

Otto F. Kernberg



Liebe und Aggression

Eine unzertrennliche Beziehung

Otto F. Kernberg

Liebe und Aggression

This page intentionally left blank

Otto F. Kernberg

Liebe und Aggression

Eine unzertrennliche Beziehung

Deutsche Übersetzung
von Petra Holler

Übersetzung:

Dipl.-Psych. Petra Holler
Herzogstraße 63
80803 München

Titel der englischen Originalausgabe:

Otto F. Kernberg: „The Inseparable Nature of Love and Aggression. Clinical and Theoretical Perspectives.“

First published in the United States by American Psychiatric Publishing, Inc., Washington D.C. and London, UK.

Copyright © 2012. All rights reserved.

Erstausgabe erschienen bei American Psychiatric Publishing, Inc., Washington D.C. und London, UK. Copyright © 2012. Alle Rechte vorbehalten.

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

Besonderer Hinweis:

Die Medizin unterliegt einem fortwährenden Entwicklungsprozess, sodass alle Angaben, insbesondere zu diagnostischen und therapeutischen Verfahren, immer nur dem Wissensstand zum Zeitpunkt der Drucklegung des Buches entsprechen können.

In diesem Buch sind eingetragene Warenzeichen (geschützte Warennamen) nicht besonders kenntlich gemacht. Es kann also aus dem Fehlen eines entsprechenden Hinweises nicht geschlossen werden, dass es sich um einen freien Warennamen handelt.

Das Werk mit allen seinen Teilen ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der Bestimmungen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne schriftliche Zustimmung des Verlages unzulässig und strafbar. Kein Teil des Werkes darf in irgendeiner Form ohne schriftliche Genehmigung des Verlages reproduziert werden.

© 2014 by Schattauer GmbH, Hölderlinstraße 3, 70174 Stuttgart, Germany

E-Mail: info@schattauer.de

Internet: www.schattauer.de

Printed in Germany

Projektleitung: Ruth Becker, M.A.

Lektorat: Dipl.-Psych. Mihrican Özdem, Landau

Umschlagabbildung: © Karl-Heinz Riegler, www.positivegefuehle.de

Satz: Fotosatz Buck, Zweikirchener Str. 7, 84036 Kumhausen/Hachelstuhl

Druck und Einband: Himmer AG, Steinerne Furt 95, 86167 Augsburg

Auch als E-Book erhältlich:

ISBN 978-3-7945-6857-4

ISBN 978-3-7945-2945-2

Für Kay und in Erinnerung an Paulina

Über den Autor

Otto F. Kernberg ist Direktor des Personality Disorders Institute, Professor für Psychiatrie und DeWitt Wallace Lehrbeauftragter am Weill Cornell Medical College in New York sowie Lehranalytiker und Supervisor am Columbia University Center for Psychoanalytic Training and Research. Er ist ehemaliger Direktor des C. F. Menninger Memorial Hospital, war als Lehranalytiker und Supervisor des Topeka Institute for Psychoanalysis tätig und leitete das Psychotherapieforschungsprojekt der Menninger Foundation. Als ehemaliger Präsident der Internationalen Psychoanalytischen Vereinigung erhielt er für seine herausragende Arbeit auf dem Gebiet der Psychiatrie zahlreiche Auszeichnungen. Er ist Autor und Co-Autor von mehr als zwanzig Fachbüchern.

Einleitung

Dieses Buch verbindet die Ergebnisse meiner Arbeiten der vergangenen Jahre zu schweren Persönlichkeitsstörungen, Paarkonflikten sowie psychoanalytischer Forschung und Ausbildung. Nachhaltig beeinflusst haben mich dabei die gemeinsame Forschungstätigkeit und klinische Zusammenarbeit mit Kollegen am Personality Disorders Institute des Weill Cornell Medical College, Westchester Division des NewYork-Presbyterian Hospital. Sie ist Ausdruck meiner Bemühungen, eine Brücke zu schlagen zwischen Psychoanalyse, klinischer Psychiatrie und Neurobiologie.

Der Titel „Liebe und Aggression – Eine unzertrennliche Beziehung“ verweist auf die beiden wichtigsten Motive menschlicher Psychologie in Freuds klassischer Triebtheorie: Libido und Todestrieb. Die Auseinandersetzung mit dieser Theorie im Lichte zeitgenössischer Erkenntnisse sowie die Tatsache, dass wir dieser Antinomie psychischer Disposition in unserer klinischen Arbeit täglich begegnen, haben mich dazu bewogen, diesen Titel zu wählen.

Dieser allgemeine Fokus spiegelt sich in den einzelnen Abschnitten des Buches wider: **Teil I** untersucht neue Ansätze in der Diagnostik und Behandlung schwerster Persönlichkeitsstörungen, insbesondere aus dem Spektrum schwerer narzisstischer Psychopathologie. Unsere Forschungsergebnisse wurden an anderer Stelle veröffentlicht, doch möchte ich hier unsere klinischen Erfahrungen und die Entwicklung neuer psychotherapeutischer Techniken vorstellen.

Kapitel 1 gibt einen Gesamtüberblick über die Übertragungsfokussierte Psychotherapie (TFP) und ihre allgemeinen Strategien, taktischen Vorgehensweisen und Techniken im einzeltherapeutischen und gruppentherapeutischen Setting. Die TFP wurde empirisch überprüft und konnte in randomisierten klinischen Kontroll- und Vergleichsstudien mit anderen Therapieverfahren, die wir an unserem Institut durchführten und die in München und Wien entsprechend repliziert wurden, ihre Wirksamkeit unter Beweis stellen. Das Kapitel enthält eine Zusammenfassung der aktualisierten Neuauflage des TFP-Manuals.

Kapitel 2 konzentriert sich auf zentrale Veränderungsmechanismen in psychodynamischen Psychotherapien allgemein und in TFP-Behandlungen im Besonderen, allen voran die Verbesserung der reflexiven Funktion oder „Mentalisierung“. In einer kritischen Durchsicht der Literatur setze ich diese in Relation zu entsprechenden Entwicklungen in den kognitiven Verhaltenstherapien und ihrem Konzept der „Achtsamkeit“. Dies bringt mich zur Rolle der Deutung als zentraler Technik im Rahmen der TFP, was ich anhand eines ausführlichen Stundenprotokolls einer Borderline-Behandlung in der frühen Therapiephase illustriere.

Kapitel 3 untersucht ein anderes Kernelement in der psychodynamischen Psychotherapie schwerer Persönlichkeitsstörungen, nämlich die Handhabung der eigenen Gegenübertragung, d.h. der Aktivierung machtvoller affektiver Reaktionen im Therapeuten als Folge seiner Konfrontation mit schwer regressiven emotionalen Übertragungsreaktionen seitens des Patienten sowie seiner Bemühungen, diese zu verstehen. Anhand klinischen Fallmaterials stelle ich neue Überlegungen zum Umgang mit Gegenübertragungsreaktionen unter besonders schwierigen Behandlungsbedingungen dar.

Die Analyse besonders anspruchsvoller und schwieriger Behandlungssituationen, d.h. die nahezu „unmöglichen“ Fälle, die häufig auch den erfahrensten Therapeuten an seine Grenzen bringen, wird ausführlich in Kapitel 4 und 5 dargestellt. Beide Kapitel legen das Augenmerk auf Patienten mit einer schweren narzisstischen Persönlichkeitsstörung. Diese häufig anzutreffende Komorbidität der Borderline-Persönlichkeitsstörung umfasst typischerweise eine signifikante Anzahl an therapieresistenten Patienten. Ich beschreibe in diesen beiden Kapiteln die schwierigen Komplikationen, zu denen es in diesen Therapien kommen kann, und die Herausforderung, damit diagnostisch und behandlingstechnisch umzugehen. Insbesondere Kapitel 5 weist auf die subtile, aber potenziell hoch destruktive Verleugnung des Verstreichens von Zeit bei manchen schwer gestörten Patienten und ihren entsprechenden Therapien hin.

Unabhängig vom jeweiligen Erfahrungshintergrund erfordert die Behandlung von schweren Persönlichkeitsstörungen aufseiten des Therapeuten kollegiale Intervention, zuweilen auch Supervision. In Kapitel 6 diskutiere ich die Rolle des Beraters oder Supervisors psychodynamischer Psychotherapien, seine Aufgaben und die Herausforderungen, denen er sich gegenüber sieht. Vor allem aber nenne ich realistische Voraussetzungen, die für eine solch sensible und verantwortungsvolle Arbeit erfüllt sein müssen.

Teil II beschäftigt sich mit neuen Ansätzen innerhalb der psychoanalytischen Theorie und ihrer Verbindung mit aktuellen neurobiologischen Erkenntnissen. Ich versuche hier den Einfluss neurobiologischer Strukturen und intrapsychischer Konflikte auf die Entwicklung der Persönlichkeit zu beleuchten und gegen die Versuchungen einer reduktionistischen Sichtweise auf beiden Seiten zu argumentieren. In Kapitel 7 untersuche ich die zeitgenössische Affekttheorie, sowohl aus der Perspektive der an der Affektaktivierung beteiligten neurobiologischen Strukturen und Neurotransmitter, als auch aus der Perspektive des frühen Interaktionsgeschehens zwischen Kind und Bezugsperson, und setze die entsprechenden Forschungsergebnisse in Relation zur psychoanalytischen Triebtheorie. Die Verschränkung zwischen Triebtheorie und Affekttheorie wird zu einem komplexen und hochbedeutsamen Feld des Zusammenwirkens von Psychodynamik und Neurobiologie, für deren Interrelation ich eine integrierte Sichtweise vorstellen möchte.

Kapitel 8 widmet sich der umstrittenen psychoanalytischen Theorie des Todestriebs, einer angeborenen Disposition für potenziell schwer selbstdestruktives Erleben und Verhalten. In diesem Kapitel versuche ich von einem neurobiologischen Standpunkt aus die diagnostische Einschätzung und Behandlung einer Gruppe

von schwer kranken Patienten darzustellen, die einen übermächtigen Drang zur Selbsterstörung an den Tag legen, der sich nicht nur in chronisch suizidalem und parasuizidalem Verhalten zeigt, sondern auch in verheerenden selbstdestruktiven charakterologischen Merkmalen, die in vielen Fällen zum Tod führen können. Auch hier werde ich anhand von klinischem Material schwer sadistische und masochistische Störungsbilder darstellen und analysieren.

Kapitel 9 untersucht einen weiteren elementaren Bereich psychoanalytischer Theoriebildung im Lichte aktueller klinischer Erkenntnisse, nämlich den Prozess des Trauerns. Dieses Kapitel bildet einen Kontrapunkt zu den in Kapitel 8 angestellten Überlegungen zum Todestrieb, indem es die Trauer über Zerstörung und Verlust sowie die Funktion von Schuldgefühlen und Besorgnis als reparatives und potenziell kreatives Gegenstück zu Tod und Verlust benennt.

Kapitel 10 gibt einen Überblick über die aktuellen und unterschiedlichen Trends in der psychoanalytischen Theorieentwicklung. Dabei stehen sich vor allem neo-kleinianische Theorien, insbesondere der Ansatz der Neo-Bionianer, und neue Entwicklungen der relationalen Psychoanalyse gegenüber. Die wichtigsten Merkmale und aktuellen Beiträge dieser in vielerlei Hinsicht entgegengesetzten Richtungen werden dargestellt. Daran anschließen möchte ich eine kritische Würdigung dieser beiden Strömungen aus Sicht der grundlegenden Theoreme der Psychoanalyse.

Der Versuch, psychoanalytische und neurobiologische Erkenntnisse zu verbinden, prägt auch **Teil III** des Buches. Er widmet sich der Untersuchung von Liebe und Sexualität und beleuchtet aus unterschiedlichen Blickwinkeln – von neurobiologischen bis psychodynamischen Erklärungsansätzen – die Dispositionen und Voraussetzungen für die Fähigkeit zu reifen Liebesbeziehungen, die Hemmung dieser Fähigkeit sowie die Entstehung sexueller Probleme bei Paaren und Patienten mit einer schweren Persönlichkeitsstörung. In meiner Betrachtung des Wesens von leidenschaftlicher Liebe und psychodynamischer Merkmale von Liebesbeziehungen bewege ich mich von der Organisation von Hirnstrukturen und Neurotransmittern zum Gesamtsystem der erotischen Aktivierung, Bindung und Paarbildung.

Kapitel 11 stellt den theoretischen Teil dieser Untersuchung dar, nämlich die Frage, wie sich die Fähigkeit zu reifer Sexualität entwickelt. Beginnend bei der Neurobiologie sexueller Erregung und Bindung gehe ich der Frage nach, wie die Verhaltenskorrelate dieser zugrunde liegenden neurobiologischen Systeme in das komplexe Erleben erotischen Begehrens und leidenschaftlicher Liebe umgewandelt werden. Ich untersuche, wie die Fähigkeit zu erotischem Begehren, leidenschaftlicher Liebe und Idealisierung Bedingungen schafft, die die Entwicklung reifer Liebesbeziehungen erst ermöglichen und welche Gefahr bestimmte psychopathologische Entwicklungen für diese Liebesbeziehungen darstellen. An meine Kritik des Todestriebkonzepts schließt sich hier eine Kritik des psychoanalytischen Libidokonzepts an, womit ich meine allgemeine Kritik an der psychoanalytischen Motivationstheorie vervollständige.

Dieser entwicklungspsychologischen und strukturellen Analyse folgt in Kapitel 12 die Beschreibung dessen, wodurch sich die Fähigkeit zu reifen Liebesbeziehungen auszeichnet. Ein radikaler Perspektivenwechsel von der theoretischen Integration von Neurobiologie und Psychodynamik hin zu einer phänomenologischen und klinischen Beschreibung dieser Fähigkeit soll dem Kliniker helfen, sich im Hinblick auf Paarkonflikte seiner Patienten zurechtzufinden.

Mit der Darstellung typischer Störungen im Bereich Sexualität bei schweren Persönlichkeitsstörungen, insbesondere bei Borderline-Patienten, schließt Kapitel 13 diesen Teil ab.

Teil IV geht der Frage nach, inwieweit die psychoanalytische Ausbildung, die psychoanalytischen Institutionen sowie die Profession des Psychoanalytikers selbst vor ernsthaften Problemen stehen. Es werden Lösungen vorgeschlagen, die den Beitrag der Psychoanalyse zu wissenschaftlicher Forschung und Fortschritt auf dem Gebiet psychodynamischer Psychiatrie und Psychotherapie stärken sollen. In Kapitel 14 werfe ich einen kritischen Blick auf die aktuellen äußeren und innerinstitutionellen Probleme, mit denen psychoanalytische Institutionen zu kämpfen haben. Dabei gehe ich auch der Frage nach, welchen Herausforderungen sich die Psychoanalyse gegenwärtig gegenüber sieht. Ich lege dar, wie dringend notwendig es ist, ihre Integration in der akademischen Welt, d.h. im Universitätsbetrieb, zu stärken und zu konsolidieren, und welche entsprechenden strukturellen Veränderungen in psychoanalytischen Gesellschaften, Instituten und Ausbildungsmethoden dafür vonnöten sind. Ich gebe einen Überblick über den enormen Beitrag der Psychoanalyse zur psychodynamischen Psychiatrie sowie zur Gesellschaftsanalyse und zum kulturellen Leben, unterstreiche jedoch in diesem Zusammenhang auch die Notwendigkeit von radikalen Neuerungen.

Kapitel 14 behandelt soziale, politische und administrative Probleme, mit denen die Psychoanalyse zu kämpfen hat, während Kapitel 15 unter der Überschrift „Dissidenz“ im theoretischen Bereich der Psychoanalyse zukünftige konzeptuelle Entwicklungen, die Offenheit für neuartiges theoretisches Denken und die wissenschaftliche Überprüfung alternativer Hypothesen thematisiert und der Frage nachgeht, welche ideologischen Hindernisse einer solchen Entwicklung im Wege stehen, die sich aus der Geschichte der psychoanalytischen „Bewegung“ erklären lassen. Implizit ist darin die Absicht enthalten, die Integration psychodynamischer, neurobiologischer und psychosozialer Ansätze zu fördern. Weiterentwicklung bedarf einer tiefgreifenden Transformation psychoanalytischer Institutionen im Geiste universitärer Lehre und Forschung.

Teil V befasst sich mit der Psychodynamik religiöser Erfahrung, der Suche und der Funktion universeller ethischer Werte. Hintergrund dieser Analyse ist die Frage nach den zentralen Objektbeziehungen, die Spiritualität und religiöses Erleben bestimmen. Kapitel 16 erforscht die Ursprünge des menschlichen Bedürfnisses, ein integriertes System ethischer Werte zu schaffen. Es geht der Frage nach, wie dieses Bedürfnis, das einen wesentlichen Teil der Persönlichkeit ausmacht, mit religiöser Erfahrung in Zusammenhang steht. Ich setze mich hier sehr kritisch mit Freuds negativer Haltung gegenüber Religion auseinander und verweise auf die psycho-

logische Funktion von Religiosität als Ausdruck der Fähigkeit, ein internalisiertes und integriertes ethisches Leitsystem zu entwickeln. In diesem Kontext werde ich kurz zusammenfassen, wie die zeitgenössische Theorie die Entwicklung des Über-Ichs konzipiert und welche Funktion sie religiöser Erfahrung im Umgang mit den ideologischen Herausforderungen des sozialen Lebens zuschreibt.

In Kapitel 17 entwerfe ich ein allgemeines Entwicklungsmodell innerer Objektbeziehungen, das auf einem bestimmten Integrationsniveau das Bewusstwerden und die Entwicklung von spirituellem Erleben befördert, das die pragmatischen Aspekte reifer Objektbeziehungen transzendiert und den Weg frei macht für das Streben nach und Engagement für universelle ethische Werte.

Da nach meinem Dafürhalten der Fortschritt psychodynamischen Verstehens von so zentraler Bedeutung für die Psychologie von Normalität und Krankheit ist, verdienen neue Wege, die auf diesem Gebiet beschritten werden, kritisch und konstruktiv unter die Lupe genommen zu werden. Im Grunde basiert dieses Buch auf der Überzeugung, dass es sich bei der Psychoanalyse und Neurobiologie um zwei Basiswissenschaften handelt, die, wenn sie miteinander kooperieren, das Potenzial besitzen, unser Verständnis für die menschliche Psyche in Gesundheit und Krankheit ganz grundlegend zu vertiefen.

Danksagung

Ich bin zahlreichen Kollegen und Freunden zu Dank verpflichtet, die mir geholfen haben, meine Gedanken zu ordnen und zu vielen Themen, die in diesem Buch behandelt werden, neue Sichtweisen zu entwickeln. In den Vereinigten Staaten sind dies Martin Bergmann, Harold Blum, Robert Michels, Robert Tyson, Robert Wallerstein und der verstorbene William Grossman. In Großbritannien Anne Marie Sandler und ihr verstorbener Ehemann Joseph Sandler. In Frankreich André Green und Daniel Wildlocher. In Deutschland Peter Buchheim, Horst Kächele und die verstorbene Irmhild Kohte-Meyer, Rainer Krause, Ernst Lürssen, Gerhard Roth und Almuth Sellschopp. In Österreich schließlich Stephan Doering und Peter Schuster. Meine Sichtweise zur psychoanalytischen Ausbildung wurde stark beeinflusst vom erst kürzlich verstorbenen Arnold Cooper sowie von David Sachs und Robert Tyson in den Vereinigten Staaten; André Lussier und Lina Normandin in Kanada; Claudio Eizirik und Elias Mallet de Rocha Barros in Brasilien; Sara Zac de Filc und Isidore Berenstein in Argentinien sowie Cesar Garza Guerrero in Mexiko.

Den überaus anregenden Austausch mit den Kollegen des Personality Disorders Institute der Cornell University, dessen Leitung ich inne habe, habe ich bereits erwähnt. Den langjährigen Mitarbeitern des Instituts möchte ich an dieser Stelle meinen wärmsten Dank aussprechen – insbesondere Eve Caligor, Diana Diamond, Eric Fertuck, Pamela Foelsch, Catherine Haran, James Hull, Kenneth Levy, Barry Stern, Michael Stone und Frank Yeomans. Jill Delaney, ebenfalls ein langjähriges Mitglied unserer Gruppe, verdient meinen besonderen Dank für ihre sorgfältige und kritische Bearbeitung sämtlicher Kapitel in diesem Buch.

Unsere Forschungsk Kooperation mit Mark Lenzenweger, Michael Posner und David Silbersweig in den Vereinigten Staaten sowie Peter Buchheim, Stephan Doering, Melitta Fischer-Kern, Susanne Hoerz, Mathias Lohmer, Phillip Martius und Peter Schuster in Europa hat den gesamten klinischen Teil dieses Buches nachhaltig geprägt. Vor allem aber gilt mein tiefer Dank John Clarkin, Kodirektor des Personality Disorders Institute und führender Kopf in der Transformation unserer theoretischen und klinischen Hypothesen in handhabbare Forschungsdesigns.

Alvin Dworman und dem Ehepaar Tusiani danke ich für ihr Vertrauen und ihre großzügige Unterstützung unserer Arbeit mit schweren Persönlichkeitsstörungen. Ihr Interesse und Verständnis waren eine große Bereicherung für unsere Forschungs- und Lehrtätigkeit. Jack Barchas, Vorsitzender des Department of Psychiatry am Weill Cornell Medical College, gilt mein tiefer Dank für seine

Danksagung

warmherzige und ermutigende Begleitung unserer Forschungstätigkeit sowie meiner persönlichen Arbeit.

Ich danke Rosetta Davis, die mit großer Sorgfalt die frühen Fassungen meines Manuskripts bearbeitet hat. Mein aufrichtiger Dank gilt auch Louise Taitt, Verwaltungssekretärin am Personality Disorders Institute, die den größten Teil der Transkription, Organisation und Endproduktion dieses Buches übernommen hat. Die Sorgfalt und Umsicht, mit der sie die vielen damit verbundenen Probleme und Details behandelt hat, sowie ihr stoisches Bemühen, eine schützende Hand über die mir zur Verfügung stehende Zeit zu halten, waren von zentraler Bedeutung, dass dieses Buch fertiggestellt werden konnte.

Schließlich danke ich meiner Frau Catherine Haran, die nicht nur in ihrer Doppelfunktion als Therapeutin und Forscherin am Institut, sondern auch als Quelle nicht versiegender emotionaler Unterstützung in allen beruflichen und institutionellen „Wetterlagen“ geholfen hat, diese Arbeit zu beenden. Dieses Buch ist ihr sowie dem Andenken an meine verstorbene erste Frau, Paulina Kernberg, gewidmet. Paulinas wegweisende Arbeiten zu Persönlichkeitsstörungen bei Kindern und Jugendlichen sind nach wie vor Anregung und Inspiration für unsere aktuelle Forschung.

This page intentionally left blank

Inhalt

Teil I Schwere Persönlichkeitsstörungen

1	Psychoanalytische Einzel- und Gruppenpsychotherapie: Das Modell der Übertragungsfokussierten Psychotherapie (TFP) . .	3
	TFP im einzeltherapeutischen Setting	4
	TFP als psychoanalytische Gruppentherapie.	14
2	Mentalisierung, Achtsamkeit, Einsicht, Empathie und Deutung . . .	25
	Achtsamkeit	27
	Mentalisierung	29
	Theoretische Betrachtungen zur Mentalisierung.	31
	Mentalisierung und Übertragungsfokussierte Psychotherapie.	32
	Deutung in der Übertragungsfokussierten Psychotherapie	35
	Mentalisierung, Einsicht, Empathie und Achtsamkeit	42
3	Gegenübertragung: Neue Entwicklungen und behandlungs- technische Implikationen in der Behandlung von Patienten mit schwerer Persönlichkeitsstörung	47
	Das gegenwärtige Konzept von Gegenübertragung.	47
	Klassifikation der Gegenübertragung und Implikationen für die Behandlung schwerer Persönlichkeitsstörungen	50
	Analyse und Handhabung der Gegenübertragung	54
	Spezifische Gegenübertragungskomplikationen	57
	Aktuelle Kontroversen zur Gegenübertragung	60

4	Der nahezu unbehandelbare narzisstische Patient	65
	Kurzer Überblick über die Pathologie der narzisstischen Persönlichkeitsstörung	66
	Allgemeine behandlungstechnische Fragen in der Behandlung der narzisstischen Persönlichkeitsstörung	68
	Der „unmögliche“ Patient	72
	Allgemeine prognostische und therapeutische Überlegungen	93
5	Pathologischer Narzissmus und die Zerstörung von Zeit	97
	Einführung	97
	Die Zerstörung von Zeit bei narzisstischen Störungen	101
6	Supervision	115
	Aufgaben des Supervisors	115
	Institutionelle Aspekte	119
	Exploration der Gegenübertragung	121
	Dynamik der Gruppensupervision	123
	Professionelle Verantwortung	125
	Pathologie des Supervisanden	126
	Das zu bearbeitende Material	129
	Allgemeine Merkmale therapeutischer Kompetenz	131

Teil II Psychoanalytische Theorie und ihre Anwendungen

7	Psychoanalytische Affekttheorie aus neurobiologischer Sicht	137
	Freuds Affekttheorie und spätere psychoanalytische Entwicklungen	138
	Affekttheorien in der zeitgenössischen Neurobiologie	142
	Psychoanalyse und Neurobiologie: Wege einer möglichen Partnerschaft?	144
8	Das Konzept des Todestriebs aus klinischer Sicht	153

9	Betrachtungen zum Trauerprozess	171
	Hintergrund	171
	Ein in der Analyse ausgelöster Trauerprozess	172
	Einige phänomenologische Beobachtungen	175
	Psychodynamik des Trauerns	181
	Einige Schlussfolgerungen	190
10	Gegenwärtige Strömungen in der psychoanalytischen Theorie	195
	Der neobionsche Ansatz	198
	Der relationale Ansatz	202
	Kritik am Neobionismus	207
	Kritik am relationalen Ansatz	211
	Abschließende Bemerkungen	216

Teil III Die Psychologie der sexuellen Liebe

11	Das sexuelle Paar: Eine psychoanalytische Untersuchung	223
	Biologische Grundlagen	223
	Affektive Entwicklung	227
	Erotisches Begehren	228
	Unbewusste Objektbeziehungen	233
	Über-Ich-Merkmale	238
	Gruppenprozesse	242
12	Grenzen der Liebesfähigkeit	247
	Störungen der Liebesfähigkeit	247
	Sich verlieben	248
	Dauerhafte sexuelle Leidenschaft	258
	Verlust, Eifersucht und Schutz von Grenzen	260
	Liebe und Trauer	262

13 Sexualpathologie bei Borderline-Patienten	265
Normalität	266
Die neurotische Persönlichkeitsorganisation	266
Narzisstische Pathologie	267
Borderline-Personlichkeitsorganisation (höheres Niveau)	268
Borderline-Personlichkeitsorganisation (niedrigeres Niveau)	269
Das aggressiv-antisoziale Spektrum	270
Perversionen (Paraphilien)	270
Stufen perverser Pathologie	271
Homo- und Heterosexualität	272
Diagnostische Evaluation	273

Teil IV Herausforderungen für die Psychoanalyse

14 Psychoanalyse und Universität: Ein schwieriges Verhältnis	279
Problem 1: Die äußere Realität	279
Problem 2: Die innere Realität	281
Psychoanalytische Institute im Umbruch: einige Voraussetzungen	284
Praktische Lösungswege	287
Erste Schritte	292
15 „Dissidenz“ in der Psychoanalyse:	
Eine psychoanalytische Reflexion	295
Die persönliche Beziehung zu Freud	296
Der Einfluss ideologischer Gegenströmungen auf die Entstehung von Dissidenz	299
Herausforderungen psychoanalytischer Theorie und Behandlungs- technik im Lichte konventioneller Vorstellungen der Massenkultur . . .	301
Der Einfluss institutioneller Dynamik auf das Entstehen von abweichenden Theorien	304
Implikationen für die zukünftige Psychoanalyse	307

Teil V Psychologie des religiösen Erlebens

16 Psychoanalytische Betrachtungen zum religiösen Erleben	313
Freuds Einstellung zur Religion – eine kritische Zusammenfassung . . .	313
Die Natur des Bösen und die Psychologie der Religiosität	317
Individuelle Psychopathologie, Gruppenregression und soziokulturelle Entwicklungen	328
Reife Religiosität: die Eigenschaften einer Gottheit und reifer Religionen	333
 17 Die Entstehung eines spirituellen Raums	 339
 Sachverzeichnis.	 351

This page intentionally left blank

Teil I Schwere Persönlichkeitsstörungen

This page intentionally left blank

1 Psychoanalytische Einzel- und Gruppen- psychotherapie: Das Modell der Über- tragungsfokussierten Psychotherapie (TFP)

In diesem Kapitel gebe ich einen Überblick über die Übertragungsfokussierte Psychotherapie (TFP, Transference-focused Psychotherapy), einem aus der Psychoanalyse abgeleiteten, spezifischen psychodynamischen Psychotherapieverfahren für schwere Persönlichkeitsstörungen. Dieses Verfahren wurde manualisiert und empirisch überprüft, was im Folgenden zusammenfassend dargestellt werden soll. Ich möchte zunächst die strategischen Prinzipien, taktischen Vorgehensweisen und Techniken der TFP im einzeltherapeutischen Setting vorstellen, wie wir sie am Personality Disorders Institute der Cornell University entwickelt und überprüft haben, um anschließend die Anwendung dieser Methode auf das gruppentherapeutische Setting zu diskutieren. Was die Anwendung der TFP in Gruppentherapien angeht, so stehen uns nur unsere klinischen Erfahrungswerte zur Verfügung, wobei meine Ausführungen eine erste Zusammenschau unserer Bemühungen bilden, diesen Ansatz systematisch zu untersuchen und ein objektbeziehungstheoretisches Modell auf Kleingruppen zu übertragen.

Die TFP geht auf die Arbeiten des Psychotherapie-Forschungsprojekts der Menninger Foundation (Kernberg et al. 1972) zurück. Das Projekt sieht im Modell der psychoanalytischen Psychotherapie – systematische Deutung der Übertragung bei zeitgleich stattfindenden supportiven Maßnahmen außerhalb der Therapie, damit sich die Behandlung erfolgreich entwickeln kann – den optimalen therapeutischen Zugang zur Behandlung von schweren Persönlichkeitsstörungen bzw. „Ich-Schwäche“. Weder das standardanalytische Verfahren noch rein supportive Ansätze, die sich an psychoanalytischen Prinzipien orientieren, hatten sich als ähnlich wirksam erwiesen. Auf dieser Grundlage entwickelten wir am Personality Disorders Institute des Weill Cornell Medical College und des New York Hospital ein psychoanalytisches Psychotherapieverfahren, das sich am Prinzip der systematischen Übertragungsdeutung und der Etablierung eines therapeutischen Rahmens orientiert – Grenzssetzungen miteingeschlossen, die Patient und Therapie gleichermaßen vor schwerem Agieren schützen sollen, das in der Behandlung dieser Patienten praktisch unvermeidbar ist.

Nach fast 15 Jahren fanden unsere Anstrengungen ihren vorläufigen Abschluss im Entwurf eines psychoanalytischen Psychotherapiemanuals – der Übertragungsfokussierten Psychotherapie (TFP) –, das die oben genannten Kriterien erfüllt. Wir überprüften die Möglichkeit eines entsprechenden Trainings von bereits ausgebil-

deten Psychoanalytikern und Psychotherapeuten, die diese manualisierte Behandlung durchführen sollten, um im Anschluss daran – nach ausreichender Evaluierung der Grundprinzipien von „adherence“ (Befolgen des Therapiemanuals) und „competence“ (therapeutische Kompetenz) – eine Reihe von wissenschaftlichen Studien durchzuführen. In diesen wurde zunächst die allgemeine Wirksamkeit des Therapieverfahrens im Vergleich zu naturalistischen Bedingungen (*therapy as usual*, TAU) unter Beweis gestellt. Es folgte eine randomisierte und kontrollierte Studie, die die Wirksamkeit der TFP im Vergleich zur *Dialektisch-behavioralen Therapie* (DBT) und zur *Supportiven Psychotherapie* untersuchte. Alle drei Behandlungsverfahren lagen in manualisierter Form vor, durchgeführt von speziell ausgebildeten und erfahrenen Therapeuten, die vom Nutzen des jeweiligen Modells überzeugt waren. Alle drei Therapieformen erwiesen sich als wirksam, doch nur die TFP und DBT bewirkten eine signifikante Verbesserung im Bereich Suizidalität und Parasuizidalität. Die TFP bewirkte zudem eine Reduzierung verschiedener Aspekte in den Bereichen aggressive Affekte und Verhaltensmuster (Kernberg et al. 2008).

Im Rahmen unserer Forschungsarbeiten befassten wir uns wiederholt mit der Frage, wie sich die TFP-Prinzipien auf das Setting der psychoanalytischen Gruppenpsychotherapie übertragen ließen. Wir überprüften die Anwendung eines entsprechenden Modells hauptsächlich im tagklinischen Bereich, in Einzelfällen auch auf ambulanter Ebene. Die Ergebnisse sind vielversprechend, allerdings liegen noch keine wissenschaftlichen Studien zur Wirksamkeit eines solchen gruppentherapeutischen Ansatzes vor. Der hier vorliegende Aufsatz stellt somit einen ersten Versuch dar, das allgemeine Modell dieser Form von Gruppenpsychotherapie und ihrer Verbindung zu verwandten Modellen zu beschreiben. Bevor ich die Anwendung der TFP-Prinzipien im Rahmen eines gruppenanalytischen Settings näher erläutere, möchte ich in einem Überblick die Grundelemente der TFP darstellen.

TFP im einzeltherapeutischen Setting

In der Übertragungsfokussierten Psychotherapie (TFP) unterscheiden wir allgemeine und übergeordnete Behandlungsziele im Sinne von „strategischen Prinzipien“, die Systematisierung von Interventionen in jeder einzelnen Sitzung im Sinne „taktischen Vorgehens“ sowie spezifische Instrumente psychoanalytischer Behandlungstechnik über den gesamten Verlauf der Behandlung hinweg im Sinne von „Techniken“. Diese drei Grundelemente sollen im Folgenden näher erläutert werden.

Strategische Prinzipien

Wir gehen von der Annahme aus, dass Patienten mit einer schweren Persönlichkeitsstörung oder einer Borderline-Persönlichkeitsorganisation unter dem Syndrom der Identitätsdiffusion leiden, d.h. chronisch überdauernden, mangelhaft

integrierten Selbst- und Fremdkonzepten. Die Ursache dieses Syndroms sehen wir in einer fehlgeschlagenen psychischen Integrationsleistung, die wiederum auf ein Überwiegen aggressiver innerer Objektbeziehungen gegenüber idealisierten inneren Objektbeziehungen zurückgeht. Im Bemühen, die idealisierten Anteile der Selbst- und Objektrepräsentanzen zu schützen, bleibt das Ich dieser Patienten auf der Ebene unreifer dissoziativer Mechanismen oder Spaltungsmechanismen fixiert, die wiederum durch eine Vielzahl anderer unreifer Abwehrbewegungen – projektive Identifizierung, Omnipotenz und der Versuch omnipotenter Kontrolle, Entwertung, Verleugnung, primitive Idealisierung – verstärkt werden und den reiferen Abwehrbewegungen im Rahmen von Verdrängungsmechanismen vorausgehen. Identitätsdiffusion zeigt sich klinisch in der Unfähigkeit, sich selbst und andere Menschen tiefgreifend zu erfassen, sich beruflich ernsthaft zu engagieren, stabile Liebesbeziehungen einzugehen sowie ein normales Gespür für zwischenmenschliche Situationen und den dafür notwendigen Takt zu entwickeln. Unreife Abwehrbewegungen, die der dissoziierten psychischen Struktur dieser Patienten und ihrer Identitätsdiffusion entsprechen, zeigen sich auch auf Verhaltensebene und stellen ein zentrales Merkmal ihres maladaptiven Umgangs mit negativen Affekten und konflikthafter interpersonellen Situationen dar, der wiederum ganz erheblich zum Chaos und letztlich Zusammenbruch in den Bereichen Liebe, Arbeit, Kreativität und soziales Leben führt. In einem früheren Aufsatz (Kernberg 2006) habe ich ausführlich die Ätiologie, Psychopathologie und Diagnostik der Identitätsdiffusion sowie entsprechende Forschungsbefunde beschrieben.

Die Hauptstrategie in der TFP der Borderline-Organisation besteht in der (Re-)Aktivierung abgespaltenener internalisierter Objektbeziehungen, die sich als verfolgende und idealisierende Objektbeziehungen in der Behandlung manifestieren, um diese in einem nächsten Schritt näher zu explorieren und zu deuten. Die TFP findet im Sitzen statt, mit mindestens zwei, jedoch nicht mehr als drei Sitzungen pro Woche. Aufgabe des Patienten ist es, sich frei und offen mitzuteilen bzw. die eigenen Gedanken so genau und detailliert wie möglich zu äußern. Die Rolle des Therapeuten besteht darin, die Aktivierung regressiver, abgespaltenener Objektbeziehungen in der Übertragung sorgfältig zu beobachten, dem Patienten dabei zu helfen, sie zu erkennen bzw. zu benennen, sowie ihre Abspaltung im Lichte der enormen Schwierigkeiten zu deuten, die diese Patienten darin haben, über sich und ihr Verhalten im interpersonellen Kontext nachzudenken. Die Deutung der abgespaltenen Objektbeziehungen basiert auf der Annahme, dass jede von ihnen eine dyadische Einheit bildet, bestehend aus einer Selbstrepräsentanz, einer Objektrepräsentanz und eines dominanten Affekts, der beide verbindet. Die Aktivierung dieser dyadischen Objektbeziehungen bestimmt die Wahrnehmung dessen, wie der Patient den Therapeuten sieht. Sie geht mit raschen Rollenwechseln in der Übertragung einher, sodass der Patient in einem Moment mit einer primitiven Selbstrepräsentanz identifiziert sein kann, während er die entsprechende Objektrepräsentanz auf den Therapeuten projiziert, um sich 10 Minuten später mit eben dieser Objektrepräsentanz zu identifizieren und die korrespondierende Selbstrepräsentanz auf den Therapeuten zu projizieren. Das beobachtende Ich des

Patienten auf dieses Phänomen aufmerksam zu machen, ebnet den Weg für die Deutung der Konflikte, die die Objektbeziehungsdyaden – und die entsprechenden Selbst- und Fremdbilder – getrennt und überzeichnet erscheinen lassen. Solange keine Integration im Sinne einer Differenzierung und Modulierung dieser Repräsentanzen stattfindet, wird die Selbst- und Objektwahrnehmung des Patienten durch Übertreibung, Verzerrung und extreme Schwankungen gekennzeichnet sein.

Das Oszillieren der Rollen *innerhalb* einer Dyade muss unterschieden werden von der Spaltung *zwischen* entgegengesetzten Dyaden, die mit entgegengesetzten (idealisierenden und verfolgenden) Affekten besetzt sind. Der letzte Schritt der Deutung besteht darin, dissoziierte (gespaltene) positive und negative Übertragungen miteinander zu verknüpfen, um so abgespaltene idealisierte und verfolgende Anteile des inneren Erlebens zu integrieren und die Identitätsdiffusion aufzulösen. Die Deutung dieser abgespaltenen Objektbeziehungen geschieht charakteristischerweise in drei Schritten.

Schritt 1: Benennen der vollständigen und zum gegenwärtigen Zeitpunkt aktivierten Objektbeziehung mithilfe einer Metapher, um die Situation (oder Szene) so umfassend wie möglich und für den Patienten nachvollziehbar darzustellen. Damit einher geht eine Klärung, wer von den beiden Interaktionspartnern gerade welche Rolle übernimmt und in Szene setzt. Die Erläuterungen des Therapeuten basieren auf seinen Beobachtungen, seiner Gegenübertragung sowie den bislang erfolgten Klärungen zum inneren Beziehungserleben des Patienten.

Schritt 2: Beobachten der Rollenwechsel zwischen Therapeut und Patient. Dabei handelt es sich um einen sehr wichtigen Schritt im Deutungsprozess, der dem Patienten seine unbewusste Identifizierung mit Selbst- und Objektrepräsentanzen (d.h. die Komplementarität der beiden Rollen) gleichermaßen vor Augen führen soll. Schritt 2 umfasst somit Klärung und Konfrontation hinsichtlich der oszillierenden Pole einer bestimmten Dyade. Obwohl ein Patient sich zunehmend bewusst werden mag, dass alle guten Objektbeziehungen von allen schlechten Objektbeziehungen getrennt gehalten werden sollen, wird es in aller Regel erst einmal bei dieser Form der extremen Polarisierung oder Spaltung/Dissoziation aktivierter Objektbeziehungsdyaden bleiben. In einem nächsten Schritt geht es darum, zu verstehen, welches Motiv dem Bedürfnis des Patienten zugrunde liegt, die Objektbeziehungsdyaden getrennt voneinander zu halten.

Schritt 3: Verknüpfung (via Deutung) der dissoziierten positiven und negativen Übertragungen, d.h. der Übertragungen, die die idealisierten und verfolgenden Objektbeziehungen widerspiegeln, um die abgespaltenen idealisierten und verfolgenden Anteile des inneren Erlebens zu integrieren und die Identitätsdiffusion aufzulösen. Schritt 3 impliziert auch eine Modulierung der intensiven Affektdispositionen (unreife euphorische oder submanische Affektzustände werden mit ihren entsprechenden ängstlichen, aggressiven, verfolgenden Gegenstücken integriert). Selbst- und Objektbild verändern sich signifikant mit zunehmender Integration der

Ich-Identität des Patienten. Komplexität und Differenzierung ersetzen Eindimensionalität und extreme Ausprägung der Selbst- und Objektrepräsentanzen. Der Patient ist in der Lage, depressive Affekte zu erleben und sich gleichzeitig seiner eigenen Aggression bewusst zu werden, die er zuvor projiziert oder als dysphorischen Affektzustand erlebt hat. Es überwiegen Gefühle von Sorge und Schuld und Wünsche nach Wiedergutmachung, d.h. die in der Fantasie oder realiter beschädigten guten Beziehungen zu „reparieren“.

Schritt 1 beginnt mit der ersten Therapiesitzung, Schritt 2 folgt relativ rasch nach einigen Wochen oder wenigen Monaten. Schritt 3 charakterisiert die mittlere und fortgeschrittene Behandlungsphase. Gleichzeitig handelt es sich um einen ausgesprochen repetitiven Prozess. Manche Deutungen aus Schritt 3 können relativ früh erfolgen, wobei es zu einer kontinuierlichen Abfolge der einzelnen Schritte kommt. Zunächst im Zeitraum von mehreren Wochen oder Monaten, danach im Laufe einiger weniger Sitzungen, schließlich kann auch innerhalb einer einzigen Sitzung der gesamte Deutungsprozess durchlaufen werden.

Das übergeordnete strategische Prinzip – Auflösung der Identitätsdiffusion und Integration abgespaltener idealisierter und verfolgender Objektbeziehungen – wird durch die Aktivierung unbewusster Konflikte in der Übertragung unterstützt, was sich vor allem im Verhalten des Patienten zeigt, weniger in vorbewussten Erlebenszuständen, in denen unbewusste Fantasien zum Ausdruck kommen. Das Unvermögen, überwältigende emotionale Erfahrungen auszuhalten, führt dazu, dass diese emotionalen Erfahrungen durch Agieren – wie bei den meisten Borderline-Patienten der Fall –, Somatisieren oder Ausbilden anderer Persönlichkeitsstörungen ersetzt werden (Green 2000b). Die Tatsache, dass sich „primitive“ Konflikte eher auf der Verhaltensebene (im Sinne dissoziierter Verhaltensweisen) manifestieren und weniger im Inhalt freier Assoziationen, ist ein zentrales Merkmal dieser Störungen. Dies ermöglicht die Übertragungsanalyse bei einer relativ niedrigen Sitzungsfrequenz, während die Intensität dieser Konflikte die vollständige Analyse der entsprechenden Übertragungsentwicklungen erleichtert. Wichtig in diesem Zusammenhang ist die Etablierung eines klaren therapeutischen Rahmens mit der Formulierung entsprechender Bedingungen und Grenzen, um so den Kontrast zwischen der „normalen“ Beziehung zwischen Therapeut und Patient und den Verzerrungen der therapeutischen Beziehung, wie sie der Aktivierung unreifer Übertragungen entspringen, unmittelbar sichtbar und bearbeitbar zu machen.

Dies führt uns zu einem zweiten zentralen Element der TFP – den sogenannten *taktischen Vorgehensweisen*, die in jeder einzelnen Sitzung zum Tragen kommen und die die Ausgangsbedingung für Deutungen und andere behandlungstechnische Interventionen darstellen.

Taktisches Vorgehen

Das taktische Vorgehen bildet mit seinen einzelnen Schritten oder „Regeln“ den behandlungstechnischen Rahmen der TFP. Es schafft so die Ausgangsbedingun-

gen für die Anwendung einer modifizierten psychoanalytischen Behandlungstechnik, die den spezifischen Übertragungsentwicklungen dieses Störungsbildes entspricht. Das taktische Vorgehen umfasst

- das Vereinbaren eines Therapievertrags;
- die Auswahl eines Hauptthemas aus dem vom Patienten vorgebrachten Material;
- die Wahrung eines angemessenen Gleichgewichts zwischen den sich entfaltenden, aber noch inkompatiblen Sichtweisen, die Therapeut und Patient in Bezug auf die Realität vertreten; Ziel ist, eine Deutung vorzubereiten, um zu einer gemeinsam geteilten Realität zu gelangen; und
- die Regulierung heftiger Affekte.

Der Therapievertrag beinhaltet – neben den üblichen Absprachen eines psychoanalytischen Paktgesprächs – spezifische individuelle Vereinbarungen, die einen angemessenen und strukturierten Umgang mit potenzieller Selbst- oder Fremdgefährdung, aber auch mit der sehr typischen Gefahr des Therapieabbruchs vorsehen. Damit sollen die Grundlagen geschaffen werden, die Therapie effektiv und unter Berücksichtigung der besonderen Verantwortlichkeiten für Therapeut und Patient durchzuführen. Wichtig im Zusammenhang dieser strukturierenden Rahmenvereinbarungen zu Beginn der Therapie sind zum einen das *Ausschalten des sekundären Krankheitsgewinns* sowie die Tatsache, dass im Falle einer Gefährdung des Lebens des Patienten oder der Therapie die Übertragungsimplikationen der restriktiven oder grenzsetzenden Maßnahmen unmittelbar gedeutet und bearbeitet werden können. Die Verbindung von Grenzsetzung und Deutung der entsprechenden Übertragungsentwicklung ist ein wesentliches, sehr effektives und manchmal lebensrettendes taktisches Vorgehen in der Behandlung. Yeomans et al. (1992) haben die Techniken und Schwierigkeiten der Vertragsphase zu Beginn einer Therapie beschrieben. Das Manual zur TFP (Clarkin et al. 2008) geht detailliert darauf ein, was für die Durchführung der Behandlung im Vorfeld sowie in der Vertragsphase zu beachten ist.

Im Hinblick auf die Auswahl eines sogenannten *Hauptthemas* besteht das wichtigste taktische Vorgehen in der allgemeinen psychoanalytischen Regel, dasjenige Material zu deuten, das affektiv am stärksten besetzt ist. Mit anderen Worten: Affektive Dominanz bestimmt den Fokus der Deutung. Sowohl das subjektive Erleben des Patienten, sein nonverbales Verhalten, aber auch die Gegenübertragung des Therapeuten – im Sinne einer an der Oberfläche vollständig affektstarr oder affektlos anmutenden Situation (Kernberg 2004) – kann affektiv am stärksten besetzt sein. Das zeitgleiche Beachten aller drei Bereiche erlaubt Rückschlüsse auf den im Moment dominanten Affekt und die entsprechende, in der Übertragung aktivierte Objektbeziehung.

Was gedeutet wird, orientiert sich auch am Wesen der Übertragung. Wenn affektive Dominanz und Übertragungsentwicklung übereinstimmen, so ist die Auswahl eines Hauptthemas relativ einfach. Zuweilen sind es jedoch Außenübertragungsbeziehungen oder die äußere Realität des Patienten, die affektiv

am stärksten besetzt sind. Obwohl wir natürlich auch hier von Übertragungsimplikationen ausgehen können, setzt die Deutung an der äußeren Situation an. Übertragungsdeutungen sollten nur dann gegeben werden, wenn die Interaktion zwischen Patient und Therapeut dies tatsächlich erlaubt. Dieses wichtige taktische Vorgehen entspringt den behandlungstechnischen Empfehlungen von Fenichel (1939) und spiegelt die Flexibilität eines Ansatzes wider, der Übertragung und äußere Realität eines Patienten gleichermaßen im Blick hat.

Ein weiteres taktisches Vorgehen betrifft die Einhaltung einer bestimmten allgemeinen Themenrangfolge, unabhängig von der affektiven Dominanz. Diese Prioritätenliste bemisst sich nach ihrem Schweregrad (Clarkin et al. 2008; Kernberg 1985):

- Suizid- oder Morddrohung;
- Gefährdung der Fortführung der Therapie;
- schweres Agieren innerhalb oder außerhalb der Sitzungen, das die Unversehrtheit des Patienten oder der Therapie gefährdet;
- Unehrllichkeit;
- Trivialisierung dessen, was in der Sitzung passiert;
- anhaltender narzisstischer Widerstand, der durch eine konsequente Analyse der Übertragungsimplikationen des pathologischen Größenselbst aufgelöst werden muss.

Wenn keines dieser Themen aktuell Vorrang hat, gilt das allgemeine taktische Vorgehen hinsichtlich affektiver Dominanz und Übertragungsanalyse.

Ein wichtiger Aspekt betrifft in diesem Zusammenhang die Gefahr schwerer Regression, die auch Affektstürme, mikropsychotische Episoden, negative therapeutische Reaktionen und „inkompatible Realitäten“ umfassen. Wir haben für jeden dieser Fälle ein spezifisches behandlungstechnisches Vorgehen entwickelt, dessen Ausführung jedoch den Rahmen dieses Kapitels sprengen würde.

Behandlungstechniken

Die „strategischen Prinzipien“ der TFP haben übergeordnete und langfristige Behandlungsziele und deren Implementierung in der Übertragungsbeziehung im Blick, das „taktische Vorgehen“ bezieht sich auf bestimmte Ausgangsbedingungen für die therapeutischen Interventionen. Die „Behandlungstechniken“ betreffen die konsequente Anwendung behandlungstechnischer Instrumente, die sich aus der psychoanalytischen Behandlungstechnik ableiten. Die Haupttechniken der TFP sind – in Anlehnung an Gill (1954) – *Deutung*, *Übertragungsanalyse* und *technische Neutralität*. Während die Psychoanalyse mit kontrollierter Regression bzw. Förderung der Übertragungsneurose und deren Auflösung via Deutung aus einer Position technischer Neutralität heraus arbeitet, kann die TFP behandlungstechnisch nach den oben genannten drei Instrumenten definiert werden, die in modifizierter Form zur Anwendung kommen, wobei die Gegenübertragungsanalyse als zentrales behandlungstechnisches Instrument miteinzubeziehen ist.