
**Gemeinsame Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Psychotherapeutische
Medizin,
Deutschen Gesellschaft für Psychanalyse, Psychotherapie, Psychosomatik
und Tiefenpsychologie (DGPT),
des Deutschen Kollegium für Psychosomatische Medizin (DKPM) und
der Allgemeinen Ärztlichen Gesellschaft für Psychotherapie (AÄGP)**

AWMF-Leitlinien-Register**Nr. 051/020****Entwicklungsstufe:****2****nicht aktualisiert**

Narzisstische Persönlichkeitsstörung (ICD- 10 F60.8)

Die Leitlinie stützt sich auf eine den Zeitraum von 1980 bis 2000 umfassende Literaturrecherche mit Hilfe der Datenbanken Medline, PsycLit und PSYINDEX, welcher die Begriffe "Persönlichkeitsstörung" und "personality disorder" bzw. deren Untertypen zugrunde lagen, auf Monographien und auf dieses Thema bezogene Abschnitte ausgewählter Lehrbücher, auf eine Experten-Konsensuskonferenz im Juni 1998 sowie auf eine Delphi-Befragung weiterer Experten im Jahre 1999. Die ausführliche Dokumentation der Datenbasis dieser Leitlinie findet sich im separat zugänglichen Quellentext [Tress W, Wöller W, Hartkamp N, Langenbach M, Ott J (Hrsg) Persönlichkeitsstörungen. Leitlinie und Quellentext. Stuttgart, New York: Schattauer (im Druck)].
Therapeutische Empfehlungen wurden mit der Angabe ihrer "Evidenz"stufe (E) versehen (s. Anhang).

Definition

- Tiefgreifendes Muster von Großartigkeit (in Phantasien oder Verhalten), Bedürfnis nach Bewunderung und Mangel an Empathie
- Die Betroffenen haben ein grandioses Gefühl der eigenen Wichtigkeit, glauben von sich, "besonders" und einzigartig zu sein und legen ein Anspruchsdenken an den Tag, d. h. übertriebene Erwartungen an eine besonders bevorzugte Behandlung oder automatisches Eingehen auf die eigenen Erwartungen.
- In zwischenmenschlichen Beziehungen sind die Betroffenen ausbeutend, zeigen einen Mangel an Empathie sowie arrogante, überhebliche Verhaltensweisen oder Haltungen.

Diagnose

- Klinisch; im Einzelfalle Narzissmus-Inventar
- Diagnosestellung u. U. erst nach einem längeren psychotherapeutischen Behandlungsprozess möglich

- Cave: Suizidalität

Differentialdiagnose

- psychotische Störungen (wahnhaftige Störungen mit Größenideen)
- affektive Störungen (Manie, Hypomanie, Depression)
- narzisstische Charakterprägungen ohne Krankheitswert
- andere Persönlichkeitsstörungen:

Steht Empathiemangel im Vordergrund und dominiert feindselige Zurückgezogenheit	V.a. dissoziale Pers.-Störung
Die Fähigkeit zu vertrauensvollem Sich-Einlassen ist vorhanden	V.a. histrionische Pers.-Störung
Die Fähigkeit zu aktiv-liebevoller Annäherung ist vorhanden	V.a. Borderline-Pers.-Störung
Selbst-Kontrolle und Sich-Verschliessen	V.a. anankastische Pers.-Störung sind bestimmend

Epidemiologie

Prävalenz: Unter 1% der Allgemeinbevölkerung.

Komorbidität

Vorwiegend mit histrionischer, dissozialer und Borderline-Persönlichkeitsstörung, z.T. mit vermeidender Persönlichkeitsstörung und paranoider Persönlichkeitsstörung. Gelegentlich ichsytone Suizidalität.

Psychodynamik

- Die Grandiosität der narzisstisch gestörten Persönlichkeit, die Vorstellung, alles Gute in sich zu tragen, nichts zu benötigen, dient als Schutz gegenüber Gefühlen der Nichtigkeit, der Abhängigkeit und des Neides. Die Abwehr von Gefühlen der Nichtigkeit ist dabei als zentral anzusehen.
- Die Grandiosität kann dabei die Form einer durch Ansprüchlichkeit getönten, chronifiziert wütenden Grundgestimmtheit annehmen, die sich als Ärger, Zorn und Ressentiment anderen gegenüber zeigt.
- Emotional bedeutsame andere Menschen werden in ihrer Eigenständigkeit nicht wahrgenommen, sondern lediglich im Hinblick auf Nutzen für die Selbstwertregulation eingeschätzt.
- Charakteristische Abwehr: Idealisierung und Entwertung.
- Die emotionalen Bindungen der narzisstischen Persönlichkeit sind dementsprechend eher funktionaler Art; in Beziehungen erleben narzisstisch gestörte Persönlichkeiten ein Schwanken zwischen Kleinheits- und Nichtigkeitsgefühlen einerseits und Gefühlen der Grandiosität andererseits.
- Die typischen Konflikte sind um das Erleben selbstgenügsamer Autarkie versus abhängiger Nichtigkeit zentriert.

Selbstregulation

Regulation der Beziehungsebene

<p>Mangelnde oder inadäquate (z.B. nicht-kontingente, situationsunabhängige) elterliche Zuwendung ↓</p> <p>Verbindung aus impliziter Verachtung und explizit gezeigter Enttäuschung über jegliches Anzeichen mangelnder Perfektion ↓</p> <p>Aggression, Ambivalenzkonflikte ↓</p> <p>primitive Abwehrmechanismen ↓</p> <p>pathologisches grandioses Selbst Schwanken zwischen Grandiosität und Selbstentwertung bei geringer Kränkbarkeitstoleranz</p>	<p>Persistierende Wünsche nach Sicherheit und Bewunderung ↓</p> <p>Bewunderung für andere, solange sie als "außerordentlich" erlebt werden; Verachtung für Andere, die als nicht-perfekt erlebt werden interaktionelle Kränkungsneigung</p>
--	---

Erleben des Patienten (der Patientin)

Der/die Patient(in) erlebt sich so .. dass er/sie auf der Suche nach Liebe, Unterstützung und anerkennender Bewunderung ist

Der/die Patient(in) erlebt andere so .. dass sie ihn/sie kritisieren und kontrollieren

Erleben der Beziehungspartner

Beziehungspartner erleben den/die Patienten/in so .. dass er/sie sie rücksichtslos entwertet, angreift und kontrollieren will

Beziehungspartner erleben sich so .. dass sie sich unterwerfen oder wütend abwenden ..

Therapeutisches Vorgehen

- Siehe [Allgemeiner Teil](#)
- Bei guter Ich-Stärke ist analytische oder analytisch orientierte Psychotherapie indiziert und aussichtsreich (E III), bei stärker ausgeprägten Ich-Funktionseinschränkungen müssen regressive Neigungen begrenzt werden (bspw. durch psychoanalytisch-interaktionelle Therapie) (E III). In multimodaler behavioraler Therapie können verschiedene Zielbereiche der narzisstischen Beziehungsstörung bearbeitet werden (E III).
- Eine Kurzzeitpsychotherapie bei narzisstischen Persönlichkeitsstörungen muss sich im Regelfall darauf beschränken, eine verbesserte Anpassung des Patienten zu erzielen, ohne strukturelle Änderungen bewirken zu können (E III).
- Im Regelfall kann die Behandlung narzisstischer Persönlichkeitsstörungen ambulant erfolgen; eine stationäre Behandlung ist bei suizidalen Krisen, chronischer Suizidalität, depressiver Dekompensation oder bei Vorliegen

komorbider Störungen, die eine stationäre Behandlung erfordern, indiziert (E III).

Anhang: Klassifikation der "Evidenz"stufen

(nach Sackett, Canadian Task Force on the Periodic Health Examination)

I	"Evidenz" aufgrund mindestens einer adäquat randomisierten kontrollierten Studie
II-1	"Evidenz" aufgrund einer kontrollierten, nicht randomisierten Studie mit adäquatem Design
II-2	"Evidenz" aufgrund von Kohortenstudie oder Fall-Kontrollstudie mit adäquatem Design, nach Möglichkeit von mehreren Forschungszentren oder Forschungsgruppen durchgeführt
II-3	"Evidenz" aufgrund von Vergleichsstudien, die Populationen in verschiedenen Zeitabschnitten oder an verschiedenen Orten mit oder ohne Intervention vergleichen
III	Meinungen von respektierten Experten, gemäß klinischer Erfahrung, beschreibender Studien oder Berichten von Expertengremien

Verfahren zur Konsensbildung:

Die Leitlinie wurde entwickelt im Auftrag der Leitenden Fachvertreter für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie in der Bundesrepublik Deutschland in Abstimmung mit den Fachgesellschaften

- Deutsche Gesellschaft für Psychotherapeutische Medizin (DGPM)
- Deutsches Kollegium für Psychosomatische Medizin (DKPM)
- Allgemeine Ärztliche Gesellschaft für Psychotherapie (AÄGP)
- Deutsche Gesellschaft für Psychotherapie, Psychoanalyse, Psychosomatik und Tiefenpsychologie (DGPT)

Sie stützt sich auf eine den Zeitraum von 1980 bis 2000 umfassende Literaturrecherche mit Hilfe der Datenbanken Medline, PsycLit und PSYNDEX, welcher die Begriffe "Persönlich-keitsstörung" und "personality disorder" bzw. deren Untertypen zugrunde lagen, auf Monographien und auf dieses Thema bezogene Abschnitte ausgewählter Lehrbücher, auf eine Experten-Konsensuskonferenz im Juni 1998 sowie auf eine Delphi-Befragung weiterer Experten im Jahre 1999. Die ausführliche Dokumentation der Datenbasis dieser Leitlinie findet sich im separat zugänglichen Quelltext: **Tress W, Wöller W, Hartkamp N, Langenbach M, Ott J (Hrsg) Persönlichkeitsstörungen. Leitlinie und Quelltext. Stuttgart, New York: Schattauer (im Druck)**

Therapeutische Empfehlungen wurden mit der Angabe ihrer "Evidenz"stufe (E) versehen (s. Anhang).

Redaktionsgruppe:

W. Tress, Düsseldorf (Moderator)
W. Wöller, Düsseldorf (Schriftführer)
N. Hartkamp, Düsseldorf
M. Langenbach, Köln
J. Ott, Düsseldorf

Experten der Konsensuskonferenz:

K. Bell, Köln; F.W. Deneke, Hamburg; B. Dulz, Hamburg; P. L. Janssen, Dortmund; J. Kind, Göttingen; F. Pfäfflin, Ulm; H.G. Seidler, Heidelberg; H. Weiß, Würzburg/Stuttgart

Experten der Delphi-Befragung:

W. Berner, Hamburg; U. Büchner, Berlin; M. Franz, Düsseldorf; J. Frommer, Magdeburg; M. Geyer, Leipzig; J. Küchenhoff, Basel; L. Reddemann, Bielefeld; T. Redecker, Oerlinghausen; G. Rudolf, Heidelberg; W. Ruff, Bad Berleburg; U. Sachsse, Göttingen; H. Willenberg, Mainz

Erstellungsdatum:**Letzte Aktualisierung:**

September 2000

Geplante Überarbeitung:

2002

Zurück zum [Index Leitlinien der Dt. Ges. f. Psychotherapeutische Medizin](#)

Zurück zur [Liste der Leitlinien](#)

Zurück zur [AWMF-Leitseite](#)

Die "Leitlinien" der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften sind systematisch entwickelte Hilfen für Ärzte zur Entscheidungsfindung in spezifischen Situationen. Sie beruhen auf aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnissen und in der Praxis bewährten Verfahren und sorgen für mehr Sicherheit in der Medizin, sollen aber auch ökonomische Aspekte berücksichtigen. Die "Leitlinien" sind für Ärzte rechtlich nicht bindend und haben daher weder haftungsbegründende noch haftungsbefreiende Wirkung.

Die AWMF erfasst und publiziert die Leitlinien der Fachgesellschaften mit größtmöglicher Sorgfalt - dennoch kann die AWMF für die Richtigkeit - **insbesondere von Dosierungsangaben - keine Verantwortung** übernehmen.

Stand der letzten Aktualisierung: September 2000

©:Dt. Ges. f. Psychotherapeutische Medizin u.a.

Autorisiert für elektronische Publikation: [AWMF online](#)

HTML-Code aktualisiert: 16.12.2004; 10:54:58