

(aus: SAP-Zeitung Nr. 8, Februar 2004)

GRUNDPOSITIONEN NARZISSTISCHER THEORIE- UND THERAPIEKONZEPTE

(Symposium SAP November 2003)

a.o.Univ.Prof.Dr. Axel Krefting

In der therapeutischen Arbeit plagen wir uns mehr oder weniger häufig mit den Phänomenen des Narzissmus, bzw. der narzisstischen Pathologie unserer Patientinnen und Patienten, gegen die wir häufig wenig ausrichten können. Die narzisstische Abwehr dieser emotional schwer erreichbaren Patienten, die ihnen scheinbar Größe und Unabhängigkeit verleiht, vermeidet nicht nur die Wahrnehmung eigener Schwächen und Ängste, sondern wirkt sich vermeidend und zerstörend auf die Entwicklung intimer Beziehungen, nicht zuletzt der Übertragungsbeziehung aus. In seinem innersten Kern ist der pathologische Narzissmus von destruktiver Aggression durchdrungen, die sich nicht nur gegen das eigene Selbst, sondern auch gegen äußere Objekte richtet, vor allem dann, wenn eine als gefährlich erlebte Abhängigkeit abgewehrt werden muss. Daher ist die analytische Arbeit dieser Aggressivität ausgesetzt und tendenziell von Zerstörung bedroht.

Natürlich verhehlen wir uns nicht, dass nicht nur auf Seiten der Patienten problematische narzisstische Strukturen bestehen, sondern wir selbst es mehr oder weniger intensiv mit unseren eigenen narzisstischen Problemen zu tun bekommen können; und zwar nicht nur als Gegenübertragung auf die narzisstischen Übertragungsreaktionen, sondern als etwas, was zu uns gehört, insofern wir selbst Patienten waren und bleiben.

Die Probleme mit dem Narzissmus bestehen freilich nicht allein im therapeutischen Umgang mit seinen Manifestationen, sondern liegen auch in seiner begrifflichen, theoretischen Dimension.

Nachdem wir uns auf diesem Symposium mehr mit den psychoanalytisch psychotherapeutischen Aspekten des Narzissmus und seiner Pathologie beschäftigen wollen, beschränke ich mich auf die Skizzierung einiger theoretischer, auf Freuds Narzissmustheorie zurückgehenden bzw. sich davon abgrenzenden

Grundpositionen jener Konzepte, die gegenwärtig verbreitet sind und sich im therapeutischen Umgang mit den Phänomenen des Narzissmus bewährt haben, also hauptsächlich Kohut und Kernberg.

Zu aller erst ist wohl zu sagen, dass es keine einheitliche, den verschiedenen psychoanalytischen Schulen gemeinsame Definition des Narzissmus gibt, die über eine allgemeine Beschreibung hinausgeht. Ebenso existiert kein gemeinsames metapsychologisches Konzept, das die Ursachen und motivierende Gründe dessen, was man im Begriff Narzissmus beschreibt, in ihrer Komplexität begreift. Alle Schulen divergieren mehr oder weniger stark voneinander, haben andere Vorstellungen über Entwicklung und vor allem metapsychologische Stellung des Begriffs (Vergl. Zepf 2000). Davon sind auch die therapeutischen Ansätze betroffen und unterscheiden sich zum Teil sehr deutlich voneinander in ihrer therapeutischen Strategie. Am ehesten konvergieren noch die symptomatischen Beschreibungen und Äußerungsformen der narzisstischen Pathologie.

Nachdem Freud den Aufsatz „Zur Einführung des Narzissmus (1914)“ verfasst hatte, nannte er den Text in einem Brief an Abraham „eine schwere Geburt“, die „alle Deformationen einer solchen zeigt“ (Brief vom 16.3.14, Freud – Abraham. Briefe 1907 – 1926, Frankfurt/M. 1965, 163). Er war nicht zufrieden mit der Arbeit, die ihn zwang, eine wesentliche Änderung der psychoanalytischen Konzeption vorzunehmen. In seinem Bestreben, an der dualistischen Triebtheorie festzuhalten und den Narzissmus darin zu integrieren, musste er das bis dahin bestehende Gegensatzpaar von Sexualtrieben auf der einen und Ich- bzw. Selbsterhaltungstrieben auf der anderen Seite aufgeben. Da er nämlich den Narzissmus als libidinöse Besetzung des Ich definierte, mussten Sexual- und Ich-Triebe eine Einheit werden, die einer gemeinsamen libidinösen Quelle entspringen sollten; deren Gegenspieler wurde nun die Aggression, die vorher als Teil des Sexualtriebes galt. (Im weiteren Verlauf der Theorieentwicklung, insbesondere durch die Einführung der Strukturtheorie, wurde – wie wir alle wissen - am Gegensatz zwischen sexuellen und aggressiven Trieben festgehalten, die jedoch zu Elementen größerer Einheiten von Lebens- und Todestrieb umformuliert wurden.) Was die Arbeit über den Narzissmus angeht, gilt sie als eine der wichtigsten Schlüsseltexte in Freuds Werk, obwohl sie weder der zweiten Topik angepasst wurde noch dem

Gesamtkorpus der psychoanalytischen Theorie widerspruchsfrei einverleibt werden kann.

Ehe Freud seine Theorie formulierte, benutzte er den Begriff sporadisch im Sinne von H. Ellis und P. Näcke als Variation einer autoerotischen Perversion. Später kennzeichnete er eine spezifische Form der homosexuellen Objektwahl als narzisstisch und dann schlug er vor, Narzissmus als ein Entwicklungsstadium zwischen dem Autoerotismus und der Objektliebe des Kindes anzunehmen.

Ab 1914 nun ist der Narzissmus die Bezeichnung für die uranfängliche Libido, die ungerichtet in einem ganz rudimentären Ich enthalten ist. Diesen frühen Zustand nennt Freud den primären Narzissmus. In der 26. Vorlesung (Die Libidotheorie und der Narzissmus, 1916/17) kommt in einer Nebenbemerkung zum Ausdruck, dass er diese Form des Narzissmus, den primären, als dem intrauterinen Zustand nachgebildet sieht, als einen Zustand der Selbstgenügsamkeit und Objektlosigkeit. Mit der allmählichen Herausbildung des Ich, die untrennbar mit dem Kontakt und der Kommunikation mit den primären Objektbeziehungen verbunden ist, besetzt das im Ich vorhandene libidinöse Potential die Objekte. D.h. vom Ich gehen die libidinöse Besetzungen der Objekte aus, narzisstische Libido wandelt sich in Objektlibido; doch ein Teil narzisstischer Libido verbleibt zeitlebens im Ich (später wird dieser Ort als Ich-Ideal präzisiert); für Freud ist es wahrscheinlich, „dass dieser Narzissmus der allgemeine und ursprüngliche Zustand ist, aus welchem sich erst später die Objektlibido herausbildet, ohne dass darum der Narzissmus zu verschwinden braucht“ (GW XI, 431); dieser restliche Narzissmus bestimmt maßgeblich das von Freud so genannte Selbstgefühl. „Ein Anteil des Selbstgefühls ist primär, der Rest des kindlichen Narzissmus, ein anderer Teil stammt aus der durch Erfahrung bestätigten Allmacht (der Erfüllung des Ich-Ideals), ein dritter aus der Befriedigung der Objektlibido“ (GW X, 168). Diese Formulierung ist insofern widersprüchlich, als hier Objektlibido nicht im krassen Gegensatz zum Narzissmus steht und das Selbstgefühl – heute würden wir wahrscheinlich vom Selbstwertgefühl sprechen -, also die Qualität der narzisstischen Besetzung des Ich sehr wohl von den Objektbesetzungen nicht zu trennen ist. Runden wir kurz die Skizze von Freuds Narzissmustheorie ab: es fehlt neben dem primären Narzissmus noch der sekundäre: Objektlibido wandelt sich im Falle eines Objektverlustes wieder in narzisstische, wenn die von den Objekten abgezogene Libido dauerhaft wieder auf das Ich gerichtet wird und in ihm verbleibt. Diese Umwandlung, die sich etwa durch

den Verlust wichtiger Objekte vollziehen kann, nennt Freud sekundären Narzissmus; er ist eo ipso pathologisch (Beispiel Größenwahn, Hypochondrie).

In der Folge von Freud lassen sich verschiedene Theoriekonstrukte unterscheiden, die auch von einem primären Narzissmus ausgehen (Grunberger, Mahler, Kohut); andere unterstellen eine primäre Objektbeziehung, und der Narzissmus ist in dieser Perspektive eher Produkt der Beschädigung der primären Objektbeziehung (Ferenczi, Balint, Klein, Winnicott); und schließlich wird der Narzissmus als Entwicklungsarretierung (Kohut) und als Pathologie sui generis (Kernberg) gesehen.

Die unterschiedlichen metapsycho-logischen Positionen des Narzissmus in den diversen Konzepten sollen aus Zeitmangel in diesem Kontext nicht thematisiert werden; deren Bandbreite lässt sich in Bezug auf das begriffliche Verständnis des normalen und pathologischen Narzissmus mit einigen Fragen skizzieren:

Gibt es einen primären Narzissmus oder ist er ein Entwicklungs- und Durchgangsstadium? Wenn er primär vorhanden ist, ist er dann Teil des Trieblebens, geht er mit den Trieben eine dialektische Beziehung ein, oder ist er ein davon unabhängiges autonomes Motivationssystem bzw. Regulierungssystem des Selbstwertgefühls? Entwickelt sich der Narzissmus in enger Bindung an die Entwicklung der Objektbeziehungen oder nicht, gehört er zum normalen Leben nur des Kindes oder auch des Erwachsenen und sind seine pathologischen Phänomene Entwicklungsarretierungen bzw. Fixierungen an den kindlichen Narzissmus oder ist die Pathologie des Narzissmus etwas in seiner Qualität gänzlich anderes? Hat die Begriffs- und Ideengeschichte des Narzissmus die Psychoanalyse Freuds entsexualisiert, sie konservativer gemacht (Gast 1997), das tendenziell unversöhnliche Verhältnis von Trieb und Kultur, letztlich von Individuum und Gesellschaft, eskamotiert, weggezaubert, zugunsten eines mehr idealistischen Bildes durch ein Streben nach Harmonie, Frieden und Sicherheit geprägten Menschen? Oder ist es richtig, diese Relativierung der Triebtheorie vorzunehmen, indem man die Bedeutung spannungsfreier, sicherheitsgebender Zustände zwischen Mutter und Kind betont, was durch die empirischen Befunde aus der Säuglingsforschung belegt werden kann. Freud selbst war es, der in seiner Arbeit über den Narzissmus (1914 und 1916/17) den Urzustand der Libido als vollen Narzissmus bezeichnet hat, der im

Schlaf wieder eingenommen werde und nach dem Bild der seligen Isolierung im Intrauterinleben gebildet sei (1916/17, 432); was implizit wohl so interpretiert werden kann, dass es neben dem Triebleben auch eine quasi angeborene Tendenz gibt, sich den Spannungen entziehen zu wollen, einen Zustand innerer Harmonie und Ruhe zu finden.

Auf dieser Position basieren die Ansätze von Sandler, Dare, Holder und Joffe sowie Argelander, die den Narzissmus vom Trieb trennen und ihn als autonomes Motivationssystem auffassen.

Der Hauptgedanke von Sandler und Mitarbeitern besteht darin, den Narzissmus als eine den Trieben gegenüber unabhängige seelische Energie zu betrachten. Zwar halten sie an Freuds Triebtheorie fest, lassen diese jedoch nur in Bezug auf die Objektbeziehungen gelten; der Narzissmus hingegen soll in einer Metatheorie der Affekte aufgehoben werden. Dem Kind gehe es von Anfang an nicht nur um Triebbefriedigung, sondern ebenso sehr darum, Zustände und Gefühle des Wohlbefindens und innerer Sicherheit zu erreichen. Und umgekehrt sorgt das narzisstische Motivationssystem auch dafür, unangenehme und für die Erhaltung des Selbstwertgefühls gefährdende Affekte, Erfahrungen, etc. abzuwehren. Neben dem Streben nach Lust durch Triebbefriedigung existiert ein System nach Wohlbefinden im Sinne von Sicherheit, Ruhe und Harmonie. Dieses System wird als zentrales gesetzt, dem sich das Triebsystem unterordne. Narzissmus wird definiert als die Summe aller positiv gefärbten Gefühlszustände des Selbst. Ein Abweichen von diesem Zustand wird als offener oder latenter Schmerz erlebt und durch verschiedene Abwehrmaßnahmen bewältigt (Suche nach narzisstischer Zufuhr, Kompensation im Tagtraum, Identifizierung mit idealisierten Personen; aber auch durch eher pathologische Kompensationsmechanismen wie Perversionen, Selbstbestrafungen etc.).

Argelander (1985) teilt die Auffassung, dass Trieb und Narzissmus zu trennen seien. Triebbefriedigung und narzisstische Befriedigung seien von ganz unterschiedlicher Qualität: libidinöse Befriedigung bedeutet, mit einem Objekt in eine triebbestimmte Szenerie zu treten, den Wechsel von Spannung und Entspannung zu suchen. Die narzisstische Regulation hingegen bestehe gerade in der Vermeidung von Spannung.

Sandler et al siedeln den Narzissmus oberhalb des Triebgeschehens auf der Ebenen der Affekte und der Affektregulation an, zu denen zwar auch das Triebleben gehört, aber dem narzisstischen Regulationssystem untergeordnet ist.

Argelander ergänzt, dass der primäre Narzissmus analog der Triebentwicklung verstanden werden muss und ebenso wie diese im Unbewussten eine mit den narzisstischen Affekten, insbesondere Grandiosität und Omnipotenz, verbundene Repräsentanzenwelt errichtet, die in Zeiten von Krisen die Herrschaft über das Ich gewinnen kann, so dass sich Abkömmlinge dieses frühen, verschmolzenen, grandiosen oder ozeanischen Zustandes wieder aktualisieren können und damit das Bild einer narzisstischen Pathologie zeigen.

In der Frage des Verhältnisses von Narzissmus und Objekt bestimmt Freuds Konstrukt den Narzissmus - als libidinöse Besetzung des Ich – in einer quasi hydraulischen Beziehung zur libidinösen Besetzung der Objekte: je stärker die Objektbeziehungen, desto geringer ist die narzisstische Besetzung des Ich und umgekehrt. Dem gegenüber fasst das Konzept von Kernberg den Narzissmus in einem Kontext von Selbst- und Objektbeziehungen auf; während (der spätere) Kohut die Entwicklung des Selbst von der Entfaltung der triebbestimmten Objektbeziehungen trennt.

Der kleinste gemeinsame Nenner der unterschiedlichen psychoanalytischen Narzissmuskonzepte besteht gegenwärtig darin, die narzisstische Störung deskriptiv als eine Konzentration der psychischen Interessen auf das eigene Selbst aufzufassen.

An Kernberg angelehnt können wir zwischen einem normalen, einem normalen infantilen und einem pathologischen Narzissmus unterscheiden. Die pathologischen Formen lassen sich differenzieren in solche, die mit einer Fixierung an bzw. Regression auf den infantilen Narzissmus einhergehen – vor allem bei den neurotischen Störungen und leichteren Charakterpathologien und solche, die die narzisstische Persönlichkeitsstörung im engeren Sinn repräsentieren. Deren klinischen Merkmale bestehen in pathologischer Eigenliebe, pathologischer Objektliebe und einem pathologischen Über-Ich.

Das DSM-IV beschreibt diese Störung folgendermaßen:

Ein tiefgreifendes Muster von Großartigkeit (in Phantasie oder Verhalten). Bedürfnis nach Bewunderung und Mangel an Empathie. Die Störung beginnt im frühen Erwachsenenalter und tritt in den verschiedensten Situationen auf. Mindestens fünf der folgenden Kriterien müssen erfüllt sein:

1. hat ein grandioses Gefühl der eigenen Wichtigkeit (übertreibt zum Beispiel die eigenen Leistungen und Talente; erwartet, ohne entsprechende Leistungen als überlegen anerkannt zu werden),
2. ist stark eingenommen von Phantasien 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.

Psychotherapie der narzisstischen Persönlichkeitsstörung

Patientinnen und Patienten mit Persönlichkeitsstörungen galten lange Zeit als psychotherapeutisch kaum behandelbar. In der Forschungsliteratur (Herpertz u. Saß 2003; Tress et al. 2002) werden vor allem die Arbeiten von Reich (1933), Kohut (1971), Kernberg (1967) und Masterson (1978) als Wendepunkte in der psychoanalytischen Behandlung narzisstischer und Borderline-Störungen genannt.

Die therapeutischen Ansätze, die allesamt Modifikationen des psychoanalytischen Standardverfahrens darstellen, basieren auf unterschiedlichen ätiologischen Modellen und sind auf die Besonderheiten dieser Patientengruppe zentriert.

Allgemein kann man sagen, dass die gegenwärtig gebräuchlichen Therapiestrategien wegen der spezifischen Verhaltensweisen der Patienten konzeptgeleitet sind und dass diese Behandlungsmethoden neben ihren genuin psychoanalytischen Techniken auch Kriseninterventionstechniken aufweisen, weil die Patienten unter belastenden Lebenssituationen zu Suizidhandlungen, autodestruktiven Verhaltensweisen, aggressiven Impulsdurchbrüchen, dissoziierten Zuständen sowie Angstanfällen leiden, die manches Mal den Einsatz mehr strukturierender und supportiver Mittel notwendig machen.

Erschwerend kommt für die Behandlung hinzu, dass kaum eine Form der Persönlichkeitsstörung in reiner Form vorkommt, sondern dass häufig mehrere von einander differenzierbare Störungen zugleich vorliegen und diese noch eine hohe Komorbidität mit Essstörungen, Substanzmittelmissbrauch, Depressionen, posttraumatischen Belastungsstörungen und anderem aufweisen, was wiederum störungsspezifische Interventionen erforderlich machen kann.

In allen psychoanalytischen Ansätzen wird auf die hohe Bedeutung eines tragfähigen Arbeitsbündnisses hingewiesen und zugleich die Schwierigkeit, dies herzustellen und aufrecht zu erhalten, betont. Zum Bündnis zählen auch quasi vertraglich vereinbarte Rahmenbedingungen, die zu Beginn der Behandlung ausverhandelt werden müssen und die Anfangsphase der Behandlung prägen können. Zu den Punkten, die vorweg geklärt werden müssen, werden übereinstimmen folgende genannt:

- die Verfügbarkeit des Analytikers
- Honorar
- Stundenlänge und Häufigkeit
- Umgang mit Drogen und Alkohol (insbesondere in der Stunde)
- Umgang mit selbstdestruktivem Verhalten und Suizidalität

Gemäß den unterschiedlichen ätiologischen Vorstellungen fokussieren die verschiedenen psychoanalytischen Therapiemodelle auf die besonderen Probleme bei der Beziehungsgestaltung (etwa Kernberg); den Problemen des

Selbstwertgefühls (Kohut); sowie den Problemen bei der Steuerung von Affekten und Handlungsimpulsen.

Das Ziel der psychoanalytischen Therapie soll eine

- Verbesserung der Beziehungsfähigkeit sein, die durch verbesserte, d.h. entzerrte Selbstwahrnehmung und Realitätseinschätzung möglich wird;
- Verbesserung der Impulskontrolle
- Aufbau reiferer Abwehrmechanismen

Gegenüber der Standardtechnik bei weniger schweren Störungen wird bei der Behandlung Narzisstischer Pathologien ein aktiveres Vorgehen der Therapeuten als günstig erachtet. Dazu müssen die größeren Sicherheitsbedürfnisse der Patienten beachtet und eine haltende Umgebung (holding environment) (Modell) hergestellt werden; und die Arbeit an den Funktionsstörungen des Ich tritt in den Vordergrund.

Neben den hauptsächlich verwendeten Konzepten Kohuts (Selbstpsychologie) und Kernberg (Ich-Psychologie und Objektbeziehungstheorie) existieren Modelle etwa von Masterson (2000), Masterson und Rinsley (1975) sowie Buie und Adler (1982), die die Instabilität und die Wut der Patienten hervorheben. Diese wird als Reaktion auf das reale Erleben einer eindeutig defizitären mütterlichen Versorgung, die internalisiert wurde, zurückgeführt. Auf diese defizitäre Versorgung bezogen, stellen die genannten Modelle die haltende Funktion des Analytikers und die Bedeutung der therapeutischen Allianz in den Vordergrund und vernachlässigen die Deutungsarbeit. Die Allianz wird durch die positiven Übertragungsanteile genährt, während die negativen, trennenden ausgeklammert werden. Dies steht ganz im Gegensatz zu Kernberg, der sehr früh feindselige Übertragungsmanifestationen deutend aufgreift, um die Sicherheit zu vermitteln, dass der Analytiker nicht zerstört wird und fähig bleibt, Ordnung in die Verwirrung des Erlebens und Fühlens zu bringen.

Da das Entwicklungsdefizit (nach Buie und Adler) auf einem Mangel an tröstenden, beschwichtigenden und haltenden Introjekten beruht, wird dem Analytiker empfohlen, diese vermisste Rolle einzunehmen. Diese soll auch über die zeitliche Begrenzung der Stunden hinaus aufrechterhalten werden, indem sich der Therapeut in Krisenzeiten und Schwierigkeiten des realen Lebens als haltendes Selbst-Objekt zur Verfügung stellt. Eine solche am Leben des Patienten teilnehmende Verhaltensweise vermittelt nach Meinung der genannten Autoren eine korrigierende Erfahrung, die das Bild eines zuverlässigen haltenden elterlichen Introjekts erzeugen soll. Allerdings

wird diese Aufgabe durch die häufige Wut der Patienten unterminiert und stört tendenziell die Bereitschaft des Analytikers, ein haltendes Objekt sein zu können, wiewohl mir persönlich unklar bleibt, worin dann noch die analytische Funktion besteht, wenn sie beinahe vollständig in mütterlich haltender aufgeht. Die Gefahr besteht jedenfalls, dass beide Partner des Prozesses an den Äußerungsformen der negativen Übertragung und Gegenübertragung scheitern können, wenn diese nicht Teil einer sorgfältigen Bearbeitung sein soll. Gerade deshalb betont Kernberg, der auch mit Kohut nichts gegen eine partiell und temporär haltende und empathische Funktion des Analytikers zu haben scheint, den Stellenwert der frühen Deutung der aggressiven Übertragung.

Bei der Indikation zu einer psychoanalytischen Therapie muss besonders die Ich-Stärke des Patienten eingeschätzt werden, die sich an der Qualität seiner Beziehungen, der Fähigkeit Schuldgefühle zu erleben, der Angsttoleranz sowie der Impulskontrolle und Sublimierungsfähigkeit bemisst.

Aus den verschiedensten Therapieansätzen lassen sich einige allgemeine Behandlungsprinzipien ableiten, die gegenwärtig von den verschiedenen psychoanalytischen Schulen akzeptiert zu werden scheinen und so etwas wie einen Konsens darstellen:

Allgemeine Behandlungsprinzipien der psychodynamischen Therapie von Patienten mit schweren Persönlichkeitsstörungen¹

- Schwerpunkt auf stabile therapeutische Rahmenbedingungen legen
- Stärkere Aktivität von Therapeuten im Vergleich zur Therapie neurotischer Patienten wegen intermittierend auftretender Probleme insbesondere des Borderline-Patienten in Bezug auf Realitätsprüfung und projektiver Abwehr
- Toleranz gegenüber der sich im Rahmen der negativen Übertragung manifestierenden Feindseligkeit der Patienten
- Verhindern selbstzerstörerischer Verhaltensweisen durch Klärung und Konfrontation mit dem Ziel, diese als ich-dyston und unbefriedigend erlebbar zu machen

¹ Waldinger, R.J. (1992): Multimodal treatment of borderline personality disorder, zitiert nach Clarkin, J.F., Yeomans, F.E., Kernberg, O.F. (2001): Psychotherapie der Borderline-Persönlichkeit. Manual zur psychodynamischen Stuttgart, New York, Schattauer, S. 8

- Einsatz von Deutungen, um dabei zu helfen, Verbindungen zwischen Handlungen und Gefühlen herzustellen
- Verhindern agierendes Verhaltens durch Grenzsetzung, wenn es den Patienten oder andere Personen bzw. die Therapie selbst gefährdet
- Fokussieren des therapeutischen Handelns und der Deutungen im „Hier-und-Jetzt“ mit geringerer Betonung der genetischen Hintergründe
- Sorgfältige Beachtung der Gegenübertragungsgefühle

Der Behandlungs-Ansatz von Heinz Kohut

Kohuts Behandlungstechnik ist von seinen entwicklungspsychologischen Annahmen geprägt. Auch er macht die Entwicklung des Selbst im Wesentlichen Abhängig vom realen Verhalten der primären Bezugspersonen. Das Selbst entsteht für ihn in einem Prozess wechselseitiger Interaktionen und Interaktionsregulierungen zwischen Mutter und Kind. Dieses Sich-zur-Verfügung-Stellen der Mutter ist für eine stabile Strukturbildung des Selbst von entscheidender Bedeutung und wird als Entwicklungsmovens größerer Bedeutung zugeschrieben als die Triebkonflikte. Das Selbst wird als Kern der Persönlichkeit verstanden und umfasst die Initiierung, die Organisation und die Integration der Motivationssysteme und der Erfahrung. Das Selbst ist in seiner normalen Funktion nicht erfahrbar; erst im Zustand verminderter Kohärenz zeigt es sich in Form der Selbstobjekt-Übertragung oder in pathologischen Varianten eines fragmentierten Selbst.

Daher steht im therapeutischen Prozess die Entwicklung von Selbstkohärenz an oberster Stelle der therapeutischen Ziele. Der Therapeut dient dieser Entwicklung, indem er sich als Selbst-Objekt zur Verfügung stellt; d.h. als ein Objekt, das eine defizitäre Funktion des Selbst des Patienten kompensiert. Wichtig für die Theorie der selbstpsychologischen Technik ist, dass die narzisstischen Persönlichkeitsmerkmale nicht auf der Basis deskriptiver Merkmale erfassbar sind, sondern allein auf der Basis typischer Übertragungsmuster in der Behandlung - die Selbst-Objekt-Übertragung. Nur wenn sich diese Muster im Laufe einer analytischen Therapie herausbilden, wird im Rahmen der Selbstpsychologie eine narzisstische Persönlichkeitsstörung diagnostiziert.

Diese Übertragungsmuster entsprechen entwicklungspsychologisch normalen Stadien der kindlichen Entwicklung. Kinder benötigen Erwachsene, bis die Funktionen ihres Selbst ausgereift sind und keine weitere Unterstützung benötigen. Tendieren Erwachsene dazu, Selbstobjekte zu benötigen – im therapeutischen Prozess wie im Alltagsleben – kann auf ein Defizit in der Selbststruktur geschlossen werden.

Kohuts Ansatz geht von der hypothetischen Vorstellung aus, dass der Säugling im Verlauf seiner psychischen Entwicklung in der Fusion mit der Mutter so etwas wie narzisstische Vollkommenheit erlebt. Unvermeidbar und notwendig wird diese allmählich durch reale enttäuschende Erfahrungen gestört. Das Kind entwickelt darauf als Kompensation zwei narzisstische Konfigurationen: Zum einen wird der Verlust an fusionärer Größe durch den Aufbau eines grandiosen Selbstbildes (Größenselbst) kompensatorisch überwunden. Zusätzlich wird den Eltern jene verlorene Größe projektiv zugeschrieben, und es entwickelt sich die „idealisierte Elternimago“. Beide Konfigurationen dienen der Stabilisierung des noch brüchigen Selbstgefühls, insbesondere fungiert letztere als archaisches Selbstobjekt. Idealerweise werden diese narzisstischen Bilder später durch realistische überformt und aufgehoben.

Eine narzisstische Pathologie wird von der Selbstpsychologie als Fixierung bzw. Regression auf den normalen kindlichen Narzissmus, dem Festhalten sowohl an einem grandiosen Selbstbild wie dem Bedürfnis nach idealisierten Objekten – Selbstobjekten - verstanden. Die erwähnten Selbst-Objekt-Übertragungen, welche als Wiederholungen nicht abgeschlossener Entwicklungsschritte aufgefasst werden, kommen in drei unterschiedlichen Erscheinungsformen vor:

- Spiegelübertragung
- Zwillingsübertragung
- Idealisierende Übertragung bzw. idealisierte Elternübertragung

Spiegelübertragung: „Diese Übertragungen sind Formen der Selbstentwicklung, die sich über das ganze Leben erstrecken und mit denen andere aufgefordert werden, zu reflektieren (zu spiegeln, A.K.) bzw. zu reagieren. Die infantilsten Formen dieser Übertragung sind exhibitionistische Phantasien, die grandios und megaloman sein können. Wenn jemand in dieser Hinsicht gereift ist, dann ist das erwachsene Gefühl des Stolzes über die eigenen Leistungen erreicht“ (Goldberg 1996, 257 f.) Kohut fand

Patienten, die ihr Bedürfnis nach einer Person zum Ausdruck brachten, die als eine Art Echo dient und die Funktion bekommt, durch Bestätigung, Lob und Bewunderung die Selbstachtung des Patienten zu stärken. Ist der Analytiker für den Patienten in diesem Sinne verfügbar, bewirkt diese Spiegelübertragung eine Besserung dessen psychischen Funktionierens. Umgekehrt führen unvermeidliche Enttäuschungen dieser Übertragung zur Rückkehr des Symptoms bzw. der gestörten Funktion oder zur Fragmentierung.

Zwillingsübertragung: „Diese Form der Übertragung (die manchmal auch Alter-Ego-Übertragung genannt wird, A.K.) ist ein Schritt in Richtung auf ein getrenntes Objekt, wobei die andere Person genau gleich, also als Zwilling erlebt wird. Die Zwillingsübertragung ist ein weniger genau ausgearbeitetes klinisches Phänomen; sie reicht von ihrer pathologischen Form, charakterisiert durch ein Gefühl der Entfremdung bzw. Fremdheit, bis zur erwachsenen Form, die sich in einem Gefühl der Zugehörigkeit ausdrückt“ (Goldberg, 1996, 257). Die Zwillingsübertragung scheint eine der wichtigsten Selbst-Objekt-Konfigurationen für eine gesunde Entwicklung zu sein; denn die auf gegenseitiger Anerkennung bzw. Bewunderung beruhende Beziehung führt zu einem Gefühl des Verbunden-Seins.

Idealisierende Übertragung: „Diese Form der Übertragung ist manchmal als ein Schritt in Richtung Objektdifferenzierung sichtbar, wobei die andere Person aber immer noch als Teil des Selbst erlebt wird. Bei dieser Form wird das Selbstobjekt mit den Kräften der Omnipotenz und Allwissenheit ausgestattet; das Kind bzw. später der Patient wünschen sich, mit der Größe des anderen zu verschmelzen oder an ihr teil zu haben. Die infantilsten Formen dieser Übertragung zeigen sich an Phantasien der totalen Unterwerfung dem anderen gegenüber. Wenn jemand in diesem Bereich genügend Reife erlangt hat, dann wird er das erwachsene Gefühl des Enthusiasmus angesichts eigener Ideale und Ziele erleben“ (Goldberg 1996, 258).

Kohut postuliert, dass die beschriebenen Übertragungsformen auf Mängel des Selbst und der Kohäsion des Selbst verweisen, also auf eine narzisstische Pathologie. Mit seiner Idee, dass der Analytiker auf diese Übertragungen reagieren soll, indem er sich als Selbst-Objekt gebrauchen lässt, eröffnete Kohut die Möglichkeit der Behandlung der bis dahin als therapieresistent geltenden narzisstischen Störungen.

Alle drei Formen repräsentieren verschiedene Aspekte der Selbst-Entwicklung und sind sowohl Teil eines jeden Wachstums der Persönlichkeit als auch Teil des normal entwickelten Selbst des Erwachsenen. Immer wieder werden auch von psychisch Gesunden Selbstobjekte benötigt. Wenn jedoch ein vorherrschendes, dringendes, nicht zu befriedigendes Bedürfnis danach besteht, von anderen bestätigt und vervollständigt zu werden, dann kann man im Sinne der Selbstpsychologie eine Grenzlinie zwischen dem normalen und pathologischen Selbst ziehen.

Symptome dieser narzisstischen Persönlichkeitsstörung, die, wie gesagt, nur auf der Basis der Übertragungsmanifestationen diagnostiziert werden kann, werden von der Selbstpsychologie in „Verhaltensstörungen“ und „reine Persönlichkeitsstörungen“ differenziert. Während zu den ersteren ein breites Spektrum an Perversionen, delinquentes Verhalten, Substanzmittelmissbrauch und ähnliches gezählt wird, ist die Persönlichkeitsstörung durch die bekannten Symptome der inneren Leere, mangelnder Vitalität, ein durchdringendes Gefühl der Sinnlosigkeit sowie ein Hunger nach Objekten, die Wertschätzung liefern sollen, gekennzeichnet.

Die selbstpsychologische Behandlung von narzisstischen Störungen basiert vor allem auf der zentralen Rolle der Empathie, die der Analytiker in einem intensiven Ausmaß dem Patienten entgegenbringen soll. Unter Empathie wird im selbstpsychologischen Kontext die Fähigkeit und Bereitschaft des Analytikers verstanden, sich auf die innere Welt des Patienten so einzustellen, dass er in jeder Situation die gefühlsmäßige Befindlichkeit des Patienten erfassen kann. Gelingt es ihm, sich auf den Patienten auszurichten, wird er für ihn als Selbst-Objekt verfügbar. Die durch die defizitäre Erfahrung in der Kindheit unbefriedigt gebliebenen Bedürfnisse nach Idealisierung und Gespiegelt-Werden sollen vom Analytiker erfüllt und unter der Prämisse optimaler Frustration deutend durchgearbeitet werden. Das optimale Gleichgewicht zwischen Erfüllung und Frustration und Bearbeitung der Affekte soll einen Konsolidierungs- und Reifungsprozess des Selbst in Gang setzen. Die jedem Therapeuten bekannten und von Kernberg akzentuierten hierbei störenden Affekte von Neid, Gier, Aggression und Sexualisierung innerhalb der therapeutischen Beziehung, sind nach Kohut keine ursächlichen Motive, sondern Produkte eines durch Fragmentierung bedrohten Selbst. Die narzisstische Wut in der Übertragung wird daher auf die traumatisierende Wirkung eines nicht empathischen Therapeuten zurückgeführt. Allerdings werden diese durch die unausweichlichen

Grenzen des empathischen Verstehens hervorgerufenen regressiven Reaktionen des Patienten (Wut, Entwertungstendenzen, hypochondrische Befürchtungen, etc.) nicht als zwangsläufig schädlich für den therapeutischen Prozess angesehen. Voraussetzung dafür ist, jene Ereignisse, die zum Versagen der Empathie geführt haben, interpretierend zu rekonstruieren. Gerade diese Bearbeitung narzisstischer Frustrationen in der therapeutischen Beziehung ist nach Kohut Voraussetzung für den Prozess „umwandelnder Verinnerlichung“ (Kohut 1971) jener Selbstobjektfunktionen des Therapeuten, die später Teil des Selbst des Patienten werden sollen.

Der Ansatz von Otto Kernberg

Anders als Freud begreift Kernberg die Entwicklung des Narzissmus immer in Beziehung von inneren Selbst- zu Objektrepräsentanzen und äußeren Objekten sowie damit verknüpften libidinösen und aggressiven Triebkonflikten. Die Pathologie des Narzissmus hat daher nicht – wie bei Freud – mit der sekundären libidinösen Besetzung des Ich zu tun, sondern mit der Qualität des Selbst und dem Grad seiner Integration positiver und negativer Selbst- und Objektrepräsentanzen. Der Narzissmus lässt sich weder von den Schicksalen der libidinösen und aggressiven Triebe noch von der Entwicklung der Objektbeziehungen trennen. Der pathologische Narzissmus bei Kernberg ist also auch von anderer Qualität als in Kohuts Konzept, das eine Fixierung des erwachsenen Menschen auf den infantilen Narzissmus als pathologisch betrachtet. Fixierungen an kindlichen Narzissmus werden von Kernberg nicht der eigentlichen narzisstischen Pathologie zugeordnet.

Kernberg nimmt ein Kontinuum oder Spektrum narzisstischer Pathologie an. Er differenziert zwischen einer leichten narzisstischen Störung, einer narzisstischen Persönlichkeit als einer spezifischen Form der Charakterpathologie, die um ein pathologisches Größenselbst zentriert ist und einer narzisstischen Störung auf Borderline Niveau; letztere verfügt über die Merkmale der narzisstischen Persönlichkeitsstörung und weist zusätzlich Borderline-typische Anzeichen von Ich-Schwäche auf, wie fehlende Angsttoleranz und Impulskontrolle. Innerhalb des Spektrums verläuft ein erhöhter Schweregrad dieser Pathologie zum „malignen Narzissmus“; dessen Grundlage ist eine narzisstische Persönlichkeitsstörung, bei der

zusätzlich das grandiose Selbst mit ich-syntoner Aggressivität infiltriert ist und paranoide Anteile aufweist. Eine weitere Steigerung der Pathologie besteht in der Entwicklung zur Antisozialen Persönlichkeitsstörung, bei der zusätzlich zum malignen Narzissmus nicht nur starke antisoziale Tendenzen vorherrschen, sondern auch die zwischenmenschlichen Beziehungen beinahe ausschließlich einen parasitären Charakter aufweisen.

Diese Position weicht etwas vom DSM-IV ab, nach dem die Borderline-Störung und die Narzisstische Persönlichkeitsstörung in einer Gruppe eingereiht werden. In der ICD-10 existiert übrigens die narzisstische Persönlichkeitsstörung nicht aus dem Grund, weil empirische Untersuchungen keine hohe Reliabilität dieser Diagnose aufwiesen, so dass sie nur unter der Rubrik „Andere spezifische Persönlichkeitsstörungen“ erscheint (F 60.8). Andererseits zeigt sich, dass mithilfe spezieller Interviews doch diese Charakterpathologie zuverlässig diagnostiziert werden kann, so dass sie im DSM-IV verblieben ist.

Für die Borderline-Störung sowie für die schwersten Formen narzisstischer Pathologie mit manifesten Borderline Zügen, d.h. fehlender Impulskontrolle, fehlender Angsttoleranz, geringer Sublimierungsfähigkeit sowie chronischen Wutreaktionen und/oder paranoiden Wahrnehmungsverzerrungen, empfiehlt Kernberg eine modifizierte Form der psychoanalytischen Behandlung (auf die ich gleich zu sprechen komme). Bei Personen mit noch einer schwereren narzisstischen Pathologie, nämlich Borderline Patienten mit zusätzlicher schwerer antisozialer PS und Personen mit malignen Narzissmus, die darüber hinaus eine ich-syntone Aggressivität mit starken Hass- und Neidgefühlen sowie eine paranoide Tendenz aufweisen, wäre auch die modifizierte Form der Psychoanalyse kontraindiziert; für diese Patientengruppe schlägt Kernberg eine supportive Therapie vor.

Für eine weitere Variation narzisstischer Pathologie von geringerer Schwere ist das psychoanalytische Standardverfahren geeignet (sofern diese Patienten überhaupt Therapie wünschen). Auf der höchsten Funktionsebene narzisstischer Persönlichkeiten reiht Kernberg jene Menschen ein, die zwar ohne neurotische Symptome sind, über eine gute soziale Anpassung verfügen und die sich nicht emotional beeinträchtigt fühlen, die aber dennoch von einem chronischen Gefühl von Leere und Langeweile erfüllt sind, ein maßloses Bedürfnis nach persönlichem Erfolg und Beifall von anderen haben und zugleich eine Unfähigkeit beobachtbar ist, sich in andere Menschen hineinzufühlen.

Im mittleren Bereich des Spektrums narzisstischer Pathologie befinden sich solche Menschen, die zusätzlich zu den beschriebenen Merkmalen – zum Teil in späteren Lebensphasen – depressive Reaktionen entwickeln oder zeitweilig hypomanische Züge aufweisen, um sich gegen die Depression zu schützen, insgesamt jedenfalls zunehmend über das Gefühl der inneren Leere irritiert sind. Für diese ist auch das Standardverfahren geeignet.

Pathologischer Narzissmus und psychoanalytische Psychotherapie

Die Merkmale des pathologischen Narzissmus nach Kernberg unterscheiden sich sowohl vom gewöhnlichen Narzissmus der Erwachsenen als auch von der Fixierung bzw. Regression auf den infantilen Narzissmus. In seiner pathologischen Form stellt er die libidinöse Besetzung einer pathologischen, d.h. nicht integrierten Selbststruktur dar. Dies bedeutet, dass das Selbst nicht aus positiven und negativen Selbstvorstellungen sowie positiven und negativen Objektvorstellungen bedeutsamer anderer Menschen besteht und dass widersprüchliche Aspekte des Selbst und verinnerlichter Objekte getrennt gehalten, von einander abgespalten werden. Allerdings reicht die Differenzierung zwischen Selbst- und Objektvorstellungen aus, um die Ich-Grenzen weitestgehend aufrecht zu erhalten; doch die mangelhafte Integration der Selbst- und Objektanteile führt zu einer Identitätsdiffusion. Das grandiose Selbst enthält ideale Selbst- und Objektrepräsentanzen, die in der normalen Entwicklung zu Teilen des Über-Ich werden. Hierdurch entsteht auch ein Über-Ich, das primär aggressive Komponenten enthält und welches ebenfalls dissoziiert und projiziert wird, was die Regulation des Selbstwertgefühls zusätzlich erschwert.

Die Hauptaufgabe der psychoanalytischen Behandlung einer narzisstischen Persönlichkeit besteht darin, eine narzisstische Übertragung zu ermöglichen, d.h. sich mit dem in der Übertragung durchgängig manifest werdenden pathologischen grandiosen Selbst auseinander zu setzen (Kernberg 1996, 250 ff.). Das grandiose Selbst besitzt in der Übertragung die Funktion, die dissoziierten Aspekte der Selbst- und Objektrepräsentanzen nicht an die Oberfläche des Bewusstseins kommen zu lassen, d.h. die Übertragung gewissermaßen zu boykottieren, sich nicht auf eine nähere, vertrauensvollere Beziehung einzulassen und sich als vollständig unabhängig von anderen Menschen, insbesondere auch vom Therapeuten zu

erleben und zu inszenieren. Die Bearbeitung der narzisstischen Übertragung, d.h. die Aufdeckung von Neid und Wut, soll die dahinter verborgenen, abgewehrten, in der Kindheit unerfüllten Wünsche nach liebender Fürsorge erlebbar machen. Dabei spielt auch die empathische Wahrnehmung des Analytikers eine große Rolle; doch gleichzeitig muss die als Distanziertheit und mangelnde Beteiligung erscheinende negative Übertragungskonstellation als vom Patienten ausgehende Entwertung und Herabsetzung gedeutet werden.

Da die Selbstidealisierung auch immer wieder auf den Therapeuten projiziert wird, muss dieser ertragen, einmal als unwichtig, dann wieder als grandios, bzw. einzigartig behandelt zu werden, was, je nach Schweregrad der Pathologie, mehr subtiler oder plakativer und dramatischer erfolgen kann. Beide Übertragungsmuster haben die Tendenz, die realistischen Aspekte der Beziehung zwischen dem Patienten und Analytiker zu untergraben, was zu problematischen Gegenübertragungsreaktionen führen kann.

Diese Übertragungsmuster müssen ebenso gedeutet werden wie die damit verbundenen primitiven Abwehrmechanismen; wie etwa die omnipotente Kontrolle des Analytikers, die häufigen Wutreaktionen zu Abwehrzwecken sowie die Entwertung des Analytikers besonders dann, wenn er ansatzweise als hilfreich erlebt wurde. Kernberg hebt hervor, dass die vom Analytiker ausgehende Frustration der Bedürfnisse nach Bewunderung und Bestätigung des grandiosen Selbst – wie aber auch die Verweigerung, das auf ihn projizierte grandiose Selbst zu repräsentieren – Wut und Entwertung hervorrufen, insbesondere auch durch die hierdurch erfolgende Erfahrung des Patienten, dass der Analytiker autonom und unabhängig von der Kontrolle des Patienten funktioniert. Gerade hier sei die Toleranz des Analytikers besonders gefordert und ermögliche es, „die positiven und negativen Anteile der Übertragung zu integrieren - d.h. Idealisierung und Vertrauen mit Wut, Verachtung und paranoidem Misstrauen zu verbinden“ (ibid. 251).

Als besonders schwierig stellt Kernberg jene Phase dar, in der bis dahin abgewehrte primitive Anteile der Objektbeziehung in der Übertragung sich aktualisieren und die bis dahin vom Patienten als „ideal“ phantasierte Beziehung stören, insbesondere, da paranoides Misstrauen und offene Aggression die analytische Beziehung bedrohen und tendenziell zerstören können. Der Patient pendelt in dieser Zeit zwischen idealisierender und negativer Übertragung, in der frühe Objektrepräsentanzen des Verfolgt-, Entwertet-, Frustriert-, Ausgenutzt- und Unterdrücktwerdens auf den

Analytiker projiziert werden. Allerdings ist dies auch mit der Entwicklung einer ambivalenteren, konflikthafteren Übertragungsbeziehung verbunden. Nach einer langen, oft mehrere Jahre andauernden systematischen Untersuchung des pathologischen grandiosen Selbst, beginnt sich dieses aufzulösen und auf einen höheren Niveau zu integrieren. D.h. gute und böse Selbst- und Objektrepräsentanzen sind zu einer Einheit verbunden und Objektkonstanz ist erreicht. Dies bedeutet, dass der pathologische Narzissmus überwunden ist und nun Äußerungsformen des normalen infantilen Narzissmus beobachtbar werden, die im Kontext präödipler und ödipaler Themen zu bearbeiten sind. Die Fähigkeit, vom Analytiker abhängig zu sein und das zu behalten, nicht durch Neid zu zerstören, was er von ihm bekommt, entwickelt sich. Die Gefühle der Leere und Getriebenheit lösen sich allmählich auf und narzisstische Regulationsmechanismen normalisieren sich. Ich komme nun auf eine psychoanalytische, psychodynamische Behandlungsmethode der Therapie schwerer narzisstischer Störungen zu sprechen, die auf Kernberg und Mitarbeiter zurückgeht und als Manual vorliegt, der Übertragungsfokussierten Psychotherapie, TFP.

Transference Focused Psychotherapy (TFP)

Übertragungsfokussierte Psychotherapie (nach Clarkin, Yeomans, Kernberg)

Das Verfahren basiert auf dem Kernbergschen objektbeziehungs-theoretischen, psychodynamischen Verständnis der Persönlichkeitsstörungen. D.h., dass die Persönlichkeitsstruktur bzw. das Ausmaß ihrer Störung von der Qualität des Selbst und seiner inneren Objekte abhängt, dem Grad ihrer Integration oder Fragmentierung sowie dem Niveau der Abwehrmechanismen und der Fähigkeit zur Realitätsprüfung.

Die TFP stellt eine Weiterentwicklung der „Psychodynamischen Therapie bei Borderline-Patienten“ - „Expressive Psychotherapie“ - (Kernberg, Selzer, et al. 1989, deutsch 1993) dar und liegt in manualisierter Form vor (Clarkin, Yeomans, Kernberg 2001).

Dieses psychoanalytische Verfahren wurde als Therapie der Wahl für Patienten entwickelt, deren Störung nach dem DSM-IV auf der Achse II als Cluster B Persönlichkeitsstörungen klassifiziert werden:

- Borderline PS

- Schizoide PS
- Schizotypische PS
- Paranoide PS
- Histrionische PS
- Narzisstische PS
- Antisoziale PS
- Abhängige PS

Darüber hinaus Störungen, die nicht im DSM-IV genannt sind, aber von Kernberg als weitere Differenzierungen hinzugerechnet werden:

- Hypomanische PS
- Sadomasochistische PS
- Hypochondrie
- Maligner Narzissmus

Grundlegend betrachtet die TFP die Manifestationen der oben genannten Störungen als eine im Hier- und Jetzt stattfindende unbewusste Wiederholung pathogener, internalisierter Beziehungs-erfahrungen der Vergangenheit. Unbewusste Konflikte, die mit diesen internalisierten Beziehungsmustern verbunden sind, bzw. diese repräsentieren, werden symbolisch (in der Übertragung) immer wieder reinszeniert und vom Patienten als aktuelle Realität erlebt.

Daher konzentriert sich diese Behandlungsform auf die Analyse der Übertragung, d.h. auf die innere Welt der Objektbeziehungen und Abwehrmechanismen, wie sie im Übertragungs / Gegenübertragungsgeschehen in der therapeutischen Situation auftauchen. Die anderen Phänomene der Pathologie auf der Verhaltensebene (impulsives Agieren etc.) werden durch Strukturierung und Grenzsetzung aufgefangen.

„Das Hauptziel der TFP besteht darin, die typischen Muster in den internalisierten Objektbeziehungen bei Patienten mit einer Borderline-Persönlichkeitsorganisation zu verändern, die zu den wiederkehrenden fehlangepassten Verhaltensweisen und den chronischen affektiven und kognitiven Störungen führen, die für diese Psychopathologie charakteristisch sind“ (Clarkin et al. 2001, 2). Die therapeutische Lockerung der fixierten internalisierten Objektbeziehungen sowie die Integration der gespaltenen Selbst- und Objektrepräsentanzen in reifere, flexiblere und realistische Vorstellungen von sich selbst und anderen führt zu einer positiven Veränderung der

Persönlichkeit. Um dieses Ziel zu erreichen konzentriert sich die TFP auf drei therapeutisch strategische Prinzipien (siehe auch weiter hinten):

- das Erkennen der dominanten Objektbeziehungsmuster des Patienten, wie sie sich in der Übertragungsbeziehung einstellen
- die Analyse des Rollenwechsels (etwa wenn der Patient unbewusst zwischen verschiedenen Rollen seiner Selbstrepräsentanz hin- und herwechselt, z.B. zwischen Opfer- und Täterrolle)
- die Integration positiver und negativer Erlebnisweisen von sich selbst und wichtigen Bezugspersonen.

Die TFP ist durch folgende spezifische Prinzipien gekennzeichnet:

Prinzipien der „Übertragungsfokussierten Psychotherapie (TFP)“

1. Strategische Prinzipien (über den Verlauf der gesamten Therapie)
2. Taktisches Vorgehen (in den Einzelsitzungen)
3. Interventionstechniken (von Augenblick zu Augenblick²)

1) Strategische Prinzipien

Strategisches Prinzip 1	Definieren der dominanten Objektbeziehungen
	<u>Schritt 1:</u> Erleben und Tolerieren der Verwirrung der inneren Welt des Patienten, wie sie sich in der Übertragung offenbart
	<u>Schritt 2:</u> Erkennen der dominanten Objektbeziehungen
	<u>Schritt 3:</u> Benennen der Akteure
	<u>Schritt 4:</u> Beachten der Reaktion des Patienten

² Die nachfolgenden Tabellen nach Clarkin, Yeomans, Kernberg 2001. Tab. 1, 25; Tab. 2a, 37; Tab. 2b, 39

Strategisches Prinzip 2 Beobachten und Deuten der Rollenwechsel des Patienten

Strategisches Prinzip 3 Beobachten und Deuten der Zusammenhänge zwischen sich gegenseitig abwehrenden und damit den inneren Konflikt und die Fragmentierung aufrechterhaltenden Objektbeziehungsdyaden

Strategisches Prinzip 4 Integrieren der abgespaltenen Teil-Objekte

2a) Taktisches Vorgehen in den Einzelsitzungen

- 1: Auswahl eines Hauptthemas unter Berücksichtigung von Notfallsituationen und alltäglichen Situationen
- 2: Schutz des therapeutischen Rahmens/Setzen von Grenzen und Ausschalten von sekundärem Krankheitsgewinn
- 3: Aufrechterhalten der technischen Neutralität und der Grenzen ihrer Anwendung
- 4: Klarstellen/Intervenieren auf der Grundlage einer gemeinsam geteilten Realität, ehe subjektive Verzerrungen der Realität gedeutet werden (sind die Unterschiede in der Realitätswahrnehmung zwischen Patient und Therapeut erst erarbeitet, können auch die Verzerrungen vollkommen verständlich gemacht werden)
- 5: Analyse sowohl der positiven als auch der negativen Aspekte der Übertragung, um zu verhindern, dass eine Übertragung als ausschließlich negativ (oder positiv) angesehen wird

- 6: systematische Analyse primitiver Abwehrmechanismen in der Übertragung dieses taktische Vorgehen wirkt Ich-stärkend, kann aber vorübergehend durch die Schwierigkeit des Patienten, Projektionen zurückzunehmen, eingeschränkt sein)
- 7: kontinuierliches Beachten der Gegenübertragung und Integration der hieraus gewonnenen Erkenntnisse in den Deutungsprozess

2b) Rangreihe von Themen mit besonderer Priorität

- I. Behinderungen der Arbeit an der Übertragung
(Die Hindernisse, die sich bei der Arbeit mit den offenkundigen Übertragungsmanifestationen ergeben, sind selbst durchdrungen von Übertragungsbedeutung. Sie bieten die Möglichkeit, die Übertragungsbedeutungen dieser Verhaltensweisen zu untersuchen, solange sie nicht die Behandlung scheitern lassen oder gar zerstören.)
 - a) Suizid- oder Morddrohungen
 - b) offenkundige Gefährdungen für eine Fortsetzung der Therapie
(Beispiele: finanzielle Schwierigkeiten; Absichten, die Stadt zu verlassen; Wünsche, die Sitzungsfrequenz zu reduzieren)
 - c) Unehrlichkeit oder absichtliches Verschweigen von Information in den Sitzungen (Beispiele: Belügen des Therapeuten; Weigerung, bestimmte Themen zu besprechen; Schweigen während der meisten Zeit der Sitzungen)
 - d) Verletzungen des Therapievertrags (Beispiele: Nichteinhalten der Abmachung, noch einen anderen Therapeuten - z.B. Internist, Psychiater- aufzusuchen; Weigerung, verordnete Medikamente einzunehmen)

- e) Agieren während der Sitzungen (Beispiele: Beschädigen oder Zerstören von Einrichtungsgegenständen der Praxis; Weigerung, am Ende der Sitzung zu gehen; Schreien)
- f) Agieren zwischen den Therapiesitzungen
- g) Ausweichen auf emotional nicht bedeutsame oder triviale Themen

2. Offenkundige Übertragungsmanifestationen

- a) verbale Bezugnahme auf den Therapeuten
- b) "Acting-in" (Beispiel: eine verführerische Körperhaltung einnehmen)
- c) Empfehlungen des Therapeuten (Beispiel: Überweisung zu anderen Ärzten)

3. Affektiv bedeutsames Material, das nichts mit der Übertragung zu tun hat

3. Behandlungs- und Interventionstechniken: die spezifischen Interventionen

- Klärung
Entspricht Angebot des Therapeuten, unklare, vage, verwirrende, widersprüchliche Informationen zu untersuchen und zu klären
- Konfrontation
Das Ziel ist, dem Patienten widersprüchliche Anteile in seinen Mitteilungen bewusst zu machen; sowie bewusstes und unbewusstes Material, das der Patient als getrennt erlebt, bzw. nicht erlebt, sondern agiert, zu vereinen
- Deutung:

Deutungen verwenden und integrieren die Informationen, die aus Klärung und Konfrontation stammen. Sie verbinden das bewusste Material des Patienten mit vermutetem, hypothetischem, unbewusstem Material, dem ein Einfluss auf Motivation und Verhalten des Patienten zugeschrieben wird

(Keine Deutung in der Frühphase der Therapie)

(„Hier-und-Jetzt“-Deutungen in der mittleren Phase)

(Genetische Deutungen nur in der fortgeschrittenen Phase)

- Deutungen auf drei Ebenen
- a) Deutung, wie Ausagieren oder primitive Abwehrmechanismen eingesetzt werden, um das Bewusstwerden inneren Erlebens zu verhindern
- b) Deutung einer aktuell aktivierten Objektbeziehung (Beschreibung der Selbst- und Objektrepräsentanzen innerhalb einer Dyade und des Rollenwechsels innerhalb dieser Dyade)
- c) Deutungen derjenigen Objektbeziehungen, die von der aktuell aktivierten Objektbeziehung abgewehrt wird

Literatur

Argelander, H. (1985): Der Flieger. Eine charakteranalytische Fallstudie. Ffm., Suhrkamp

Bacal, H.A./Newman, K.M. (1994): Objektbeziehungstheorien – Brücken zur Selbstpsychologie. Stuttgart-Bad Cannstatt, Problemata, Frommann-Holzboog

Buie, D./Adler, G. (1982): The definitive treatment of the borderline patient. Int. J. Psychoanal. Psychotherapy 9 : 51 – 87

Clarkin, J.F./Yeomans, F.E./Kernberg, O.F. (2001) : Psychotherapie der Borderline-Persönlichkeit. Manual zur psychodynamischen Therapie. Stuttgart, New York, Schattauer

Freud, S. (1914): Zur Einführung des Narzissmus. GW 10, 138 – 170

Freud, S. (1916/17): Vorlesungen zur Einführung in die Psychoanalyse. 26. Vorl. Die Libidotheorie und der Narzissmus. GW XI

Gast, L. (1997): Zur psychoanalytischen Ideen- und Begriffsgeschichte des Narzissmus. Psyche 51: 46 - 75

Goldberg, A. (1996) : Selbstpsychologie und narzisstische Persönlichkeitsstörungen. In: Kernberg 1996, 255 – 264

Hartmann, H-P. (1997): Narzisstische Persönlichkeitsstörungen. Psychotherapeut 42: 69 – 84

Henseler, H. (2000): Narzissmus als Beziehungsform. In: Sandler (2000), 253 - 276

Herpertz, S.C./Saß, H. (2003): Persönlichkeitsstörungen. Stuttgart, New York, Thieme

Kernberg, O.F. (1988): Schwere Persönlichkeitsstörungen. Theorie, Diagnose, Behandlungsstrategien. Stuttgart, Clett-Kotta

Kernberg, O.F. (1996a): Narzisstische Persönlichkeitsstörungen. Stuttgart, New York, Schattauer

Kernberg, O.F. (1996b): Eine ich-psychologische Objektbeziehungstheorie der Struktur und Behandlung des pathologischen Narzissmus – ein Überblick.

In: ders. (1996a), 248 – 254

Kohut, H. (1971): Narzissmus. Frankfurt/M., Suhrkamp

Masterson, J.F./Rinsley, D.B. (1975): The Borderline-Syndrom. The role of the mother in the genesis and psychic structure of the borderline personality. Int. J. Psychoanal 56: 163 – 177

Masterson, J.F. (Hrsg.) (1978): New perspectives on psychotherapy of the borderline adult. New York. Brunner/Mazel

Masterson, J.F. (2003): Das Selbst und die Objektbeziehungen. Theorie und Behandlung von Persönlichkeitsstörungen. Stuttgart, Clett-Kotta

Ornstein, P.H. (2000): Vom Narzissmus zur Ich-Psychologie zur Selbst-Psychologie.

In: Sandler (2000), 229 - 252

Sandler, J. (Hrsg.) (2000): Über Freuds „Zur Einführung des Narzissmus“. Freud heute. Wendepunkte und Streitfragen Bd. 2. Stuttgart-Bad Cannstatt. Frommann-Holzboog

Tress, W./Wöller, W./Hartkamp, W./Langenbach, M./Ott, J. (2002):

Persönlichkeitsstörungen. Leitlinie und Quellentext. Stuttgart, New York, Schattauer

Zepf, S. (2000): Allgemeine psychoanalytische Neurosenlehre, Psychosomatik und Sozialpsychologie. Gießen, Psychosozial-Verlag.