

„Transference Focused Psychotherapy“

Der Umgang mit Übertragung und Gegenübertragung in der Übertragungsfokussierten Therapie n. Kernberg (TFP¹).

Werner Köpp u. Gabriele Kehr

Kurzer Rückblick auf die Geschichte des Übertragungsbegriffs

In ihrem „Vokabular der Psychoanalyse“ weisen Laplanche u. Pontalis (1967, S. 550-559) auf den früher unspezifischen Gebrauch des Übertragungsbegriffs in der Psychoanalyse hin. Die Autoren hielten aber fest, dass es in der Psychoanalyse die Schwierigkeit gab, eine genaue Definition zu geben, „weil zahlreiche Autoren den Begriff so weit ausdehnen, daß er alle Phänomene, die die Beziehung des Patienten zum Analytiker konstituieren, bezeichnet ...“.

Freud (1895, S. 308-309) sah die Übertragung zunächst ausschließlich als Hindernis an, das allerdings analysiert werden müsse, wenn man die Analyse zu einem guten Ende bringen wolle. Die sexuelle Übertragung der Anna O. auf Breuer war (auch) jene Entdeckung Freuds, die ihn wissenschaftlich auf Distanz zu Breuer brachte (s. a. Freud, 1914, S. 49-50). Freud kam dann immer mehr zu der Einsicht, dass die Übertragungsanalyse das zentrale Geschehen in der analytischen Behandlung ist. Diese Einsicht gipfelte in dem berühmten Satz: „Es ist unleugbar, daß die Bezwingung der Übertragungsphänomene dem Psychoanalytiker die größten Schwierigkeiten bereitet, aber man darf nicht vergessen, daß gerade sie uns den unschätzbaren Dienst erweisen, die verborgenen und vergessenen Liebesregungen der Kranken aktuell und manifest zu machen, denn schließlich kann niemand *in absentia* oder *in effigie* erschlagen werden.“ (Freud 1912, S. 374, Hervorhebung im Original)

Interessant ist, dass Freud das Phänomen der Gegenübertragung nie umfassend in einer seiner Schriften diskutiert hat (s. a. Nagera 1977, S. 514). (Ziemlich) Eher defensiv schrieb Freud (1910d, S. 108): „Wir sind auf die ‚Gegenübertragung‘ aufmerksam geworden, die sich beim Arzt selbst durch den Einfluss des Patienten auf das unbewußte Fühlen des

1 Im weiteren Text wird die in der internationalen Literatur gängige Abkürzung TFP (für „Transference Focused Psychotherapy“) verwendet; sie darf nicht mit den im deutschsprachigen Raum gebräuchlichen Abkürzungen Tfp oder TP verwechselt werden, die die „Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie“ bezeichnen.

Arztes einstellt, und sind nicht weit davon, die Forderung zu erheben, dass der Arzt diese Gegenübertragung in sich erkennen und bewältigen müsse.“

Die Wortwahl „bewältigen“ legt nahe, dass hier – ähnlich wie zunächst bei der Entdeckung der Übertragung - ein als Hindernis erlebtes Phänomen überwunden werden müsste; unser modernes Verständnis von Gegenübertragung sieht die Gegenübertragung mittlerweile als notwendige innere Antwort des Analytikers auf den Patienten an. Notwendig deswegen, weil darüber das diagnostische Verständnis des aktualisierten Geschehens ermöglicht wird als Voraussetzung für eine therapeutische Intervention.

Nach Freuds Tod wiesen vor allem Heimann (1950 u. 1957) und Racker (1968) der Übertragung und der Gegenübertragung jene Wichtigkeit zu, die sie bis heute behalten haben. Unter Bezugnahme auf Gabbard (1995) unterstrich daher Thomä (1999, S. 823): „Analytiker aller Schulen und Richtungen anerkennen heutzutage, daß in der Gegenübertragung wesentliche Informationen über den Patienten enthalten sein können.“ Thomä selber favorisiert eine interessante intersubjektive Perspektive des Übertragungskonzepts, wenn er von der „bifokalen Übertragung“ schreibt. Sie fokussiert - anders als die oft polar gedachten Begriffe „Übertragung“ und „Gegenübertragung“ – besonders die dyadische Wechselseitigkeit gegenseitiger Beeinflussung (Thomä 1999, S. 833).

Freud hielt Patienten, denen heute die Diagnose „Narzisstische Persönlichkeitsstörung“ zugeschrieben würde – zu seiner Zeit in Nachbarschaft zur Paranoia und Dementia praecox anzusiedeln – noch für nicht oder nur schwer analysierbar (s. a. Eilts 1998, S. 37). Das hing mit der auf Abraham (1908) zurückgehenden Vorstellung zusammen, dass solchen Patienten die Fähigkeit verloren gegangen sei, Objekte libidinös zu besetzen; vielmehr habe sich die Libido auf das Ich zurückgezogen und werde so zu einer Quelle des Größenwahns (s. a. Freud 1916-17, S. 430).

Angel (1971) hob dagegen hervor, dass es keineswegs so sei, dass bei Narzissten keine Übertragung (auf das Objekt) stattfinde, sondern eine Übertragung sehr früher Objektbeziehungen stattfinde. Solche Objektbeziehungen aus frühen Entwicklungsphasen würden wir heute „Teilobjekt-Beziehungen“ nennen, weil sie durch – in frühen Phasen noch reguläre - Spaltungsvorgänge gekennzeichnet sind. Angel ließ die Frage offen, ob solche Übertragungsmanifestationen unanalysierbar sind. Er fasste Freuds Begründung für die Unanalysierbarkeit narzisstischer Patienten noch einmal zusammen:

„Für die schwierigere Analysierbarkeit von Patienten mit prägenitalen Fixierungen wurden verschiedene Gründe angeführt. Wahrscheinlich führen prägenitale Fixierungen in der Übertragung sehr stark zu magischen Heilungsvorstellungen und zu konkretem Denken, d. h.,

es kommt zu einem Verlust der Übertragungstillusion. In „Die endliche und die unendliche Analyse“ nennt Freud fünf Konstellationen, bei denen die Analyse extrem schwierig oder sogar unmöglich ist: 1. Patienten mit negativer therapeutischer Reaktion. 2. Unreduzierbarer Penisneid bei Frauen. 3. Der Kampf des Mannes gegen die eigene Passivität und die eigene weibliche Haltung einem anderen Mann gegenüber. 4. Eine zu starke ‚Verflüssigung‘ der Libido und 5. Eine zu starke ‚Klebrigkeit‘ der Libido.“ (Angel 1971, S. 275, Übersetzung W. K.)

Übertragung in der TFP (n. Kernberg)

Auch in der Übertragungsfokussierten Psychotherapie (TFP), die in den letzten Jahrzehnten von der Gruppe um O. F. Kernberg entwickelt wurde (z. B. Clarkin, Yeomans u. Kernberg 2008 oder Yeomans, Clarkin u. Kernberg 2015), spielt die Beziehungserfahrung für das Verständnis der Übertragungs-Gegenübertragungsprozesse eine zentrale Rolle. Übertragungsdeutungen betreffen in diesem Kontext jeweils wechselnde Dyaden in der Behandlungsstunde, die von Teilobjektbeziehungen herrühren. Diese Teilobjektbeziehungen sind nicht vollständig integriert und sind Folge früher Spaltungsvorgänge, die bis in die Gegenwart vorherrschend persistieren. Die Patienten erleben Charakteristika von sich selbst und von anderen – z. B. gut vs. böse – in einem „Entweder-Oder-Modus“ und nicht kohärent in einem „Sowohl-Als-Auch-Modus“.

Lohmer (2013, S. 103), selber ein wichtiger Vertreter der TFP-Behandlungsmethode im deutschsprachigen Raum, beschreibt das Übertragungskonzept der TFP folgendermaßen: „In diesem Verständnis wird Übertragung nicht – klassisch – als eine ‚Verzerrung‘ des gegenwärtigen Erlebens aus dem Vergangenheitsunbewussten des Patienten gesehen, sondern als die jeweilige Aktualisierung innerer Objektbeziehungen, die die innere Welt des Patienten bilden.“

Margolis (1994) konzipierte seine Vorstellung zur Narzisstischen Übertragung genau in diesem Sinn. Er führte aus, dass es im Behandlungsverlauf zur Wiederholung dieser (inneren) Zustände kommen muss, die dann analysiert werden können und auf diese Weise dem Patienten helfen sollen, kohärentere Objekt- und Selbstrepräsentanzen zu entwickeln.

Fallbeispiel: Der affektarme Patient

Herr K., ein 40-jähriger Mann, stellte sich auf Anraten seiner Hausärztin wegen seines anhaltenden depressiven Zustands in der Praxis vor². Während der ersten Begegnung sagte er, dass er in den letzten Monaten "die schwerste Zeit" seines Lebens durchgemacht habe. In seiner Familie habe er sich mit seiner Frau und seiner 4-j. Tochter immer unzufriedener gefühlt und sich am liebsten trennen wollen. Dann sei bei ihm auch noch eine schwere Bluterkrankung festgestellt worden, die aber erfolgreich behandelt werden konnte. Ziemlich affektlos schilderte der Patient im Weiteren sein Leben bis dahin: Er verbringe sehr viel Zeit auf Pornoseiten im Internet. Er gehe häufig zu Prostituierten und habe viel Geld dafür ausgegeben. Er habe dann auch unterschiedliche, stimulierende Drogen genommen, glücklicherweise dadurch aber keinen körperlichen Zusammenbruch erlebt.

Vom ersten Kontakt an fühlte sich der Therapeut irritiert. Der Patient redete zwar, aber die fehlende affektive Tönung seiner Mitteilungen löste das Gefühl aus, mit dem Patienten nicht in Kontakt kommen zu können. Die immer wieder aufkommende Müdigkeit verstand er als seine Antwort auf eine gefühlsentleerte und damit fast zerstörende Beziehungsgestaltung des Patienten, die dieser projektiv in ihm untergebracht hatte.

Auch in seinem Alltagsleben hatte der Patient nur wenige, nicht sehr intensive Kontakte. Unternehmungen mit Bekannten, wie es seine Frau mit der Tochter praktizierte, interessierten ihn nicht. Seine Aktivitäten mit der Tochter wirkten eher wie eine Pflichterfüllung, waren aber nicht emotional bezogen. Sein einziges Hobby war das Sammeln und Wiederverwerten alter Teile von Elektrogeräten - teilweise eine Beschäftigung mit Schrott, aber auch der Versuch, aus etwas Defektem etwas Funktionierendes neu entstehen zu lassen.

Diagnostisch schien der Patient strukturell eher schizoid und so, als würde er nicht recht „warm werden“ können mit sich und der Welt. Objektbesetzungen schienen kaum libidinös, sondern eher aggressiv oder sie wirkten gleichgültig-neutral. Die Schilderung signifikanter Personen in seinem Leben blieb ausgesprochen blass und unlebendig. Das traf auch für die Beschreibung seiner eigenen Person zu. Seine Fähigkeit zur Realitätsprüfung war gut ausgebildet. Die Eigenschaften von Menschen in seiner Umgebung konnte er offensichtlich zutreffend beschreiben, aber durch seine fehlende affektive Besetzung blieben diese Eigenschaften in ihm selber affektiv unintegriert und erlaubten ihm keine kohärenten Objektbeziehungen, sondern lediglich von Situation zu Situation sich verändernde

Teilobjektbeziehungen. Weiterhin dominierten unreife Abwehrmechanismen wie Verleugnung oder Spaltung.

Der Therapeut entschied sich bei diesem Pat. für die übertragungsfokussierte Behandlungsmethode (n. Kernberg), weil zunächst der Patient als auch der Therapeut auf ein konkretes Gegenüber – im Sinne von „face to face“ – angewiesen waren. Hingegen wären beide einander verloren gegangen, wenn der Patient ohne die Möglichkeit des Blickkontaktes auf der Couch gelegen hätte. So aber bot sich die Chance, dass zwischen beiden durch Mimik und Gestik Affekte wenigstens teilweise wahrgenommen und dann auch verbal formuliert werden könnten. Der Gesichtsausdruck des Patienten war – wie erwähnt - meistens sehr abweisend und strahlte oft Langeweile oder Angewidert-Sein aus. Auch schien das TFP-Setting von zwei Wochenstunden im Sitzen besser sein Nähe-Distanz-Dilemma zu adressieren, weil eine höhere Stundenfrequenz durch sein gespaltenes Bindungsverhalten ihm zu sehr das Gefühl vermittelt hätte, eingeengt und ohne Rückzugsmöglichkeit zu sein.

Wegen des Suchtverhaltens des Pat. wurde schon während der Probatorik mit ihm verabredet, dass dieses autodestruktive und therapieschädliche Verhalten beendet werden muss und Versuchungssituationen oder evtl. Rückfälle in der Therapiestunde vorrangig besprochen werden müssten.

1. Behandlungsszene (62. Sitzung, Minuten 1-5)³

Es war die erste Sitzung nach einer 10-tägigen Pause wegen der Winterferien. Am Anfang der Sitzung war der Pat. immer etwas verlegen, weil er nicht wusste, wie er beginnen soll. Er konnte dadurch schon in früheren Sitzungen erlebnisnah kennenlernen, wie schwer ihm Kontaktaufnahme überhaupt fällt. Zunächst schwieg der Patient eine gute Minute, jedoch machte er durch sein Gähnen und sein genervt wirkendes Grimassieren einen ziemlich desinteressierten Eindruck. Er vermied den Blickkontakt mit dem Therapeuten und teilte lautmalerisch durch ein angestregtes „pff“ etwas von seiner Lustlosigkeit mit. Nach seinem kurzen, aber doch beredtem Schweigen nahm er in dieser Sitzung zunächst Bezug auf die mehrtägige Praxisschließung.

P: Das war ja jetzt eine lange Unterbrechung!

T: Zu lange?

³ Bei den wiedergegebenen Dialogen zwischen Patient (P) und Therapeut (T) handelt es sich um die wörtliche Transskription aus der Videoaufzeichnung der Behandlungsstunde. Nicht kenntlich gemachte Veränderungen betreffen lediglich Aspekte, die der Anonymisierung dienen.

P: Nein, nein – zu lange war es nicht.

T: Ok –

- Kurze Pause -

P: Ich wollte Sie gerade fragen, ob es für Sie auch zu lange war, aber -

T (fällt dem Pat. ins Wort): Ich überlege mir gerade, ob es vielleicht bei Ihnen versteckt so etwas wie einen Wunsch geben könnte, dass nicht nur ich für Sie wichtig bin, sondern Sie auch mir wichtig sind.

P: Grundsätzlich ja, aber bei unserer Beziehung, wenn man das überhaupt eine Beziehung nennen will – also irgendwie kann ich mir das nicht vorstellen. Ich kann mir nicht vorstellen, dass ich für Sie und für Ihr privates Leben wichtig sein soll, irgendwie ist es doch nur eine Patient-Therapeut-Beziehung.

T: Vielleicht erinnern Sie sich noch an die letzte Stunde vor der jetzigen Unterbrechung: Wir sprachen da über die zwei Seiten von Ihnen, die freundliche und hilfsbereite Seite von Ihnen und die andere, patzige abweisende Seite von Ihnen. Und vielleicht geht es jetzt ja auch darum, dass Sie trotz Ihrer schwierigen und abweisenden Eigenschaften von mir angenommen und akzeptiert werden wollen.

P: Jeder Mensch hat ja gute und schlechte Seiten. Der beste Mensch hat auch schlechte Seiten, was immer der beste Mensch auch ist.

T: Jetzt wird es wieder ein bisschen allgemein –

P (laut dem Therapeuten ins Wort fallend): Ja, sicherlich, ich bin nicht der Perfekte, der Liebste, der Tollste, aber das ist halt wie bei allen anderen Menschen auch. Und – das ist halt so.

T: Mir fällt auf, dass es ganz schwer ist, darüber nachzudenken, ob Sie sich wünschen, dass Sie mir wertvoll und wichtig sind.

P: Da bin ich irgendwie zu realistisch. – Also, ich gehe jetzt einmal von mir aus, ich versuche jetzt einmal die Rollen zu wechseln. Also innerhalb der Therapie, da ist es schon wichtig, und vielleicht sogar das Nachdenken über den Patienten außerhalb der Therapie. Das kann ich mir schon vorstellen. Aber wenn Sie zum Beispiel privat und im Urlaub sind, dass Sie da über mich nachdenken, wenn Sie zum Beispiel im Urlaub und am Strand sind, – naja, das kann sein, aber ich bezweifle es doch. Also dass Sie sich da tiefergehend mit mir beschäftigen, außerhalb der Therapie, – also, wenn Sie da Gedanken über mich haben, kann ich mir nur vorstellen, dass die mit der Therapie zusammenhängen. Vielleicht denken Sie dann, macht er jetzt wieder irgendwelchen Mist, wenn er alleine zuhause ist und geht er jetzt vielleicht wieder zu irgendwelchen Prostituierten - so was kann ich mir schwer vorstellen, sagen wir es einmal so herum. Also das meine ich nicht nur bei Ihnen, sondern generell. Ich kann es mir einfach schwer vorstellen und Sie müssen ja auch eine Distanz haben, zwischen Job und Privatsphäre. Sie haben ja auch ein Privatleben. Und dass das nicht hundertprozentig geht, kann ich mir schon vorstellen, ... Und wenn Sie sich das alles aufladen würden, bräuchten Sie ja irgendwann auch einen Therapeuten.

Der Therapeut versuchte die Anmerkung „zu lange“ aufzugreifen. Das Gespräch entwickelte sich dann so, dass darüber nachdacht wurde, ob einer den anderen vermisst haben könnte und wie wichtig Patient und Therapeut einander sind.

Mimik und Gestik sind ein wichtiger Kommunikationskanal in der TFP. In der (verbal) zitierten Szene wirkte der Pat. mimisch und gestisch sehr abweisend, indem er gähnte, den Kopf wegdrehte und die Mundwinkel zu einem angewiderten Gesichtsausdruck verzog. Im Vergleich zum klassischen analytischen Setting ging der Therapeut aktiver vor, was für die Technik der TFP typisch ist, weil durch zu lange Zurückhaltung des Therapeuten eine therapeutisch nicht nutzbare, regressive Bewegung in Gang kommen kann, was zu Anspannung und Unruhe oder auch zu „innerem Wegdriften“ oder einem Rückzug des Patienten führen kann. Im Falle des Patienten hätte ein schweigendes Abwarten des Therapeuten leicht dazu führen können, dass der Patient sich mit seinem zaghaften Kontaktversuch massiv abgewiesen und als Opfer von Desinteresse und Gleichgültigkeit hätte fühlen können.

Die beschriebene Dyade der oben zitierten Szene konnte vom Therapeuten in der Behandlungsstunde noch nicht ausreichend erkannt und gedeutet werden.

Zunächst wirft der Pat. die Frage auf, inwieweit der Therapeut ihn in sich selber aufhebt, auch wenn keine reale Begegnung innerhalb der Behandlung stattfindet. Dabei wirkt er auf den Therapeuten so wie ein Junge, der versucht, sich Vaters Arbeit vorzustellen. Obwohl es im manifesten Text darum geht, wie sehr er den Therapeuten mit seinem Wunsch, gesehen und anerkannt zu werden, erreicht, passiert in der teilweise verdeckten und in der Stunde noch nicht verstandenen Dyade etwas ganz anderes:

Der Therapeut wirbt um ihn und bittet um Verständnis und Anerkennung für seine Bemühung, die Sehnsucht des Patienten ernst zu nehmen. Der Therapeut fleht ihn förmlich an, ihm doch zu sagen, dass er ihn vermisst hat. Und es wird an dieser Stelle klar, dass hier eine projektive Identifikation stattgefunden hat – aber wessen projektive Identifikation? Der Patient weist seinen Therapeuten verbal, gestisch und mimisch deutlich ab. Allerdings lässt sich hier kein klarer Affekt erkennen, vor allem wirkt der Patient dabei keineswegs aggressiv, eher sachlich neutral erklärend.

Offenbar hatte sich der Therapeut gewünscht, dass der Pat. emotional erreichbarer bzw. bindungsfähiger ist; aber das ist eben *sein* Wunsch gewesen!

Im Weiteren inszeniert sich der Patient als ein schwer aushaltbares Kind, das jemandem wie dem Vater besser nicht zu nahe kommt, weil das väterliche Objekt sonst an ihm desinteressiert werden könnte.

Dahinter könnte sich allerdings erstmals eine auch positive, d. h. libidinöse Dyade verbergen: Er verknüpft den Wunsch, dem Therapeuten wichtig zu sein, erstmals mit der

Angst, das evtl. gute Objekt zu zerstören. Er sagt bei anderer Gelegenheit auch, dass er nicht mehr so patzig sein will, dass es ihm aber scheinbar ja nicht gelinge ...

Aus dem Verständnis dieses Stundenausschnitts kann man nun folgendes Fazit ziehen:

1. In einer Art Rollenumkehr befindet sich der Therapeut zunächst in der Rolle des Jungen, der vom Vater wichtig genommen und anerkannt werden will. Der Pat. ist in der Rolle eines mimisch abweisenden Vaters und lässt den Jungen enttäuscht und resigniert zurück.
2. Die dahinter liegende positive Dyade könnte folgendermaßen beschrieben werden: Der Patient erlebt sich als ein schwer annehmbares Kind, mit schlechten Eigenschaften, das darauf bedacht ist, das Objekt vor sich selbst zu schützen. Daher ist es besser, auf Distanz zu bleiben, weil er sonst seinem Gegenüber zu viel wird, denn der Therapeut könnte zusammenbrechen und dann selber Therapie benötigen – und das wäre der ihn massiv ängstigende Objektverlust.
3. Außer den beiden beschriebenen Dyaden lässt sich aber noch eine weitere wichtige Feststellung treffen: Die Deutung des Patientenwunsches, dem Therapeuten wichtig zu sein, kam zu früh, weil die beiden o. g. Dyaden sich noch nicht hinreichend zwischen Patient und Therapeut entwickelt hatten. Es bleibt an dieser Stelle unsicher, ob es sich hier um eine projektive Identifikation des Therapeuten oder des Patienten handelt oder ob dieser Vorgang von beiden Seiten gleichzeitig in Gang gebracht wurde.

2. Behandlungsszene (63. Stunde, Minuten 10-15)

T: Jetzt haben Sie gesagt, dass Ihre Frau krank ist. – Naja, wenn Ihre Frau krank ist, dann geht es ihr ja nicht so gut, können Sie ihr dann denn irgendwie helfen?

P: Ja, das mach ich auch, ich lasse sie auch mit der Hausarbeit manchmal alleine. Das muss ich schon sagen.

T: Also, das ist ja nun gerade nicht so, dass Sie ihr dann helfen?

P: Ja, das weiß ich ja!

T: Ach so, sie könnten ihr schon etwas abnehmen, aber –

P: Ja, also am Wochenende, da habe ich auch mal so bis 10:00 Uhr geschlafen, Sie macht ja dann und tut und sie bringt ja dann auch unsere Tochter weg und holt sie ab, Sie geht dann

auch einkaufen und - naja, ich bin ja auch auf Arbeit, – aber ich räume schon einmal den Tisch ab; aber dass ich ihr alles abnehme, das mache ich auch nicht. Ich könnte durchaus ein bisschen mehr machen, unter Berücksichtigung ihres Zustandes, aber ich habe dann auch nicht so richtig ein schlechtes Gewissen. Mir ist es bewusst, dass ich ein bisschen mehr machen müsste oder könnte, aber ich mach das nicht.

Mehrere Sekunden Pause

T: Ja finden Sie nun, Sie sollten mehr machen oder finden Sie, dass es in Ordnung ist so wie sie damit umgehen?

P (kurzes Nachdenken): es ist sicherlich nicht in Ordnung. – Ich könnte sie sicherlich ein bisschen mehr unterstützen, wenn ich zuhause bin, aber sie hat sich ja auch noch nicht beschwert.

T: Also wenn sich Ihre Frau beschweren würde, dann würden Sie ihr mehr zur Hand gehen?

P: Also ich mach ja manchmal auch etwas von mir aus, aber ich will nicht irgendwie so eine Art Krankenschwester sein, ich will sie dann nicht betutteln, also sie kann sich auch bewegen und muss sich ja auch bewegen. Die Verletzung ihres Beines ist ja jetzt auch schon einige Tage her. Also wenn die Sachen auf dem Tisch stehen, und sie würde sie einfach stehen lassen, würde ich die auch wegräumen. – Also theoretisch weiß ich das ja, dass ich mehr machen sollte (und melden sollte), aber praktisch tue ich es nicht.

Bei diesem Ausschnitt geht es zunächst um eine Beziehung außerhalb der Therapie. Bedeutungsvoll ist aber in dieser Szene, was der Pat. im Therapeuten auslöst und wie dies zu verstehen ist. Innerlich war der Therapeut empört über das Verhalten des Pat. und kam an die Grenze seiner Fähigkeit, die technische Neutralität zu bewahren. Schon bei früheren Gelegenheiten fiel es ihm schwer, die eigenen aggressiven Affekte zu regulieren, als der Patient sich rassistisch über Türken und Migranten äußerte.

In seiner Identifikation mit dem Opfer des Patienten – seiner Frau – erlebte der Therapeut einen ichsynton gleichgültigen und gleichzeitig passiv aggressiven Patienten. Hätte der Therapeut nun den in ihm vom Patienten evozierten wütendenden Affekt agiert, dann wäre es auf diese Weise zu einer Rollenumkehr gekommen: Dann wäre der Therapeut zum aktiven aggressiven Täter geworden und der Patient zum misshandelten, passiven Objekt. Die projektive Identifikation wäre dann vollständig.

In seiner inneren Arbeit war der Therapeut nun damit beschäftigt, warum der Patient seiner Frau bzw. ihm scheinbar völlig empathielos begegnen muss. Er spürte nun deutlich, wie sich daraus eine merkwürdige aggressive Dynamik entwickelte: Der Patient forderte sich selber auf, zu seiner Frau oder zum Therapeuten gut zu sein. Was der Patient dann aber mit Worten, Mimik und Gestik zum Ausdruck bringen konnte, war empathielose Gleichgültigkeit bis hin zu angewiderter Abwendung. Beides ruft – in der therapeutischen Situation ebenso wie im sozialen Feld des Patienten - Empörung und Wut hervor, die der Patient selber nicht

erleben kann. Wenn er merkt, dass er das Objekt nicht genügend erreicht, zieht er sich unverstanden und bockig zurück, verteidigt sein patziges und provokantes Verhalten und vermisst dann, dass das Objekt sich ihm verständnisvoll zuwendet. Der Pat. war also noch weit davon entfernt, ein Objekt libidinös besetzen zu können; vielmehr geht es um seinen „infantilen Anspruch“ an das Objekt, ihm zur Verfügung zu stehen. In dieser Dynamik wird *er* zum Opfer und der andere verwandelt sich in einen gleichgültigen, gefühllosen und wütenden Menschen, der es gemeiner Weise unterlässt, ihm zu helfen.

Das passiert dem Patienten immer wieder. So schwieg er kürzlich zum Beginn einer Stunde mehrere Minuten. In seiner Unsicherheit darüber, wie er anfangen könnte, sagte er Folgendes:

„Ich habe den Eindruck, dass Sie von der Krankenkasse dafür bezahlt werden, dass Sie schweigen!“

Seine aggressive, zynische Anmerkung sollte den Therapeuten zum Übeltäter machen. Ganz offenbar erlebte er dessen Abwarten als empörende Zumutung. Daher antwortete der Therapeut ihm folgendermaßen:

„Ich glaube, das ist wieder so eine Situation, wo es Ihnen sehr schwer fällt, mit mir in Kontakt zu kommen. Sie erleben es so, als würde ich Sie vernachlässigen und lasten es mir an, dass Sie zu Beginn der Stunde schweigen und nicht weiter wissen.“

Auch diese Szene macht die Schwere der narzisstischen Problematik deutlich: Der Patient mit nur geringer Frustrationstoleranz erwartet, dass sein Gegenüber genau so funktioniert, wie er es braucht. Wenn seine Erwartung nicht erfüllt wird, wird er wütend oder wendet sich ab. In dieser Haltung verharrend, ist es für ihn völlig unmöglich, auf Wünsche und Erwartungen anderer eingehen zu können.

Möglicherweise handelt es sich bei diesem Patienten um einen Grenzfall zwischen schwerer narzisstischer Pathologie und antisozialer Persönlichkeit. Es könnte also sein, dass der Patient zwar kognitiv eine Vorstellung davon hat, dass es soziale Normen und bestimmte Verhaltenskonventionen gibt, dass er sie aber nicht affektiv bzw. libidinös besetzen und verinnerlichen kann. Dies sind Züge, die vermehrt bei dissozialen oder antisozialen Patienten zu finden sind. Diese Patienten können sich vorstellen oder wissen sogar, dass der andere

leidet, aber sie können nicht mitfühlen, wie es das Verhalten des Patienten gegenüber seiner kranken Frau nahelegt. Wahrscheinlich handelt es sich bei dem hier vorgestellten Patienten nicht um das Vollbild einer antisozialen Persönlichkeitsstörung: Immerhin leidet er darunter, dass seine Bemühungen, mit anderen verbunden zu sein oder verbunden zu werden, sich in patziges, abweisendes Verhalten von ihm selber verwandeln. Diese abweisende, manchmal gefühllose Seite könnte so auch als Schutz vor erwarteter Zurückweisung verstanden werden.

Es gibt ein weiteres Beispiel, das die „Grenzfall-Hypothese“ stützen könnte. In der 76. Behandlungsstunde berichtete der Patient, dass seine Frau am Wochenende mit einer Freundin an die See verreist sei und er mit seiner Tochter alleine das Wochenende verbracht habe. Er schilderte die Aktivitäten, die er mit seiner Tochter unternommen hatte und sagte dazu, dass es für seine Tochter „schön“ gewesen sei. Weil seine Mitteilung wieder monoton unterkühlt und affektlos wirkte, fragte der Therapeut, ob etwas für ihn selber schön gewesen sei. Der Patient antwortete: „Das kann ich nicht sagen – es war halt normal!“

In der Folgestunde am nächsten Tag (77. Stunde) begann er das Gespräch sofort von selber.

P: „Gestern hatte ich den Eindruck, dass Sie mir gar nicht glauben konnten, dass das Wochenende mit meiner Tochter gut war. Es ist zwar selten so, dass wir etwas zu zweit unternehmen; aber wenn wir etwas zusammen machen, ist es auch gut.“

T: „Ich glaube schon, dass Sie die gemeinsamen Aktivitäten mit Ihrer Tochter gut organisieren konnten. Nun war aber auch die Frage aufgetaucht, ob Sie diese gemeinsame Zeit mit Ihrer Tochter selber auch schön finden konnten – Ihre Erzählung darüber klang so sachlich und ich habe dabei so wenig von Ihrem Gefühl mitbekommen.“

P: „Ja das ist oft so – die Leute bekommen gar nicht mit, was in mir vorgeht, weil ich es nicht so gut rüber kriegen kann.“

T: „Oh – das muss ja dann bitter für Sie sein, wenn das, was Sie innerlich erleben, nach außen ganz anders rüber kommt und Sie dann manchmal Gleichgültigkeit oder Unverständnis als Echo bekommen.“

Offenbar fühlte sich der Pat. von seinem Therapeuten zunächst kritisiert. Die Dyade, die sich dann aber in der zuletzt geschilderten Szene darstellt, könnte folgendermaßen beschrieben werden: Der Patient erlebt sich selber wie ein kleines Kind, das seine inneren Regungen nicht verorten und daher auch keine Sprache dafür finden kann. Den Therapeuten erlebt er dann wie eine unfähige Mutter, die nicht einfühlen bzw. containen kann, wie es in ihm zugeht. So fühlt er sich verlassen und unverstanden und „reagiert“ – quasi schon im Voraus - abweisend und mit Rückzug auf sein Gegenüber. Aber, dass er gegen den

Therapeuten protestiert, zeigt auch, dass es ihm nicht mehr gleichgültig ist, ob der gut über ihn denkt.

Dieser Dialogausschnitt der 76. Stunde greift die zuvor diskutierte Dyade, wie ausgeprägt die antisozialen Anteile des Patienten einzustufen sind, erneut auf. Immer wieder fiel es dem Therapeuten schwer, sich in den Patienten einzufühlen, weil er - der Therapeut - sich häufig zurückgewiesen fühlte noch bevor er den inneren Zustand des Patienten aufnehmen und verorten konnte.

Am nächsten Tag (in der 77. Stunde) war er von dem Bemühen des Patienten berührt, der ihm sein Dilemma aktiv nahe zu bringen versuchte. Es könnte auch hier wieder so sein, dass in statu nascendi – als ein noch sehr zartes Pflänzchen – eine libidinöse Dyade „heranwächst“.

Vielleicht passen zu diesen schwer verbalisierbaren Zuständen Sterns Ausführungen (in) im „Tagebuch eines Babys“ (1990/2011); darin versucht er, den inneren Stürmen des Babys Worte der Erwachsenen zu geben; denn in der oben geschilderten Fallbeschreibung wusste der Therapeut manchmal gar nicht, ob er sich wie ein nicht verstehbares Baby oder wie eine insuffiziente, empathielose Mutter dem Pat. gegenüber fühlte.

Vor allem die strukturell verankerte, destruktive Kraft in der Kontaktbemühung des Patienten bleibt unbewusst und agiert, solange sie nicht in der Kommunikation innerhalb der Therapiestunden erlebbar auftauchen und gedeutet werden kann. Die Deutung adressiert dann einerseits die Beziehung im „Hier und Jetzt“ der Therapiestunde, lässt aber auch seine äußere Realität nicht außer Acht. Das intrapsychische, strukturelle Nachreifen des Patienten muss auch zu Veränderungen im Umgang mit seiner äußeren Realität führen. Darauf zu achten, ist in der TFP ein zentrales Anliegen.

Fazit:

Die im Therapeuten vom Patienten evozierte innere Antwort („Gegenübertragung“) ist sowohl für die therapeutische Reflektion der Szene, als auch für folgende therapeutische Interventionen Ausgangspunkt und Kompass. Lohmer (2013, S. 103) weist in diesem Zusammenhang darauf hin, dass der Therapeut sich bei Borderline-organisierten Patienten nicht darauf verlassen kann, mit der „ganzen“ Person zu kommunizieren. Er muss sich des Umstandes bewusst bleiben, dass es sich um die szenische Präsenz einer Teilobjektbeziehung handelt, die schnell von einem abgespaltenen Persönlichkeitsanteil verändert werden kann, so dass plötzlich eine ganz andere Dyade die Situation beherrscht. „So kann sich der Therapeut z. B. plötzlich als missbrauchtes, misshandeltes oder als entwertetes Kind wiederfinden, das

unvorhergesehen verlassen wird. Der Patient hat sich damit eines ungeliebten Selbstanteils, als des Trägers kaum aushaltbarer Affekte, scheinbar effektiv entledigt, hält aber dennoch in Form einer kontrollierenden Beziehung Kontakt zu ihm.“ (Lohmer 2013, S. 103).

Für den Therapeuten ist es eine große Herausforderung, zwischen einem reflexiven, affektiv durchlässigen und einem diagnostizierenden, kognitiven Pol zu pendeln, um eine Deutung der aktualisierten Dyade geben zu können. Die Deutungsarbeit beginnt im Hier und Jetzt, oft im konkreten „Handlungsdialog“ des Agierens. Erst wenn sich ausreichend intrapsychischer Raum entwickeln konnte und ein Nachdenken im Sinne einer Triangulierung möglich ist, kann – im Sinne von Angel (1971, S. 275) - in einer „Übertragungssillusion“ gedeutet werden.

Literatur

- Abraham K (1908): Die psychosexuellen Differenzen der Hysterie und der Dementia praecox. Centralblatt für Nervenheilkunde und Psychiatrie. 31, 521-533. Zit. n. Rudinesco E, Plon M (2004): Wörterbuch der Psychoanalyse. Springer, Wien, New York, S.1067s und S
- Angel, K. (1971): Unanalyzability and Narcissistic Transference Disturbances. Psychoanal Q., 40:264-276.
- Clarkin JF, Yeomans FE, Kernberg OF (2008): Psychotherapie der Borderline-Persönlichkeit. Manual zur psychodynamischen Therapie. Schattauer, Stuttgart
- Eilts HJ (1998): Narzißmus und Selbstpsychologie. Edition Discord, Tübingen
- Freud S (1895): Studien über Hysterie. GW Bd. 1, 308-309
- Freud S (1910): Die zukünftigen Chancen der psychoanalytischen Therapie. GW 8, S. 108
- Freud S (1912b): Zur Dynamik der Übertragung. GW Bd 8, S. 374
- Freud S (1914): Zur Geschichte der psychoanalytischen Bewegung. GW, Bd. 10, S. 49-50
- Freud S (1916-17) Vorlesungen zur Einführung in die Psychoanalyse. GW 11, Die Libidotheorie und der Narzißmus GW, S. 428-446
- Heimann P (1957): Zur Dynamik der Übertragungsinterpretationen. Psyche, Z Psychoanal 11, 401–415.
- Heimann P. (1950): Über die Gegenübertragung. Forum Psa., 12, 1996, 179–184.
- Laplanche J, Pontalis JB (1967): Das Vokabular der Psychoanalyse. Bd. 2, Suhrkamp, Frankfurt am Main
- Lohmer M (2013): Borderline-Therapie. Psychodynamik, Behandlungstechnik und therapeutische Settings. 3. erw. Aufl., Schattauer, Stuttgart
- Margolis, BD (1994). Narcissistic Transference: Further Considerations. Mod. Psychoanal., 19:149-159.
- Nagera H (1977): Psychoanalytische Grundbegriffe. Fischer, Frankfurt am Main
- Racker H (1968): Übertragung und Gegenübertragung. Reinhardt, München/Basel
- Stern DN (1990): Diary of a baby: Basic Books, New York. Dt.: Tagebuch eines Babys. Piper, München, 20. Aufl. 2011
- Thomä H (1999): Zur Theorie und Praxis von Übertragung und Gegenübertragung im psychoanalytischen Pluralismus. Psyche - Z Psychoanal 53, S. 820-872

Yeomans FE, Clarkin JF, Kernberg OF (2015): *Transference-Focused Psychotherapy for Borderline Personality Disorder. A Clinical Guide*. American Psychiatric Association, Arlington

Werner Köpp,

Jg. 1949, PD Dr. med., Facharzt für Psychosomatik und Psychotherapie, Psychoanalytiker (Lehranalytiker DPG), Facharzt für Innere Medizin. Tätigkeit in eigener psychoanalytischer Praxis. Lehrbeauftragter an der IPU Berlin. Mitgliedschaften: Institut f. Psychotherapie Berlin, DPG, DGPT, DKPM, DGPM, sowie International Society for Transference Focused Psychotherapy (ISTFP). Forschungsschwerpunkte: Essstörungen, Ausbildungsfragen. (Siehe auch Hefte 3, 2006, sowie 3, 2007.).

Gabriele Kehr,

Jg. 1945, Diplom Psychologin, Psychoanalytikerin und Psychotherapeutin für Kinder, Jugendliche und Erwachsene, Lehranalytikerin, Mitgliedschaften: Psychoanalytische Institut Berlin, DPG, DGPT, ISTFP, Member of Adolescent TFP Committee (ISTFP)