verlag.

Perls, F. (2012). *Das Ich, der Hunger und die Aggression* (8. Aufl.). Stuttgart: Klett-Cotta.

Perls, F., Hefferline R. F. & Goodman P. (2013). *Gestalttherapie – Grundlagen der Lebensfreude und Persönlichkeitsentfaltung* (8. Aufl.). Stuttgart: Klett-Cotta.

Polster, E., Polster M. (1977). *Gestalttherapie – Theorie und Praxis der integrativen Gestalttherapie* (2. Aufl.). München: Kindler-Verlag.

Rahm, D., Otte, H., Bosse, S., Ruhe-Hollenbach, H. (1993), *Einführung in die Integrative Therapie – Grundlagen und Praxis* (4. Aufl.). Paderborn: Jungferman Verlag.

Rauchfleisch, U. (2017). *Narzissten sind auch nur Menschen*. Ostfildern: Patmos Verlag.

Schreier, M. (2014). Varianten qualitativer Inhaltsanalyse: Ein Wegweiser im Dickicht der Begrifflichkeiten [59 Absätze]. *Forum Qualitative Sozialforschung / Forum:*

Qualitative Social Research, 15(1), Art. 18. Verfügbar unter <http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:0114-fqs1401185>.

Staemmler, F-M. (1993). *Therapeutische Beziehung und Diagnose – Gestalttherapeutische Antworten*. München: J.Pfeiffer.

Staemmler, F-M. (1995). *Der „leere Stuhl“ Ein Beitrag zur Technik der Gestalttherapie*. München: J.Pfeiffer.

Staemmler, F-M. (2009a). *Das Geheimnis des Anderen – Empathie in der Psychotherapie*. Stuttgart: Klett-Cotta.

Staemmler, F-M. (2009b). *Was ist eigentlich Gestalttherapie*. Bergisch Gladbach: EHP-Verlag.

Stern, D. (2016). *Die Lebenserfahrung des Säuglings* (11. Aufl.). Stuttgart: Klett-Cotta.

Stix, S. (2018). *Narzissmus und Selbstwert - Die Auswirkung von Bindungsdefiziten auf die Entwicklung des Selbstwerts*. Vöcklamarkt.

Vidakovic, I., Zeleskov, J., Roubal, J., van Baalen, D., Francesetti, G. & Wimmer, B. (Hrsg.), (2014). *Professionelle Kompetenzen und qualitative Standards: Spezifische Kompetenzen von GestalttherapeutInnen*. Verfügbar unter <http://www.gestalttherapie.at/downloads/PCQS%20German%2023062014final.pdf>.

Wardetzki, B. (1991). *Weiblicher Narzissmus – Der Hunger nach Anerkennung* (28. Aufl.). München: Kösel-Verlag.

Wardetzki, B. (2014). *Souverän & Selbstbewusst – Der gelassene Umgang mit Selbstzweifeln*. München: Kösel-Verlag.

Wardetzki, B. (2018). *Narzissmus, Verführung und Macht – Was Narzissten ausmacht und wie sie verführen* (1. Aufl.). München: Goldman.

Witzel, A. (1985). Das problemzentrierte Interview. In G. Jüttemann (Hrsg.), *Qualitative Forschung in der Psychologie: Grundfragen, Verfahrensweisen, Anwendungsfelder* (S.227-255). Weinheim: Beltz. Verfügbar unter <https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssoar-5630>.

Yontef, G. M. (1999). *Awareness, Dialog, Prozess - Wege zu einer relationalen Gestalttherapie*. Bergisch Gladbach: EHP-Verlag.

ANHANG

ANHANG 1

INTERVIEWLEITFADEN

1. Einstiegsfrage: Sie wissen, ich interessiere mich für die therapeutische Arbeit mit Menschen mit narzisstischen Anteilen. Was können sie mir allgemein dazu erzählen?

2. An welche Klient*innen denken Sie, wenn Sie nach narzisstischen Klient*innen gefragt werden? Praktische Beispiele bitte.

- Wohl nicht der „erfolgreiche Manager“, oder?
- Die klassische Hausfrau und Mutter? Oder teilzeitberufliche Mütter oder taffe Businessfrauen?
- Gibt es auch Klient*innen die in weniger hochgestellten oder prestigeträchtigen Jobs arbeiten oder nicht arbeiten und von einem finanziellen Minimum leben müssen?
- Wie sind sie privat sozial eingebettet (Familie, Kinder, Partner*innen, oder Single – mit oder ohne Freunden oder nur wenigen sozialen Beziehungen...)?
- Zeigen sich spezifische Unterschiede bei Männern und Frauen bezüglich der Themen?
- Gibt es Gemeinsamkeiten im „ersten Eindruck“?

3. Was ist das erklärte Anliegen bzw. Ziel mit dem diese Klient*innen ursprünglich in die Therapie kommen?

- Die Frage nach „wer bin ich eigentlich bzw. wie bin ich eigentlich“?
- Oder vielleicht die Frage nach sozialen Schwierigkeiten?
- Oder die bereits bestehende oder drohende Einsamkeit (Partner*in will sich trennen...)?

4. Was sind die besonderen Herausforderungen in der therapeutischen Arbeit mit diesen Klient*innen? Praktische Beispiele bitte.

- Besondere Kränkbarkeit? Wo und wie zeigen sich diese?
- Machtkämpfe? Wo und wie zeigen sich diese?
- Überhöhung gefolgt von Abwertung oder nur Abwertung?
- Geprüft werden ob der fachlichen Kompetenzen?
- Übertragung? Sich klein/unwissend/minder fühlen?

5. Welche therapeutische Haltung ist dienlich und welche ist eher ungünstig? Wieso? Praktische Beispiele bitte.

- Konfrontativ?
- Stützend?
- Nachnährend? - geht das überhaupt? Wenn ja, wie?
- Hofierend?

6. Welche Interventionen sind günstig und von welchen ist eher abzuraten? Wieso? Praktische Beispiele bitte.

- Konfrontativ, stützend, führend, begleitend....viel/nur Anerkennung?

7. Welche Probleme tun sich in der Arbeit mit diesen Klient*innen – ist da etwas signifikant? Praktische Beispiele bitte.

- Vermehrte Behandlungsabbrüche nach (vermeintlichen) Kränkungen?
- Starkes Streben nach Anerkennung?

8. Welche psychische Entwicklung haben sie in der Therapie bei diesen Klient*innen erfahren (Frage nach Therapieerfolgen)? Praktische Beispiele bitte.

9. Gibt es noch etwas, was ich vergessen habe zu fragen, aber was noch wichtig wäre, zu erwähnen?

ANHANG 2

TRANSKRIPT-BEISPIEL

I: Verletzlich im Sinn von kränkbar oder anders?

D: Kränkbar und eventuell auch Angst, beides eventuell... Und auch ärgerlich werden und auch manchmal quasi erstarren...wenn etwas angetriggert wird, was ned sein darf.

I: Das ist die Angst?

D: Genau.

I: Hast du da ein Beispiel...is das in bestimmten Situationen oder Themen? Oder gibt's da einen gemeinsamen Nenner?

D: ich glaub schon, dass das in bestimmten Situationen ist, wo ich die Idee hab, dass die Personen sich in ihrer Integrität gefährdet fühlen oder sich irgendwie ausgeliefert. Oder – und das is ein anderer Aspekt – und auch – und das kann durchaus auch gleichzeitig auftreten – Angst hat, mir nicht zu entsprechen, obwohl ich eh keine Ansprüche an sie stelle. Wo wir schon bei Ansprüchen sind: Menschen, die oft sehr hohe Ansprüche an sich stellen und die sich selber auch durchs Leben quälen. Quälen – das tun andere auch...aber irgendwie sich durchs Leben treiben.

I: Du hast jetzt schon einige Personen oder einige Erfahrungen aus deinen Arbeitsjahren, die dir jetzt in Erinnerung kommen, oder? Gibt's da was, wo du sagst so gemeinsame Schwierigkeiten, die sich ergeben mit diesen Menschen, das waren Schwierigkeiten, die sind schon besonders. Das ist bei anderen Themen so nicht.

D: Auf diese Frage fällt mir die Antwort insofern schwer, weil es nicht so leicht ist, zu differenzieren. Es gibt sicher viele Menschen mit narzisstischen Anteilen und depressiven Anteilen. Auch mit schizoiden Anteilenalso in diese Richtung ...also ich kann es nicht 100% auseinanderdifferenzieren und würde mir auch wirklich schwer fallen, das zu machen....Es gibt so ein narzisstisches Feld oder eine narzisstische Situation und darunter versteh ich das oft so wie eine Mauer, ich kann nicht zu dem hin, ich seh der is da drüben alleine und vereinsamt und ich bin auch da...und alleine....und es is schwer.....ähnliches tritt bei depressiven Menschen auch auf, aber da is das ganz was anderes, da erleb ich das nicht so wie eine Mauer, sondern eher etwas Uferloses. Und wo es irgendwie darum geht, über diese Mauer hinweg eine gemeinsame Sprache zu entwickeln. Und dann kann es sein, dass die Mauer Lücken

kriegt...dann kann sein, dass irgendetwas Anderes auftaucht, was Herzliches, oder auch etwas Befreiendes. ...Jetzt hab ich deine Frage vergessen –

I: Die besonderen Schwierigkeiten.

D. ja, genau.....diese Mauer....in mir taucht oft sowas auf wie ein Anspruch: „so jetzt muss ich besonders gut sein, um dieser Person zu entsprechen“ und oft auch im Nachfragen ist es genauso umgekehrt: Die besonders gut tun müssen um mir zu entsprechen, die speziell darauf achten, dass sie quasi nix Falsches mir gegenüber sagen....wo quasi was Holpriges entsteht ...mehr fällt mir dazu grad nicht ein...

I: das sind sehr starke Bilder, da kommt schon ganz viel an Information mit. Dieses „Besonders-sein-Müssen“. Das kann man ja durchaus als Übertragungsphänomen bezeichnen, oder?