

Fortbildungs- und Tagungsthemen 2021

Reinhold Hanenberg

Implizite Beziehungskonzepte von depressiven und narzisstischen Persönlichkeiten

Einführung: Zu expliziten und impliziten Anteilen der Interaktionsdynamik in Psychotherapien

In einer laufenden Behandlung erkennen wir oft schon nach kurzer Zeit ein Interaktionsmuster, das wir als spezifisch für diese eine therapeutische Paarung beschreiben können, auch wenn mit anderen ähnliche Interaktionsdynamiken auftreten.

Seit langem versucht man, diese alltäglichen Beziehungsvorgänge in Therapien zu verstehen. So hat beispielsweise John Klauer (1980), der den „Ablauf dieser Prozesse [...] etwas rätselhaft“ (S. 70) fand, eine beiderseitige Identifizierung angenommen: PatientInnen und TherapeutInnen bräuchten einander in besonderen Beziehungsformen. Diese erfordere eine beiderseitige Identifikation, jedoch in unterscheidbarer Weise. Seitens der PatientInnen würden unterschiedlichste Wünsche und Beziehungserwartungen (Hilfe, Erleichterung des Leidens, Verbesserung des Selbstwerts und dgl.) auf die TherapeutInnen gerichtet, und insofern seien diese für die PatientInnen Phantasieobjekte; umgekehrt bildeten auch die TherapeutInnen Phantasieobjekte von den PatientInnen.

Er empfiehlt stets eine kritische Reflexion unserer Identifikationen, um die innere Konfliktambivalenz aufseiten der PatientInnen angemessen nachvollziehen zu können.

Der imaginäre Gehalt der Phantasiebildungen, des „Bildes“, das wir uns von bestimmten PatientInnen machen, bestünde nach dieser Auffassung hauptsächlich aus Identifikationen. Das greift zu kurz, es fehlt die Berücksichtigung der zwangsläufigen Wechselseitigkeit in der Beziehung. Denn wenn und sobald wir in der Lage sind, ein spezifisches Muster in den therapeutischen Interaktionen zu beschreiben, werden unsere eigenen Anteile daran auch mit „erkannt“ und zum Ausdruck gebracht. Nach obiger Auffassung könnte man durchaus unseren Anteil an der Beziehungsgestaltung aus dem „Phantasieobjekt“ PatientInnen entspringen lassen; es manifestiert sich aber hauptsächlich durch interaktives (Be-)Handeln. Oder etwas abstrakter: Unsere Analyse und Reflexion von Übertragung/Gegenübertragung und unser Wissen über Symptome, Persönlichkeitsentwicklung und Psychodynamik verwenden wir im Medium der Interaktionen (Klärungen, Interpretationen, Interventionen, Dritte-Person-Perspektive unsererseits) auch zur Mitgestaltung der therapeutischen Beziehung.

Weitere Versuche, dieses Rätselhafte zu verstehen, bedienen sich einer Modellbildung aus der Gedächtnisforschung, die zwischen impliziten und expliziten Gedächtnisinhalten differenziert. Analog hierzu hat Michael Ermann (2005) vorgeschlagen, **explizite** von **impliziten Beziehungsanteile** zu unterscheiden, und hat dies anhand eines eigenen Behandlungsfalles nachvollziehbar beschrieben.

Das therapeutische Aufspüren impliziter Beziehungswünsche und -muster erfordert unsererseits aber einen etwas anderen explorativen Zugang als bei expliziten Beziehungsformen, weil implizite Anteile weitgehend nicht erinnerungsfähig sind und daher auch nicht sprachlich ausgedrückt werden können, sondern sich hauptsächlich in „unbewußten Wiederholungen ereignen“, wie Ulrich Lamparter (2014) schreibt. Hier seine entwicklungsbezogene Zusammenfassung:

„Die impliziten Gedächtnisinhalte werden eher früher in der Kindheit angelegt, die expliziten eher später. Die früheren impliziten Beziehungserfahrungen sind als subsymbolische Engramme oder – vielleicht besser – Aktivierungsnetze im Gehirn gespeichert; die späteren expliziten sind sprachlich codiert. Bei der impliziten Gedächtnisbildung werden vor allem Prozeduren, also die Abfolge von Handlungen und Erlebnissen, gespei-

chert. Es arbeitet in einem **prozeduralen** Modus, während das explizite Gedächtnis in einem **deklarativen** Modus funktioniert. Dieses strukturiert sich über Begriffe, abgegrenzte sensorische Erinnerungskomplexe und als solche abrufbare Erfahrungsbildungen. Das führt in der therapeutischen Situation dazu, dass ein Patient die Beziehungserfahrungen seiner ersten zweieinhalb Lebensjahre – um einmal eine Zahl zu nennen – nicht aktiv erinnernd aufsuchen kann, sondern diese sich vielmehr im therapeutischen Geschehen in einer unbewussten Wiederholung ereignen. Die späteren Beziehungserfahrungen sind (auch) im deklarativen autobiografischen Gedächtnis gespeichert und können mehr oder weniger aktiv aufgesucht und in Worten berichtet werden.“ (S.28, hervorg. R.H.)

Beim expliziten psychischen Material hätten die unbewussten (eher: vorbewussten, R.H.) Inhalte eine „begriffliche Gestalt [...], in der es einst begriffen worden war“ (Ermann 2005, S.4). Es handle sich daher um sprachlich rekonstruierbare sensorische, bildhafte Szenen.

Implizites psychisches Material dringt dagegen eher überraschend in archaisch-affektiver Weise in die therapeutische Beziehung ein, z.B. als heftiges Durcheinander- oder Verwirrtsein, aggressiv-unterschwellige Abschottung, hochgradiges Gereiztsein, existenzielles Verlorenheitsempfinden, abgrundtiefe Leere, usw. All dies kann uns auf der Gefühlsebene heftigst anstecken, über die Stunde hinaus belasten und beschäftigen sowie zu Abwehrmaßnahmen führen (Rückzug/Abschottung, Entwertung, Abbruch der Therapie), also zu einer spontanen Abwehr des Einfühlens in solche Affektlagen der PatientInnen bei gleichzeitiger Sperre jeglicher Introspektion. Eine angemessene Empathiefähigkeit für implizit Psychisches unsererseits, dürfte leichter aktivierbar sein, wenn unsere Beziehungs-Angstschwelle niedrig und die Affekttoleranz hoch ist, zumindest was unsere eigenen implizit-psychischen Erfahrungen angeht. Denn neben kognitiver Einsicht, zu der es in erster Linie bei der Behandlung von explizit Psychischem kommen kann, sollte hinsichtlich der impliziten Anteile „das Erleben einer Beziehung [ermöglicht und gestaltet werden, R.H.], in der emotionale Zustände verändert werden können, indem sie anerkannt, vielleicht sogar geteilt, auf jeden Fall aber gewürdigt werden“ (ebd. S.12). Im Umgang mit unseren Beziehungsängsten dürften wir schon gut gerüstet sein, wenn wir sie in der Behandlungssituation als „das verbindende Element“¹ verstehen und erleben können. Dann wären wir empathisch hinreichend sensibilisiert, ein in Sitzungen spontan entstehendes geteiltes Erleben implizit-affektiver Aspekte – im Sinne eines „Gegenwartsmoments“ nach Daniel Stern (2004) – in eine symbolisierungsfähigere Form zu überführen. Dazu könnten wir z.B. mit einer situativ bezogenen Beschreibung des aktuell Erlebten beginnen und versuchen, die so ansatzweise geteilte Erfahrung – kognitiv etwas angereichert – einzufädeln in eine langfristig vertiefende Bearbeitung² (Anerkennung, Würdigung der frühen Erfahrungen, wie oben zitiert).

Anerkennung – was soll wie anerkannt werden?

Der Ausdruck „Anerkennung“ taucht in der einschlägigen Literatur fast immer auf. Die auch in der therapeutischen Beziehung selbstverständliche Anerkennung menschlicher Grundbedürfnisse, „gehalten, gewärmt, genährt, berührt [... zu werden, R.H.] die allelementarste Ebene der Intersubjektivität,

¹ Küchenhoff (2017): „...gerade in der therapeutischen Arbeit mit depressiven Menschen ist es wichtig, dass die Therapeuten das Wagnis einer wirklichen Beziehung zu den Patienten eingehen, sie nicht nur behandeln, sondern sich von ihnen belasten, aber auch bereichern lassen – jede Therapie ist eine Bereicherung, weil man gemeinsam mit dem Patienten Wege aus dem depressiven Erleben sucht und damit auch den eigenen depressiven Ängsten und Fantasien begegnet und sie zusammen mit dem Patienten verstehen und überwinden kann.“ (S. 108f.).

Und ohne eine angemessene emotionale Verbundenheit kann gerade bei der Bearbeitung von implizit Psychischem das hierfür spezifische Ziel, eine nachhaltige „korrigierende emotionale Erfahrung“ zu ermöglichen, kaum zustande kommen.

² Unter einem strukturellen Blickwinkel soll die weitere Vertiefung auf das Fernziel gerichtet sein, dem basalen Selbstgefühl zu einem höheren Integrationsgrad zu verhelfen.

in der wir den Anderen/die Andere benötigen“ (Warsitz 2003, S. 357), ist nicht spezifisch für das, was es bei der Behandlung von implizit Psychischem anzuerkennen gilt.

Bei den zurückliegenden Tagungen hatten wir anhand der Typologie der Depression und deren Behandlung bei Küchenhoff (2017) den „Typus IV: Verlust der Anerkennung durch ›Wegschauen‹“ besprochen. Bei diesem Typus, der sich v.a. durch überhöhte Selbstanforderungen (Ich-Ideal) auszeichnet, wird dem Therapeuten hinsichtlich der Beziehungsgestaltung geraten, der Versuchung zu widerstehen, „selbst ein sehr anspruchsvoller oder idealer Therapeut“ (S. 98) sein zu wollen. Aber was in der therapeutischen Beziehung dieser Ausprägung anerkannt werden sollte, wird nicht erwähnt. Ich meine, dass es primär um die Anerkennung und Würdigung aller kompensatorischen Leistung solcher PatientInnen im Zuge der Entwicklung eines überzogenen Ich-Ideals gehen sollte. Kompensationen, die wohl bei unzähligen Versuchen erbracht worden waren, den an sie delegierten Idealvorstellungen der Eltern (wie zu Typus IV beschrieben) nachzukommen. Und damit wäre es unsere Aufgabe, für viele „Typen“ und Formen der Depression und des Narzissmus anerkennenswerte Erfahrungen und Weichenstellungen im Leben der PatientInnen zu explorieren³. Hierfür können wir uns von Stavros Mentzos' (2009) Einsicht inspirieren lassen:

Er hat die „Hartnäckigkeit“ depressiven Klagens über Lebensunlust, totale Antriebsschwäche usw. verstanden als „bewundernswerte, wenn auch pathologische Ich-Leistungen“ und daraus verallgemeinert, „dass die meisten so genannten psychischen Störungen keine passiv erlittenen Defizite, Mangelerscheinungen, Ich-Störungen usw. sind, sondern dass sie umgekehrt **aktiv, wenn auch unbewusst, mobilisierte Abwehr- und Kompensationsmechanismen** darstellen. Psychische Störungen sind also nach dieser meiner, etwas paradox klingenden Auffassung zunächst sozusagen ‚gut gemeinte‘ Reaktionsmuster, die dadurch, dass sie in Bezug auf ihre Abwehrfunktion und ihr Ziel erfolgreich sind, auch beibehalten werden. Die Verdrängung zum Beispiel, der häufigste Abwehrmechanismus, dient zunächst einmal der Reduzierung von Spannung und Angst und wird deswegen bei dem Versuch der Bewältigung von solchen Konstellationen, die innere Spannung erzeugen, mobilisiert und beibehalten.“ (S. 259f. hervorg. und ergänzt, R.H.).

Natürlich werden wir auch andere Persönlichkeitszüge, Wünsche und Bedürfnisse der PatientInnen anerkennen und würdigen, aber wir sollten die aus den individuellen Belastungen, Entwicklungskrisen und -nöten geschaffenen Kompensationen gleichauf mit den vielfältigen Kompromissbildungen, so dysfunktional das alles auch sein mag, vorrangig im Auge behalten.

Therapeutische Haltung – Kreativität für trianguläre Prozessgestaltungen

Für die übertragungsbezogene Behandlung der Depression unterscheidet Küchenhoff (2017, S.91ff.) zwei Beziehungsformen: Eine nennt er „das verlorene Objekt“, z.B. einen verstorbenen Angehörigen, nach dessen Verlust die Symptomatik auftrat. Und die andere, die wir repräsentieren, das „strukturierende Objekt“. Unsere strukturierende Aufgabe bestehe in der Hinführung und Unterstützung bei der Ablösung von dem verlorenen Objekt, wie es im Inneren des Depressiven repräsentiert sei. Analog hierfür werden die in der Entwicklung vom Kind zum Erwachsenen nötigen Ablöschungsschritte und -erfahrungen erwähnt, bei denen – im besten Fall – durch Mithilfe der wichtigen Bezugspersonen innere Strukturen gebildet werden, die vorgängige Abhängigkeiten relativieren.

Beim therapeutischen Fokus auf diese Art der Objektablösung ist bei entwickelter Übertragung mit Konflikten zu rechnen, die sich in der Beziehung zum strukturierenden Objekt abspielen. Übertragen würden die Repräsentationen des in der Realität nicht mehr existierenden innerpsychischen Objekts. Dadurch werden wir TherapeutInnen einerseits zum Objekt, von dem die Ablösung erfolgen soll

³ In diesem Sinne argumentieren auch: Huber, D. u. Klug G. (2011, S. 290)

„gemacht“, und andererseits sollten wir gleichzeitig als strukturierendes Objekt dienen und mit auftretenden Konflikten so umgehen, dass Ablösung auch gelingen und neue Strukturen gebildet werden können. Durch eine solch trianguläre Konstellation kann es gelingen, „einen Erfahrungsraum aufzuspannen, in dem auch schmerzhafte Erfahrungen bedacht und empfunden, schließlich auch verarbeitet werden können.“(S.92).

Unterschiede zwischen und Ähnlichkeiten von typischen depressiven und narzisstischen Beziehungsmustern

Obwohl unsere deskriptiv-diagnostische Klassifikation zwischen beiden Persönlichkeitsausprägungen klar zu unterscheiden vorgibt, überschneiden sich die darin enthaltenen Beziehungswünsche und -erwartungen, die im Laufe des Lebens entwickelt wurden. Neben der ausdrücklichen narzisstischen Verarbeitung des depressiven Grundkonflikts nach Rudolf (2008) lassen noch weitere Modi (altruistisch-überfürsorglich, schizoid, oral-regressiv) narzisstische Regulationsanteile erkennen. Auch werden im dynamisierten Konzept des depressiven Modus nach Mentzos (2009) einige Interaktionsstrategien beschrieben, die neben einem depressiven Schutz zur Stützung des narzisstischen Gleichgewichts beitragen (S.126ff.). Ebenso veranschaulicht sein „Drei-Säulen-Modell“ vielfältige Verflechtungen zwischen den beiden Persönlichkeitsausprägungen.

Die uns bekannten Schemata, die erwartbare Übertragungstendenzen von depressiven und narzisstischen PatientInnen beschreiben (z.B. Kohut 1973, S. 47: Idealisierende Übertragung aus Wiederbelebung idealisierter Elternimages; Spiegelübertragung als Verschmelzungs-, Alter-Ego-bzw. Zwillingübertragung) helfen nur bedingt zur Ermittlung spezifischer Beziehungswünsche in der jeweiligen Situation und an aktuellen Entwicklungsstellen in der Behandlung. Sie wurden in einer Zeit konzipiert, in der man das therapeutische Geschehen noch eher seriell verstand: als eine Aufeinanderfolge von auf den Analytiker übertragenem Material und dessen Reaktion. Heute beschäftigen wir uns aber mit einer Interaktionsdynamik im Sinne von simultanen Austauschvorgängen, in die schon aufseiten des „Empfangens“ auch unsere - ebenso unbewußt gewordenen - Vorerfahrungen, kompensatorisch entwickelten Beziehungskompetenzen, behandlingstechnisches Wissen und Können eingehen. So gesehen stellt sich uns die Aufgabe, aus einem aktuellen Erlebenskonglomerat heraus typische Beziehungsmuster patientenseitig hervorzuheben.

Hierzu mein einleitender Vorschlag zur praktischen Orientierung: Gehen wir doch davon aus, dass jede kompensatorische Anstrengung ein kreativer Versuche ist, um zu einer Stabilisierung des Selbst, der Stärkung der Autonomie und Festigung persönlicher Identität zu gelangen. Und wenn wir dann erfassen können, welche kompensatorische Strategie im Moment der Stunde in den Vordergrund tritt – wobei sich auch implizite Anteile zeigen – stellt sich die Frage, ob aktuell eher der Objekt- oder der Selbstbezug im Vordergrund steht. Überwertige Objektbezüge erkennen wir z.B. an Empfindungen des Stark-in-Anspruch-genommen-Seins, an Klagen und an unterwürfigem Anklammern. Ausgeprägte Selbstbezüge hingegen zeigen sich z.B., wenn aus einer distanzierten, kontaktarmen Haltung heraus bei uns der Eindruck entsteht, eigentlich nicht gebraucht zu werden, nur Zuschauer einer Inszenierung zu sein, und jegliches klärend-kritische Hinterfragen abgeblockt oder übergangen wird. Mit „Empfindungen“ und „Eindruck“ werden hier empathisch-introspektive Vermittlungswege umschrieben, auf denen eher mit dem Auftauchen von impliziten Anteilen zu rechnen wäre.

Eine Vertiefung und Erweiterung dieser Anregung soll in der gemeinsamen Arbeit in den Workshops erfolgen.

Literatur:

- Ermann, M. (2005): *Explizite und implizite psychoanalytische Behandlungspraxis*. Forum Psychoanal 21:3–13
- Huber, D. u. Klug G. (2011): *Psychoanalytische Therapie der Depression*. Psychotherapie 16. Jahrg. Bd. 16, Heft 2 CIP-Medien, München.
- Klauber, J. (1980): *Schwierigkeiten in der analytischen Begegnung*. Frankfurt/M. Suhrkamp
- Kohut, H. (1973): *Narzißmus. Eine Theorie der Behandlung narzißtischer Persönlichkeitsstörungen*. Frankfurt/M. Suhrkamp.
- Küchenhoff, J. (2017): *Depression*. Gießen: Psychosozial-Verlag.
- Lamparter, U. (2014): *Die Wirksamkeit impliziter Beziehungsfaktoren*. Forum Psychoanal. 30:27–39.
- Mentzos, St. (2009): *Lehrbuch der Psychodynamik. Die Funktion der Dysfunktionalität psychischer Störungen*. Göttingen, Vandenhoeck & Ruprecht.
- Stern, D. (2004/2005): *Der Gegenwartsmoment*. Frankfurt/M. Brandes & Apsel
- Warsitz, R.-P. (2003) *Anerkennung und Begehren. Anmerkungen zur Intersubjektivitätstheorie des Subjekts*. Psyche – ZPsychoanal 57, 2003, 289-312.
- Rudolf, G. u. Henningsen, P. Hrsg. (2008⁶): *Psychotherapeutische Medizin und Psychosomatik. Ein einführendes Lehrbuch auf psychodynamischer Grundlage*. Stuttgart: Thieme.
- Rudolf, G. (2003): *Störungsmodelle und Interventionsstrategien in der psychodynamischen Depressionsbehandlung*, Z Psychosom Med Psychother 49, 363-376. Göttingen, Vandenhoeck & Ruprecht.