



**Angst, Ohnmacht,
Hilflosigkeit -
Übertragungs- und
Gegenübertragungs-
phänomene in der
Arbeit mit
Dissozialität**

ÄD Dr. med. P. Subkowski
Arzt f. Psychosomatische Medizin
Arzt f. Neurologie und Psychiatrie
-Psychoanalyse
(Lehranalytiker DPV/IPA),
Psychotherapie, Sozialmedizin,
Rehabilitationswesen-





Vortragsgliederung

- **Zum psychoanalytischen Verständnis der Charakter- bzw. Persönlichkeitsentwicklung**
- **Psychoanalytische Klassifikation der Dissozialen/Antisozialen Persönlichkeitsstörung**
- **Zu spezifischen Gegenübertragungsreaktionen bei DPS**



Nachmittagsworkshop (bitte eigene Fallbeispiele mitbringen!)

- **Psychotherapie der DPS**
- **Fallbeispiel**



Persönlichkeitsstörungen = „Charakterneurosen“:

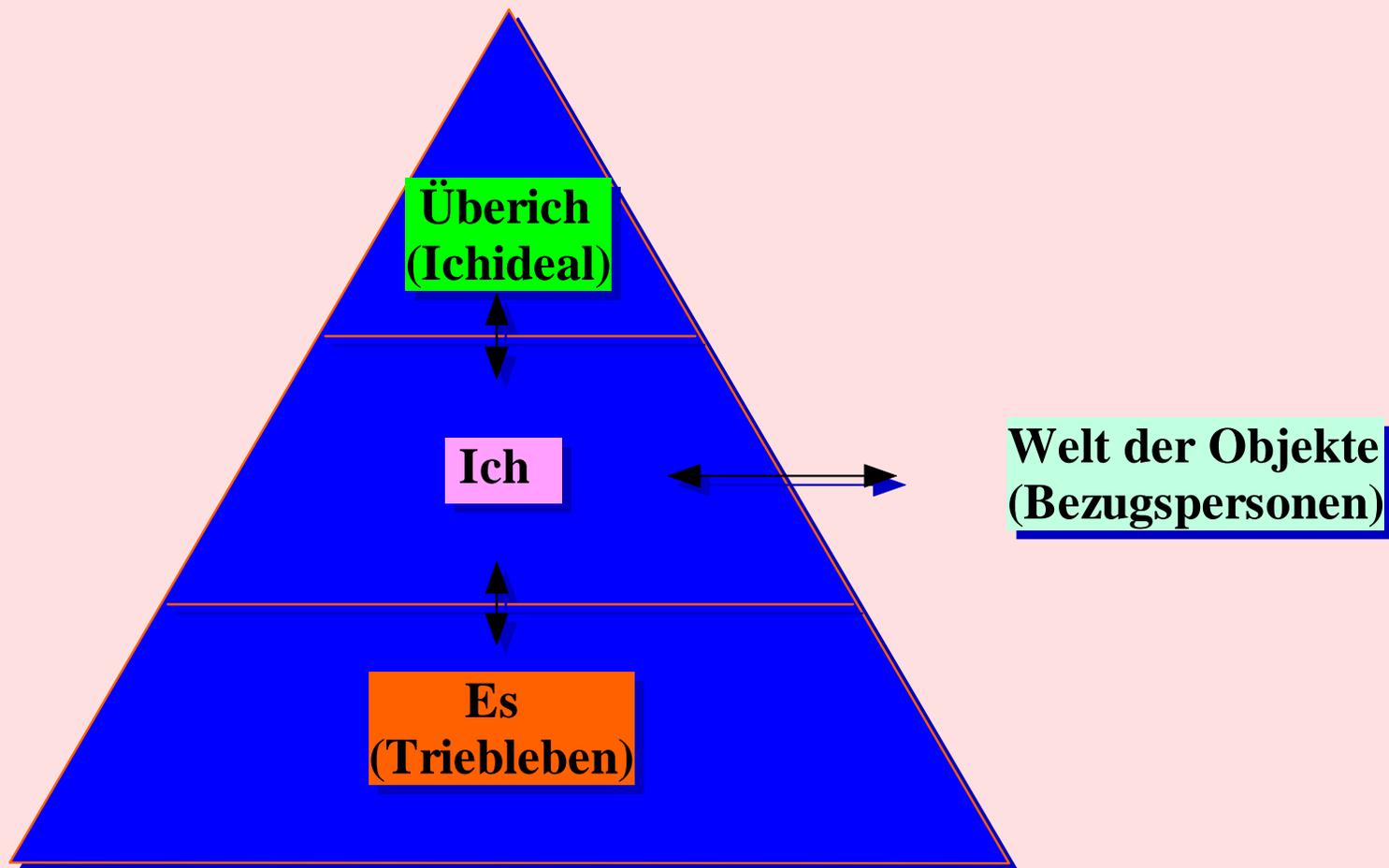
Veranlagungen und prägende frühkindliche Erlebnisse werden ich-synton verarbeitet und in den Charakter eingebaut:

- **genetische und konstitutionelle Faktoren** > durch das Temperament bedingte Prädisposition zur Aktivierung exzessiver negativer Affekte und deren Fehlsteuerung
- +
- **starker Einfluss früher pathologischer Bindungen und psychischer Traumata**

Die Internalisierung der emotionalen Beziehungen, wie sie in der **Psychoanalytischen Objektbeziehungstheorie** formuliert wird, erweist sich als bester Erklärungsrahmen für die Verbindung zwischen angeborenen Affekten und erfahrungsgeprägter Persönlichkeitsstruktur (Kernberg 2006)



Freuds Strukturmodell von 1923/24





Dissoziale Menschen besitzen nach Rauchfleisch (1999, 2000) eine narzisstische Persönlichkeitsstruktur.

Keine Schwierigkeiten, Kontakte zu anderen Menschen zu knüpfen, die zwischenmenschlichen Beziehungen leiden aber unter einem Mangel an Empathie und Tiefe.

Schwierigkeit die äußere Realität richtig einzuschätzen - die Welt wird in gut und böse aufgeteilt erlebt > die Pat. reagieren leicht gekränkt, gereizt und neigen schnell zu impulsiven Handlungen.

Hohe Ambivalenz mit Sehnsucht nach menschlicher Nähe und Zuwendung und massiver Angst vor Enttäuschungen.

Mangelhaft Integration des Über-Ichs in die Gesamtpersönlichkeit mit Dissoziation einzelner Über-Ich-Anteile > anti- und asoziales Verhalten.



Otto Fenichel (1945):

Triebhafter Psychopath, bei dem das Über-Ich unvollständig bzw. pathologisch ausgeprägt ist oder zeitweise suspendiert wird, bis der Betroffene seinen Triebregungen nachgegeben hat.

Dies entspricht der ausgeprägten Ambivalenz des Betroffenen gegenüber den äußeren Objekten seiner Kindheit, die sich später in der Beziehung seines Ichs zu seinem Über-Ich wiederholt.

Das Fehlen eines zur Mitarbeit bereiten Ichs bei schweren Psychopathen macht eine klassische Psychoanalyse unmöglich.

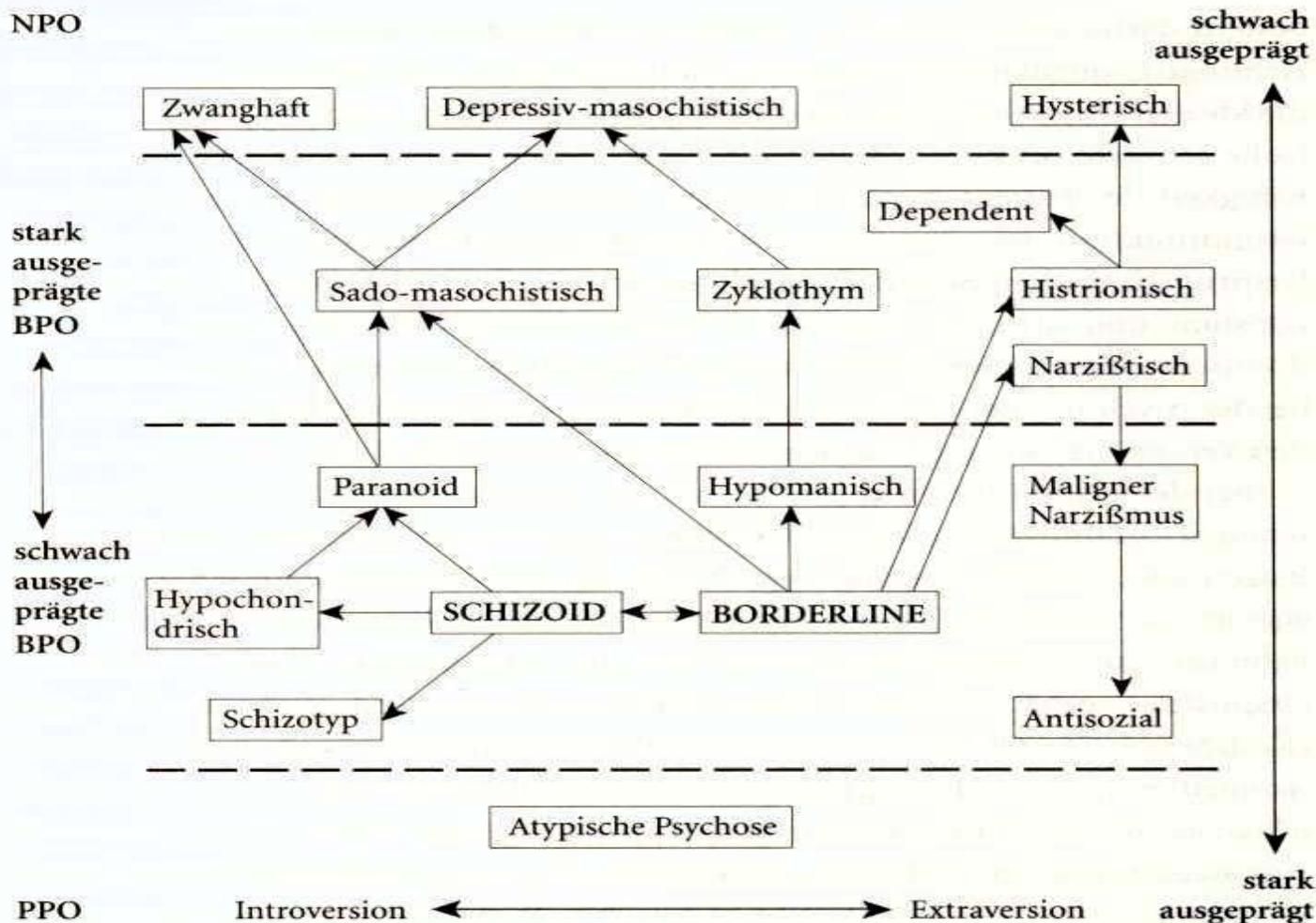


Abb. 1: Das Beziehungsgefüge der Persönlichkeitsstörungen

NPO: neurotische Persönlichkeitsorganisation; PPO: psychotische Persönlichkeitsorganisation; BPO: Borderline-Persönlichkeitsorganisation (mit hohem bzw. niedrigem Funktionsniveau)



Kernberg (2006): Patienten mit DPS liegt eine **narzisstische Persönlichkeit zugrunde + Impulsivität, Aggressivität und Straftaten**

Schweregrade bei dissozialen Patienten:

1. **Primär narzisstische Persönlichkeitsstörung:**
antisoziale Züge sind hier dann eher passiv-parasitärer Art.
2. **Maligner Narzissmus:** ist durch pathologische Aggression dominiert und stellt eine Kombination dar aus:
 - > narzisstischer Persönlichkeit
 - > antisozialem Verhalten
 - > ich-syntoner Aggression oder Sadismus gegen andere oder gegen das eigene Ich, z. B. in suizidalen Handlung
 - > stark paranoider Einstellung.
3. **Antisoziale Persönlichkeitsstörung im engeren Sinne:**
am schwersten gestört, eher psychotische Persönlichkeitsorganisation mit Verlust der Realitätsprüfung, fehlender Integration der Selbst- und der Objektanteile, Identitätsdiffusion, pathologischen Objektbeziehungen und primitiven Abwehrmechanismen.



Diagnostische und prognostische Indikatoren (Kernberg 1975, 1989, 2006) und Stone (1990)

- **ausbeuterische Objektbeziehungen**
- **Fehlen einer moralischen Orientierung**
- **dominierende schwere antisoziale Verhaltensweisen**
- **Intelligenz und kognitive Fähigkeiten** können meiner Erfahrung nach ebenfalls einen prognostischen Faktor darstellen > zumindest oberflächliche Anpassung an Normen und äußere Rahmenbedingungen mit Reduzierung der Konflikte mit der Umwelt.

Unabhängig von der psychoanalytischen Behandlungsform ist die **Prognose bei der antisozialen Persönlichkeitsstörung im engeren Sinne** (anders als bei der narzisstischen Persönlichkeit und dem malignen Narzissmus) aber **außerordentlich ungünstig**.



Übertragung: das Gesamt der frühen infantilen Wünsche, Ängste und Erfahrungen eines Patienten, die **in einer aktuellen Beziehung zu einem anderen Menschen unbewusst reaktiviert** und wieder durchlebt werden.

Gegenübertragung: die Gesamtheit der emotionalen Reaktionen und **Gefühle eines Therapeuten auf seinen Patienten.**

Sie setzt sich zusammen aus:

1. den eigenen unbewusst im Analytiker reaktivierten Konflikte,
2. seiner eigenen äußeren Realität,
3. der Gegenübertragung im engeren Sinne, d. h. der **Inhalte die die Übertragung des Patienten unbewusst im Analytiker induziert** und
4. der Lebenswirklichkeit des Patienten.



Menschen mit DPS verlagern einen Teil ihres Seelenlebens in andere und entlasten sich durch **projektive Identifikation** von unerträglichen und bedrohlichen Selbst- und Objekt-repräsentanzen und damit verbundenen aggressiven Affekten.

Im Anderen werden diese Anteile dann unbewusst vom Patienten **unter Kontrolle gehalten**.

In der **Gegenübertragung** erlebt der Behandler die heftigen archaischen Gefühlszustände des Patienten und fühlt sich unbewusst geneigt, **selbst entsprechend heftig zu fühlen und zu reagieren** (Sandler, 1976).



Typische Übertragungs-/Gegenübertragungspaare bei schweren Persönlichkeitsstörungen, die im Sinne der komplementären Identifikation wechselnd reaktiviert und dadurch durchgearbeitet werden können:

Destruktives, bösartiges Kind	<->	Bestrafende, sadistische Eltern
Ungewolltes Kind	<->	Vernachlässigende, selbstbezogene Eltern
Missbrauchtes Opfer	<->	Sadistischer Angreifer
Ungezogenes, sexualisierendes Kind	<->	„Kastrierende“ Eltern
Sexuell angegriffenes Opfer	<->	Vergewaltiger
Ausser-sich-stehendes, wütendes Kind	<->	Hilflose Eltern



Gegenübertragung ist wichtige Informationsquelle bei Patienten mit APS (Kernberg 2006):

Typische GÜ:

- Gefühl von **Verwirrung**. Das Bild des vagen, flüchtigen Selbst des Pat. ändert sich im Analytiker rasch und führt zu einem **irritierenden Gefühl des Irrealen**.
- Drang entweder die Aussagen des Patienten **unkritisch hinzunehmen**, oder **sie aus einer paranoiden Gegenübertragung heraus zurückzuweisen**.

Therapeutische Haltung:

- **moralisch aber nicht moralisierend,**
- **kritisch aber nicht sadistisch,**
- **fair aber nicht naiv,**
- **konfrontierend aber nicht aggressiv.**



Je stärker die Charakterpathologie eines Patienten umso stärker seine regressiven und primitiven Übertragungen und umso heftiger die entstehenden negativen Gegenübertragungen.

Oft **chronische Gegenübertragungsreaktion** (Kernberg 2006) mit einem Gefühl von Frustration, Ohnmacht und Verwirrung, das der Patient projiziert, und das die analytischen Fähigkeiten des Therapeuten paralyisiert.

Diese Patienten unternehmen dabei unbewusst Angriffe auf die Fähigkeit des Analytikers zu verstehen und kohärent zu denken, also auf die Alpha-Function seines Denkens (Bion 1962).



Der Analytiker sollte in der Therapie in der Lage sein, auch heftige Gegenübertragungsreaktionen auszuhalten, diese Reaktionen bei sich zu behalten und zur Selbstexploration und Diagnostik der Übertragungssituation zu verwenden.

Zu dieser therapeutischen Haltung gehören außerdem kognitive Klarheit, ein zurückhaltendes emotionales Engagement und Mut.

Darüber dass der Patient die integrative Funktion des Analytikers in sich internalisiert, verbessert sich auch seine eigene Fähigkeit zur Selbstbeobachtung und Selbstreflexion.



Rauchfleisch (1999):

Dissoziale Pat. zwingen den anderen, **affektiv Stellung zu nehmen**. Dabei geht es oft um die konträren Affekte: empathisch die **Bedürftigkeit des Pat.** wahrnehmen zu wollen, bzw. heftige **negative, ablehnende Affekte** ihm gegenüber.

Es handelt sich hierbei um eine **Identifikation bzw. Fusion** des Analytikers mit den Idealisierungen des Pat. oder aber um die **schroffe Distanzierung** hiervon.

Der Patient **agiert und inszeniert** durch und in den Reaktionen seiner Bezugspersonen seine inneren Konflikte in der Außenwelt und muss **sich dann selbst nicht mehr zwischen ganz gut und ganz böse zerrissen** spüren.

Oft werden so **Macht/Ohnmachtkonflikte** ausagiert.



Der Dissoziale entwickelt oft eine **idealisierenden Übertragung** bei der alle Vollkommenheit und Stärke auf den Therapeuten als idealisiertem Objekt projiziert wird. Der Patient selbst fühlt sich **leer und machtlos**.

Die GÜ besteht entweder darin, dass der Therapeut **sich brüsk abwendet** oder er damit reagiert, sich als ein **nur gutes Objekt** im Sinne der symbiotischen Mutter anzubieten.

Patient und Therapeut bestätigen sich dann **gegenseitig in Omnipotenz- und Größenphantasien**, während die **übrige Welt Träger der abgespaltenen bösen Teilobjekte** bleibt.

Therapieziel ist es aber letztlich die in die Außenwelt projizierten Konflikte in einen **innerseelischen neurotischen Konflikt** zu überführen.



Zur Psychotherapie von Patienten mit DPS

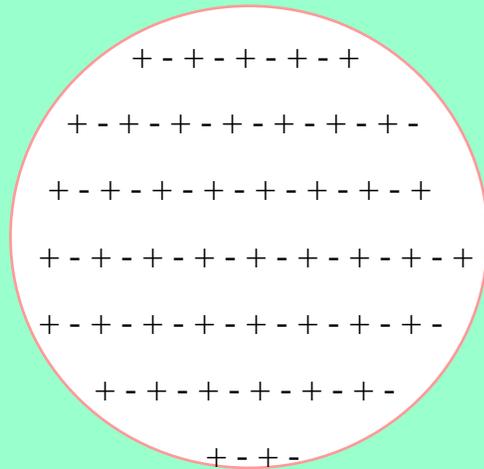
Patienten mit einer DPS sind durch übliche psychoanalytische Interventionen und das **klassische Standardsetting nicht behandelbar.**

Psychoanalytiker (wie Kernberg mit seiner TFP und Rauchfleisch orientiert an der PIM) empfehlen daher bei diesen Patienten die Anwendung einer **modifizierten psychoanalytischen Technik**, die ihrer **Ich-strukturellen Störung und Über-Ich-Pathologie** Rechnung trägt.

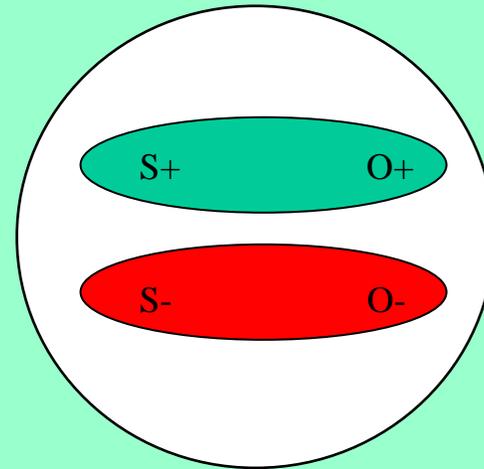
Der subjektive Leidensdruck und die Motivation dieser Patienten sind meist nicht sehr groß, da die Therapie auf gerichtliche Anordnung wegen delinquenten Verhaltens stattfindet.



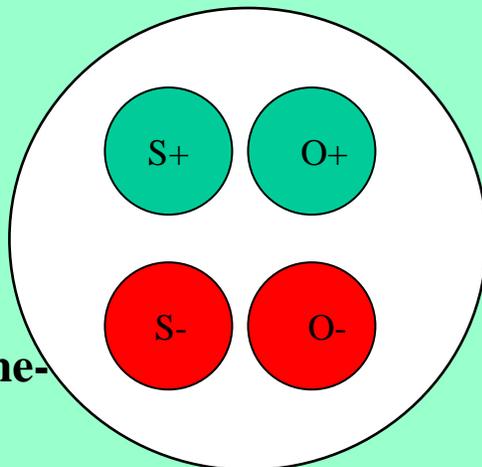
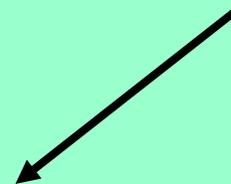
Entwicklung der reifen Objektbeziehung nach Kernberg (1976)



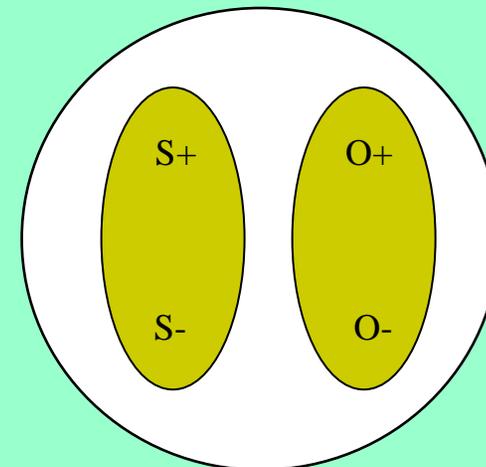
1. Primärstadium



2. Symbiotische Phase



3. Differenzierungsphase



4. Individuation, depressive Position n. M. Klein

„Borderline-
stadium“



Kernberg entwickelte für die Therapie **schwerer Persönlichkeitsstörungen** die manualisierte übertragungsfokussierte Psychotherapie **Transference-Focused-Psychotherapy (TFP)** (Clarkin 1999; Clarkin, Yeomans, Kernberg 2001; Yeomans 2002)

Dabei stehen die **Analyse von Übertragung und Gegenübertragung im „Hier und Jetzt“** der therapeutischen Beziehung im Zentrum der Aufmerksamkeit, da sich so die innere Welt des Patienten mit seinen verzerrten Objektbeziehungen und unreifen Abwehrmechanismen manifestiert.

Ziel ist dabei eine **bessere Integration der Selbstrepräsentanzen bzw. der Objektrepräsentanzen** und eine **bessere Abgrenzung des Selbst von den Objekten**, also zwischen innen und außen.



Beim **Fokussieren auf die Übertragung** hat sich der Therapeut in der TFP konstant zu fragen:

- > **Warum** sagt der Patient mir das zu eben diesem Zeitpunkt?
- > **Wie** geht der Patient mit mir um?
- > **Was macht** der Patient gerade mit mir?

Hierfür muss der Therapeut seine **Gegenübertragung**, und die **primitive Abwehrmechanismen** des Patienten, wie Spaltung und projektive Identifizierung, mit berücksichtigen.

Aggressive und destruktive Elemente und Probleme der Impuls- und Emotionsregulierung stehen früh im Fokus der Therapie, während **supportive Elemente** (Ratschläge, Ermutigungen) trotz der Schwere der Störung nur in Ausnahmefällen angewendet werden.



Folgende **drei Zugangswege** ermöglichen in der TFP einen intellektuellen und einführenden Zugang zum Patienten:

1. **Verbale** Mitteilungen („was sagt der Patient?“ - freie Assoziationen, Träume)
2. **Nonverbales** Verhalten und Affekte („wie sagt es der Patient?“ - Mimik, Gestik)
3. **Gegenübertragung** des Therapeuten („was löst der Patient in mir aus?“)



Therapeutische Grundprinzipien der TFP

- **Aufbau eines stabilen Behandlungsrahmens**
- **aktive therapeutische Haltung**
- **einen haltenden Raum bieten („containing“)**
- **Konfrontativer, aktiver Umgang mit selbstzerstörerischem Verhalten**
- **Verbindung zwischen Gefühlen und Handlungen („Ausagieren“) herstellen**
- **Setzen und Einhalten von Grenzen**
- **Analyse der Gegenübertragung**
- **Interventionen mit Focus im „Hier und Jetzt“**



Erstes Prinzip des taktischen Vorgehen in den Sitzungen

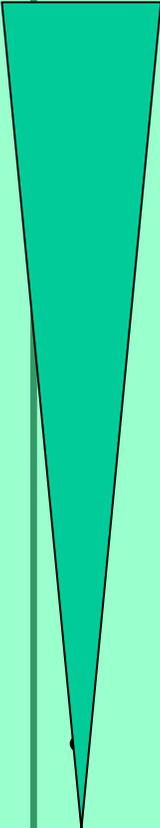
- Der **Patient und nicht der Therapeut** bestimmt den Inhalt der Sitzungen.
- Der Therapeut räumt dem Material Priorität ein, bei dem der **Affekt des Patienten am intensivsten** ist.

Zweites Prinzip

- Es wird auf Material geachtet, das sich **direkt oder indirekt auf den Therapeuten bezieht** (Übertragungsbeziehung).
- Dabei zeigt sich der **Affekt des Patienten** meist in dem, was sich im **Hier-und-Jetzt der Beziehung** mit dem Therapeuten abspielt
- Der **vom Therapeuten ausgewählte Fokus** kann von dem **abweichen, was der Patient zu bearbeiten wünscht**, das oft als Abwehr eingesetzt wird, um zentrale Affekte und Konflikte zu vermeiden.



Hierarchie der Probleme, die die Arbeit an der Übertragung erschweren oder gefährden können:



Selbst- und Fremdgefährdung

Gefährdung der Fortsetzung der Therapie

Vertragsbrüche

Acting-out (Ausagieren) zwischen und während der Sitzungen

Unehrlichkeit oder Verschweigen wichtiger Tatsachen

Trivialisierung von Themen



Die psychoanalytischen Interventionstechniken der **Klärung, Konfrontation und Deutung** werden in der TFP **aktiv, konsequent und technisch neutral** umgesetzt:

Klärung (Klarifizierung): genau verstehen, was besprochen wird. Die subjektive Wahrnehmung des Patienten wird minutiös erfragt. Besonders Bereiche, die **vage oder konfus** wirken, werden solange geklärt, bis der Therapeut versteht, was der Patient meint und der Patient den Therapeuten versteht (**Hilfs-Ich-Funktion**).

Konfrontation: Aufgreifen von **Widersprüchen**. Diese werden dem Patienten **taktvoll** mitgeteilt. Auch Bereiche, die weiterer Klärung bedürfen, werden angesprochen. Konfrontation bedeutet nicht, dass man in aggressiver Weise seine Kritik oder Gegenmeinung äußert.



Deutungen: erfolgen im **Hier-und-Jetzt** und sind vorwiegend bezogen auf die **Übertragung**. Sie dienen dem Bewusstmachen von unbewusst wirksamen **Objektbeziehungen**, die entweder **agiert** oder als **Symptom** ausgedrückt werden.

Aggressive und selbstdestruktive Anteile der Patienten stehen dabei im Zentrum der therapeutischen Aufmerksamkeit.

Technische Neutralität: der Analytiker behält bei seinen Interpretationen **gegenüber dem Über-Ich, dem handelnden Ich, dem Es und der äußeren Realität des Patienten die gleiche Distanz**, d. h. bei seiner Arbeit nimmt er die Position des beobachtenden Teils des Ich des Patienten ein (Kernberg 1997). Die Haltung ist dabei geprägt von **interessierter Objektivität**.



Therapieziele der TFP

- Fokus auf dem Erkennen und Benennen der internalisierten Selbst-Objektbeziehungen und dadurch bedingten divergierenden und wechselnden Rollen in Übertragung/Gegenübertragung.
- Analyse des Rollenwechsels, wenn der Patient z. B. unbewusst zwischen Opfer- und Täterrolle hin und her wechselt.
- Fördern der Reflektionsfähigkeit zur Integration positiver und negativer Sichtweisen von sich selbst (Opfer-Täter) und wichtiger Bezugspersonen.
- Verbesserung der Fähigkeit, Empathie für sich selbst und andere zu empfinden.
- Bessere Integration der inneren Repräsentanzenwelt.



Psychoanalytisch-Interaktionelle Methode (Heigl-Evers, Ott 2002)

Arbeitet weniger mit Deutungen als mit dosierten Antworten des Therapeuten: „**Prinzip Antwort statt Deutung**“. Die Einstellungen von Abstinenz, Neutralität und Anonymität wurden dabei relativiert.

Die **Interventionen der PIM** beinhalten:

- **authentischen Antwort** auf den Patienten: Wenn Sie sich so verhalten, dann erlebe ich Sie folgendermaßen, und fühle ihnen gegenüber jenes (konfrontativ).
- mit der Übernahme einer **Hilfs-Ich-Funktion** vermittelt der Therapeut dem Patienten, wie er selbst sich in der von ihm berichteten Situation verhielte (Identifikationsangebot, Hilfsangebot).
- den **klärenden Umgang mit den Affekten des Patienten und mit den eigenen Affekten**. Dies beinhaltet den Austausch von Gefühlen, ein affizieren und sich affizieren lassen, das Ansprechen und Bestätigen einer offensichtlichen Hemmung oder Unterdrückung von Affekten.
- den **Umgang mit Konflikten**: durch Konfrontation wird dem Patienten vermittelt, dass konfliktuöse Spannungen zu Kompromissen führen können, die für beide Beteiligten befriedigend sind.



Therapeutische Einstellungen der PIM

Präsenz:

- **wache Aufmerksamkeit gegenüber allen verbalen und nonverbalen Äußerungen des Patienten und prozessorientierte Wahrnehmung**
- **ständige Überprüfung der entstandenen Bilder vom Patienten und seinen wichtigen Objekten und der eigenen GÜ-Reaktion**

Respekt:

- **den Patienten in seinem Gewordensein und in seiner Person, in seinen Welt- und Lebensbewältigungsversuchen, einschließlich der darin enthaltenen Psychopathologie, ernst zu nehmen.**
- **Die als krank zu verstehenden Anteile der Person als ein Element eines immerhin gelungenen Überlebensversuchs anzuerkennen**

Akzeptanz:

- **affektive Bejahung, Bestätigung und Mitgefühl**
- **Bereitschaft zum Mit-leiden**
- **Erbarmen gegenüber Patienten, die an sich selbst leiden bzw. andere leiden lassen**
- **Erleben von Schicksalsanteiligkeit aus verbindender menschlicher Leidenserfahrung**



Die Persönlichkeit und Struktur des Kindes entwickeln sich zugleich harmonisch mit denen der Mutter und kontrapunktisch zu ihr (G. u. R. Blanck)

Interventionsmodi der PIM

A) Antworten in **Harmonie und Empathie**:

- **Spiegelndes** Antworten: „Auf mich wirken Sie jetzt...“
- Antworten in **Übereinstimmung**: „Mir geht es da ganz ähnlich!“

B) Antworten als **Kontrapunkte und Abgrenzung** zur Stärkung von Selbst-Objekt-Grenzen:

- Abgrenzende Antworten in **Hilfs-Ich-Funktion**: „Ich an Ihrer Stelle wäre da...(wütend, traurig, enttäuscht)“
- Abgrenzende Antworten im Sinne der **direkten Rückmeldung**: „Wie Sie so reden, lösen Sie in mir...“
- Abgrenzende Antworten als **Ablehnung einer Beziehungserwartung** bei funktionalisierenden, übergriffigen, erpresserischen und ausbeuterischen Umgangsformen: „So lasse ich mit mir nicht umgehen!“



Therapeutische Ziele der PIM

- Veränderung der apersonalen Objektbeziehungen in Richtung **Personalität**
- Aus Teilobjekten sollen **Ganzobjekte** werden
- Aus unzureichenden Geschiedenheiten sollen sich **Abgrenzungen des eigenen Selbst sowie der Objekte** entwickeln
- Entwicklung der Fähigkeit, den Anderen in seiner Andersartigkeit als **Gegenüber** zu erleben, mit dem ein Austausch möglich ist, und der eine unentbehrliche Ergänzung zur eigenen Unvollständigkeit darstellt
- Erweiterung und differenzierterer Einsatz der **Ich-Funktionen**
- Entwicklung der Fähigkeit zur **kritischen Selbstbeurteilung**



Bei der **interaktionellen psychoanalytischen Methode (PIM)** und der **übertragungsfokussierten Psychotherapie (TFP)** handelt es sich um etablierte Psychotherapieverfahren zur Behandlung persönlichkeitsgestörter Patienten (Dammann 2004).

Gemeinsamkeiten: aktiveres Vorgehen, Verwenden von Klärungen und Konfrontationen, größere Beachtung des Behandlungsrahmens sowie Arbeit im Hier und Jetzt.

Unterschiede: weniger das Verständnis der Persönlichkeitsdynamik als die typischen Interventionen betreffend. Das Prinzip Antwort der ich-psychologisch orientierten PIM und das Prinzip Deutung der objektpsychologisch orientierten TFP können letztlich nicht gleichgesetzt werden. Die IPM wurde zudem für Gruppen, die TFP für Einzelsettings entwickelt.

Die **interaktionelle Methode** birgt aber letztlich das größere Risiko pädagogisch statt psychotherapeutisch zu arbeiten.



Therapeutische Grundhaltung bei antisozialen Persönlichkeiten nach Rauchfleisch (2000):

Keine eigene -zumindest keine sichtbare- Behandlungsmotivation erwarten, sich auf das jeweils vom Patienten gewählte „Eröffnungsmanöver“ einlassen, dabei die entstehende Interaktion mit Hilfe des Konzepts des „szenischen Verstehens“ (Lorentzer, Argelander) untersuchen und die Schaffung eines Arbeitsbündnisses nicht als Voraussetzung, sondern als ein erstes wichtiges Teilziel der Therapie betrachten.

Ein derartiger Ansatz wird der inneren Situation dieser Patienten eher gerecht als hochgesteckte Erwartungen an eine primär bestehende Mitarbeitsbereitschaft und führt zu einem entspannteren Klima in der Behandlung.