

Die negative therapeutische Reaktion

Ich beginne die heutige Vorlesung mit drei Zitaten aus Supervisionen der letzten Monate: Beim ersten Fall handelt es sich um eine Studentin, die in systematischer Weise jeden Erfolg zunichte macht und wo auch jeder Fortschritt in der Analyse unmittelbar mit einem vernichtenden Rückschlag bezahlt wird. Die Analytikerin berichtet: “Nur im schlimmsten Schmerz, bei tragischer Verstümmelung und Todesangst, spürt sie, daß die Eltern sie lieben. Es ist ein verselbständigtes masochistisches Muster: ‘Tu mir weh, und ich sehe an den Tränen in Deinen Augen, wie sehr du mich liebst.’ Nichts Gutes darf ich mir leisten. Alles Gute muß zerstört werden.” Kurzum: **Alles Gute = Überstimulation = traumatische Affektüberflutung = sexualisierte Aggression und aggressive Sexualität/Liebe,Nähe** (Dr. A. Jung).

Beim zweiten Fall spricht der Analytiker von der Rechthaberei und Rache in Form des masochistischen Triumphs, die die Analyse immer zu zerstören drohen: sowohl “it is too good to be true” wie: “die Eltern sind selber schuld, wenn sie keine Handschuhe gekauft haben und mir die Hände erfrieren” (Prof. Frommer).

In der dritten Supervision heißt es, seine Mutter sei eine sehr neidische Frau, und so ist nun seine Ehefrau; daher die Arbeitshemmung: Ich darf nicht erfolgreich sein; es könnte beneidet werden. Dasselbe spielt sich in der Behandlung ab (Fr. Dohrn-van Rossum).

Schon in diesen Vignetten zeichnen sich wichtige Gründe für ein besonders schwerwiegendes, aber überaus häufiges Behandlungsproblem ab, doch ein Problem, das überraschend oft nicht angemessen erkannt, bezeichnet und verstanden wird.

Doch nun in medias res.

Die Psychoanalyse versteht unter “negativer therapeutischer Reaktion” (NTR) eine markante Verschlechterung des klinischen Zustandes beim analytischen Patienten, die einer wichtigen Einsicht, anderen Zeichen des Fortschritts während der Behandlung oder dem Ausdruck von Unterstützung und Lob folgt. Es handelt sich dabei also um einen phänomenologischen Begriff, doch einen, für den in der Literatur eine beträchtliche Anzahl von psychodynamischen Gründen namhaft gemacht wurden und werden. Es ist zudem wahrscheinlich, daß die ihr zugrundeliegenden Beobachtungen Freud veranlaßt haben, das Strukturmodell von Es, Ich und Überich einzuführen.

Das Phänomen wird von Freud zum ersten Mal 1918 beschrieben, wenn er sagt, sein Patient, der sog. “Wolfsmann” entwickelte in der analytischen Behandlung eine “passagere ‘negative’ Reaktion”: “Nach jeder einschneidenden Lösung versuchte er für eine kurze Weile, deren Wirkung durch eine Verschlechterung des gelösten Symptoms zu negieren.” In diesem

Zusammenhang versteht Freud, in Analogie zu Kindern, denen ein Verbot auferlegt wird und die noch einmal dem zuwider handeln, die Reaktion als eine Behauptung von Autonomie und Trotz, der dann die Unterwerfung folgt. Damit haben sie erreicht, “daß sie anscheinend freiwillig aufgehört und dem Verbot getrotzt haben” (GW 12, S. 100)/

Fünf Jahre später gibt er indes diesem Phänomen eine stark vertiefte Deutung und prägt nun auch den Begriff der NTR selbst. In der entscheidend wichtigen Arbeit “Das Ich und das Es” (1923) betont er die paradoxe, überraschende und enttäuschende Natur dieses Phänomens: “Es gibt Personen, die sich in der analytischen Arbeit ganz sonderbar benehmen. Wenn man ihnen Hoffnung gibt und ihnen Zufriedenheit mit dem Stand der Behandlung zeigt, scheinen sie unbefriedigt und verschlechtern regelmäßig ihr Befinden. Man hält das anfangs für Trotz” (was Freud ja früher auch getan hat) “und Bemühen, dem Arzt ihre Überlegenheit zu bezeugen. Später kommt man zu einer tieferen und gerechteren Auffassung. Man überzeugt sich nicht nur, daß diese Personen kein Lob und keine Anerkennung vertragen, sondern, daß sie auf die Fortschritte der Kur in verkehrter Weise reagieren. Jede Partiaallösung, die eine Besserung oder zeitweiliges Aussetzen der Symptome zur Folge haben sollte und bei anderen auch hat, ruft bei ihnen eine momentane Verstärkung ihres Leidens hervor, sie verschlimmern sich während der Behandlung, anstatt sich zu bessern. Sie zeigen die sogenannte *negative therapeutische Reaktion*” (GW 13, S. 278).

Sie ist eine Sonderform des Widerstands, die in der Angst vor der Besserung besteht. Sie jedoch als Ausdruck des Trotzes gegen den Analytiker, oder als Fixierung auf den sekundären Krankheitsgewinn oder als “narzißtische Unzugänglichkeit” zu analysieren, fruchtet wenig. Indem er sich nun auf seine neue Begriffsfassung des Überichs stützt, erkennt er als neuen Hauptfaktor, mit dem er die NTR erklärt, ein unbewußtes Schuldgefühl, das die Bestrafung durch Leiden erheischt. Doch sei dieses Schuldgefühl stumm: “Es sagt ihm nicht, daß er schuldig ist, er fühlt sich nicht schuldig, sondern krank” (S. 279), und der Widerstand gegen diese Einsicht sei sehr stark. Ein derartiges unbewußtes Schuldgefühl sei nicht allein auf die eigenen Triebwünsche zurückzuführen, sondern könne sehr wohl auch einem “entlehnten Schuldgefühls” zuzuschreiben sein (ibid., Fn. 1), d.h. den Schuldgefühlen oder einer tatsächlichen Schuld in der Familie (Levy, 1982; Eickhoff 1989, 2004; Hirsch, 1997, Plenker, 2000). Eine alternative Ausdrucksweise des gleichen Problems intensiver unbewußter Schuldgefühle besteht darin, daß es als Kritik und Bestrafung durch einen grausamen inneren Richter, d.h. ein “sadistisches Überich” und als (masochistische) Unterwerfung des Selbst unter diesen inneren Tyrannen gesehen und erlebt wird. Freud deutet diese Grausamkeit des Überichs als Manifestation des Todestriebes, der gegen das eigene Selbst gerichtet werde (S. 283).

Ein Jahr später, in seiner Arbeit “Das ökonomische Problem des Masochismus” (1924), ersetzt er den Begriff des “unbewußten Schuldgefühls” mit dem des “Strafbedürfnisses” und des “moralischen Masochismus” (S. 379, 382); diese aber seien so intensiv wegen der Verdrängung

der ödipalen Wünsche sexueller und mörderischer Natur. Allgemeiner gesagt wäre dann der Sinn der NTR: “Ich kann mir keinen Erfolg erlauben, denn der Erfolg, den ich wirklich erzielen möchte oder erzielt habe, ist die Eroberung des einen Elternteils und die Eliminierung des Rivalen.” In Freuds Worten: “Durch den moralischen Masochismus wird die Moral wieder sexualisiert, der Ödipuskomplex neu belebt, eine Regression von der Moral zum Ödipuskomplex angebahnt” (S. 382). Mit dieser Sinngebung wäre dann die dynamische Bedeutung der NTR dieselbe wie bei den Menschen, die er 1916 als solche vorgestellt hatte, “die am Erfolg scheitern”, doch wird dies nun spezifisch auf die Übertragung angewendet, wie dies später von Sandler (1973, 1980) formuliert wurde: “Bei Leuten, die diese Reaktion zeigen, kann man sich vorstellen, daß für sie die Besserung die Befriedigung eines innerlich verbotenen Wunsches darstelle und daher von ihnen als Bedrohung erlebt werde” (1980, p. 14).

In “Die endliche und die unendliche Analyse” (1937) nimmt schließlich Freud konstitutionelle Faktoren als Ursache für die Intensität der Aggression und damit für die des nun im Überich hausenden Todestriebs an.

Für Karen Horney (1936, wieder gedruckt 2007), wird die Reaktion durch eine gute Deutung stimuliert, die zu verschiedenen, teilweise koexistierenden Beantwortungsformen führt: 1. gegen den Hintergrund starker Rivalität erfolgt ein zwanghaftes Entwerten einer “guten Deutung” und eine Feindseligkeit gegen sie; jeder mögliche Fortschritt würde als Triumph des Analytikers erlebt. Der Affekt ist der des Ressentiments.

2. auf der Basis von grandiosen Ideen und Wünschen für Vollkommenheit und Bewunderung, die selber gegen eine tiefe Angst, als schwach oder als Versager ausgewiesen werden zu können, eingesetzt werden (Narzißmus als Abwehr gegen Schamangst), fühlen sich die Patienten durch jede Deutung, die auf irgend einen Makel hinweisen (was bei den meisten der Fall ist), gedemütigt: der Affekt ist v.a. der der Scham; der Patient sucht sich dadurch zu rächen, daß er den Analytiker klein macht und so zu erniedrigen versucht (Wendung vom Passiven ins Aktive).

3. möglicher Erfolg wird gleichgesetzt mit der Zerschmetterung der Rivalen und ruft die Gefahr hervor, daß man selber zur Vergeltung ebenso zerschmettert würde: das Ergebnis ist sowohl Angst vor dem Erfolg wie Angst vor der Niederlage (ein Scham-Schuld-Dilemma). “NTR ist eine Sonderform der Angst vor dem Erfolg” (p. 36); der vorherrschende Affekt scheint der Neid zu sein.

4. Die Interpretation wird als eine ungerechte Anklage erlebt; sie löst deshalb unbewußte Schuld und das Bedürfnis aus, den Analytiker als im Fehler und als schädigend hinzustellen.

Endlich wird 5. die Deutung auf Grund eines starken Liebesbedürfnisses infolge massiv ängstigender Kindheitsbedingungen als lieblos und als Abweisung erlebt. Es kommt zu einem ständigen Oszillieren zwischen Rivalität und Liebeshunger. Eine gute Deutung beinhaltet für den Patienten eine “akute Frustration des exzessiven Bedürfnisses nach Zuwendung” (p. 40). Dieses

übersteigerte Zuwendungsverlangen wird von Horney auf die doppelte Angst vor seiner eigenen Feindseligkeit und der vor der Vergeltung von außen zurückgeführt. Bestätigung könnte allein von unbedingter Liebe kommen. Der Grundaffekt in dieser Form scheint die Eifersucht zu sein. Sie faßt ihre Ergebnisse damit zusammen, daß sie die NTR von den beiden Strömungen starker Feindseligkeit gegen den Analytiker und von Angst vor Erfolg ableitet. Sie stimmt Freud bei, daß diese Reaktion bei jeder schweren Neurose vorkommt, fügt aber die Worte “in unserer Kultur” hinzu. Technisch tritt sie sehr für eine Betonung dessen ein, was heute die Analyse des Hier und Jetzt in der Übertragung genannt wird, und für ein Zurücktreten der Kindheitsrekonstruktionen (p. 41).

Es wird schon in Horney's Analyse ersichtlich, wie wichtig Schamkonflikte in der Genese der NTR sind — ein Faktor, der viel prominenter in modernen Arbeiten geworden ist (s.u.).

Im späteren Verlauf der Entwicklung verschiebt sich der Brennpunkt bei Melanie Klein und ihrer Schule auf den Neid und die Abwehrvorgänge dagegen als Hauptmotiv für die NTR (Klein, 1957, S. 185), oder zusätzlich auf die narzißtische Abwehr gegen einen unbewußten depressiven Zustand oder die depressive Position (Rivière, 1936; Rosenfeld, 1975). Rivière's Erklärung der NTR mit der depressiven Position veranlaßt sie auch, die Rolle der unbewußten Liebe für die Objekte zu betonen: man verdiene keine Hilfe, solange man nicht den Liebesobjekten gerecht geworden sei (Plenker, 2000, S. 636).

Klein “weist darauf hin, daß der Verzicht auf den Erfolg eine Abwehr gegen die Schuld, daß man das gute Objekt aus Neid angegriffen habe, sei und daß er [dieser Verzicht, d.h. die NTR] auch davon abhängt, daß der Patient unfähig sei, eine gute Deutung dankbar anzunehmen” (Maldonado, 1989, S. 332). Nach Rosenfeld (1975) ist es die “allmächtige innere Struktur, die mit Neid befrachtet” sei, die in der NTR den abhängigen Teil des Selbst angreife: “Der Angriff auf das abhängige Selbst dient dazu, den wahnhaften Besitz der Brust durch die narzißtische Struktur zu verstärken und damit alles Bedürfnis und allen Neid zu verleugnen” (Maldonado, l.c.).

Stanley Olinick (1964) greift die Haltung des analen Trotzes und damit des Negativismus wieder auf, die Freud in seinen Bemerkungen über den Wolfsmann erwähnt hat und rückt die Angst vor der Regression auf das, was Anna Freud die “primäre Identifikation mit dem Liebesobjekt” genannt hat: “Diese wird als Verlust des Intaktseins des Selbst oder als Vernichtung des Selbst gefürchtet und durch Negativismus abgewehrt... diese befürchtete Hilflosigkeit und emotionelle Selbstaufgabe gehört zur *ambivalenten Identifikation mit einem depressiven, prä-ödipalen mütterlichen Liebesobjekt*” (S. 545, kursiv vom Autor). Er faßt zusammen: “Ich möchte nun diese Reaktion als eine depressive, sadomasochistische Wut umschreiben, die auf die andere Person projiziert und in ihr induziert wird, in einem verzweifelten Versuch, die Erwartung von innerem Verlust und hilfloser Regression abzuwehren. Negativismus ist die Verknüpfung zwischen den verschiedenen Teilen des Bildes, der gemeinsame Nenner der verschiedenen Elemente” (S. 546). In

pointierter Weise macht er die Gegenüberstellung: “Sadomasochismus ‘projiziert’ Depression, und Negativismus ‘verwirft’ Depression” (“Sadomasochism ‘projects’ depression, and negativism ‘rejects’ depression”; *ibid.*). Doch scheint die hauptsächlichliche therapeutische Aufgabe in der “Analyse der ‘primären Identifikation’ mit der depressiven, prä-ödipalen Mutter” zu liegen (S. 547). In seinem Panel-Bericht von 1970 definiert er die NTR als “eine akute, wiederholte, negativistische emotionelle Krise in einer sadomasochistischen Person, die zur Depression neigt; sie stellt eine Kategorie des Überichwiderstands dar... Negativismus als Teil der NTR wehrt den Selbstverlust ab, der zur ambivalenten Beziehung mit einem depressiven, präödipalen mütterlichen Liebesobjekt gehört” (pp. 666/667).

“Die meisten Kleinianischen Analytiker neigten dazu, sich auf die Deutung des Neides auf Seiten des Patienten als hauptsächlichem Mittel zu stützen und dem zerstörerischen Angriff des Patienten auf den Analytiker und seine Arbeit entgegen zu wirken, während die Mehrzahl der Analytiker, besonders bei denen aus Nordamerika, dazu neigten, sich auf Freuds Begriff von unbewußter Schuld und Masochismus zu verlassen,” sagt Limentani (1981, S. 381). Er sieht seinerseits die Genese der NTR in einer Abwehr gegen unerträglichen Schmerz infolge von Trauma, namentlich bei schwerer früher Trennung: “Der Schmerz dabei ist sehr qualvoll und bleibt genügend klar in Erinnerung, so daß er um jeden Preis vermieden werden muß, aber die Erinnerung an den Anlass, auf den er sich bezieht, ist oft weder zugänglich noch auffindbar (wie in den meisten Fällen früher Trennung von der Mutter, gestörter Stillung usw.)” (S. 388). Die NTR ist “eine besonders hartnäckige Form der Abwehr gegen ein Wiedererleben von Schmerz und seelischem Leiden, das mit frühem Trauma verbunden ist” (S. 389), eine Abwehr, die sich gegen jedes Zeichen von Unabhängigkeit richtet. Konkret bedeutet das: “Jeder Schritt zur Einsicht hin bedeutete für ihn dasselbe wie die Erlaubnis aufzuwachsen, und dies vermochte er nicht anzunehmen” (S. 386).

Diese zentrale Rolle der Trennungsangst in der Genese der NTR wird auch von Maldonado (1989) (und später von Hirsch, 2001) hervorgehoben. Trennung führt zu “Gefühlen vereinnahmender Eifersucht und des Neides dem Objekt gegenüber”, jetzt natürlich hauptsächlich gegen den Analytiker gerichtet, und zu einem Rachebedürfnis (Maldonado, 1989, S. 335). Es ist wiederum, was Freud bereits 1918 beobachtete: die Rolle des Trotzes gegen den Analytiker.

Grunert (1979) spricht über den Trotz als Abwehr gegen die Hingabe- und Verschmelzungswünsche des Patienten (S. 16). Sie sieht das Gekränktheitsein wegen der verletzten Hingabewünsche und das Schutzsuchen in der Autonomie als wesentlichen Motivfaktor in dem, was in der NTR als Trotz erscheint — der “Wunsch, sich vor narzißtischer Kränkung zu schützen” (*ibid.*). Sie betrachtet die NTR als “Ausdruck einer Störung im Loslösungs- und Individuationsprozeß” (S. 1) und warnt sehr gegen eine vorzeitige Deutung der Aggressionen, die sie als einen Kunstfehler verurteilt: “Sie würde die Entwicklung des Vertrauens in das eigene Selbst wie in das Objekt stören, eines Vertrauens, das allein zum Durcharbeiten des

Ablösungsprozesses in der Übertragung befähigt” (p. 26). In ähnlicher Weise meint Milton H. Horowitz (im Panelbericht von Olinick, 1970), “daß die wiederholte Betonung der Aggression des Patienten oft den Ausdruck von Aggression verstärkte” und so zu einer selbstbestätigenden Prophetie werde (S. 661).

Ebenso findet Renik: “Trotz der üblichen Hervorhebung der Rolle der Aggression habe ich den Eindruck gewonnen, daß die Konzeptualisierung der NTR vorwiegend in Begriffen von Tribschicksalen der Aggression nur selten den Weg zu Gelegenheiten produktiver analytischer Arbeit eröffnet... Was als Manifestationen destruktiver Aggression in negativen therapeutischen Reaktionen erscheint, kann oft besser als Ausdrucksformen, die im Dienste libidinöser und Abwehrzwecke stehen, verstanden werden, besonders um das Bild eines liebenswerten und liebenden Objektes aufrecht zu halten” (1991, S. 101, 103). In Bezug auf den von Renik geschilderten Fall heißt es: “Seine NTR war nur eine in einer langen Reihe von Bemühungen, sich selbst gegen die verleugneten beängstigenden Wahrnehmungen seiner Mutter zu versichern, die nun auf den Analytiker übertragen wurden ... Er schuf sich das Bild, das er am meisten fürchtete, doch in einer Form, der er unbewußt widersprechen und die er widerlegen konnte... Er zählte auf mich, daß ich eine Wirklichkeit wohlwollender Zuverlässigkeit beibehalte, die seinen Klagen zuwider lief,” Klagen nämlich, daß sein Analytiker so kalt und abweisend wie seine Mutter sei (pp. 94, 97).

Im Gegensatz zum eben Gesagten betont Kernberg (1975) die Bedeutung des masochistischen Triumphs (und damit eben die Zentralität der Aggression); er spricht vom “Bedürfnis, sich selber zu vernichten (defeat) als notwendiger Preis, der bezahlt werden muß, um eine unbewußt gehaßte und beneidete Gestalt zur Niederlage zu bringen”: “Selbsterstörung dient hier dem Zweck, über das beneidete Objekt zu triumphieren. Die schwereren Fälle von NTR sind mit einem solchen ‘Triumph’ über andere verknüpft, in dem Fall spezifisch über den Therapeuten und seine lebensbegründenden Bestrebungen” (S. 126). Im Gegensatz zu den von Freud beobachteten Fällen, bei denen die hauptsächliche Ursache in unbewußten Schuldgefühlen zu suchen sei, gebe es Patienten mit schwerer Psychopathologie, die narzißtische Persönlichkeitsstrukturen aufweisen und “deren unbewußtes Bedürfnis, den Therapeuten zum Versagen zu bringen, sich auf oralen Neid und rachsüchtige Zerstörung potentieller äußerer Quellen von Liebe und Befriedigung zurückführen läßt” (ibid.).

Manche Autoren halten sich an die Hypothese von dem Überwiegen von Selbsterstörung, Todestrieb oder Thanatos als Ursprung der NTR, das wahrscheinlich Teil der angeborenen Mitgift sei, während gegenwärtige Autoren das Vorherrschen der selbstgerichteten Destruktivität eher durch frühe traumatische Erfahrungen erklären (Renik, 1991, S. 100).

Wir treffen auch manche Ansichten an, die den Begriff und wohl auch das Phänomen selbst fehlerhafter Haltung und Technik auf Seiten des Analytikers zuschreiben (Rivière, 1936, Plenker, 2000), wie Deutungen, die Konflikte von der Triebseite statt von der Abwehr her angehen (Fenichel,

1945), dem Mangel an Einfühlung (Mayr, 2001; Anna Ornstein, die die Nützlichkeit des Begriffes überhaupt in Zweifel zieht, 2007; ebenso Lichtenberg, pers. Mittlg), und besonders einem zu starken Interesse am Behandeln statt an der leidenschaftslosen Suche nach Verstehen, der Priorität des Heilens statt der Priorität von Wahrheit (Schubart, 1989), namentlich auch statt der Einsicht in die Sexualität. In den Worten von Pontalis: “Ich möchte vorschlagen, daß die NTR sich nirgends derart manifestiert wie in den Subjekten, bei denen der ‘therapeutische’ Aspekt des Unternehmens — Pflege, Behandlung und Heilung — hervorrage, mit dem Ergebnis einer massiven Verdrängung von Sexualität. Letztendlich bitten uns vielleicht diese Subjekte darum, sie von der *Sexualität zu heilen*, von einer unerziehbaren, unheilbaren Ssexualität, die für sie, wie bei den Perversionen, befrachtet ist mit Haß, Neid und Gewalt. Statt sich an der Verrücktheit von Eros zu messen, wählen sie die verlustgeweihte Sache eines Kampfes mit Thanatos” (1980, S. 28).

Schubart (1989) erblickt sogar im Konzept der NTR mit seinem Mitschwingen von Urteilen (“negativ”) Ausdruck von Freuds eigener Ambivalenz zwischen dem Interesse an Einsicht und einer therapeutischen Zielsetzung (S. 1073). Das Vorherrschen von “Wünschen zu heilen statt Sinn und Bedeutung zu erforschen” oder sogar von “Versuchen, den Patienten zu erziehen” drücken die Gegenübertragung aus, nämlich, “daß er mit dem Patienten die Phantasie teilt und für Realität hält, daß Gier, Neid und Mißgunst und Zerstörungswünsche *tatsächlich* etwas zerstören,” nämlich sowohl die Analyse selbst wie auch sein eigenes Selbstwertgefühl als Analytiker (S. 1085). Als Reaktionsbildung ergeht er sich im therapeutischen Eifer oder, wie Freud, im “Triumph der militärischen Metapher: ‘als ob der Sieg wirklich meist bei den stärkeren Bataillonen wäre’” (S. 1072, Zitat von Pontalis).

Einige Autoren kritisieren die Überdehnung des Begriffes, wie es Sandler im Hinblick auf Rivières Darstellung sagt: sie setze ihn zunächst mehr oder weniger mit “Nichtbesserwerden” gleich und zeige hernach, daß dieses “Nichtbesserwerden” ein unvermeidliches indirektes Resultat einer Vielzahl von Widerständen sei, nicht nur von solchen, die einem unbewußten Schuldgefühl entstammen (1980, S. 15). NTR sei weit spezifischer und könne nicht einfach als synonym mit Widerstand gegen Besserung und negativistischer Haltung gesetzt werden. In ähnlicher Weise gibt Pontalis (1980) zu bedenken, daß “sich heutzutage der Begriff in seinem spezifischen Sinn verflüchtigt habe. Nachdem man ihn überall zu erkennen glaubte, läßt er sich jetzt nirgendwo mehr lokalisieren” (p. 24). Ähnliche Kritik äußern Maldonado (1989), Klug (2000) und Maguire (1990). Der letztgenannte unterscheidet “drei klar begrenzbare Kategorien von negativer Reaktion, die sich bei Analyse und analytischer Therapie einstellen: 1. Widerstand, ein integrales Element des therapeutischen Prozesses, der selbst in seinen schwersten Formen mit der Zeit deutender Intervention stattgeben kann; 2. die NTR, ein paradoxes Phänomen, das nicht selten mit der befürchteten Entwicklung der Übertragungsneurose verbunden ist, ein Phänomen, das aus dem Behandlungsprozeß erstet, doch sich rasch diesem Prozeß entfremdet und ihn unterwühlt; und 3.

der therapeutische Stillstand, eine Art negativer Reaktion, die sowohl vom Widerstand wie von der NTR [im eigentlichen Sinne] zu unterscheiden ist” (1990, S. 63), eine Spezifität, die Maldonado als die “kontrastierende Besserung-Verschlechterungs-Beziehung” und “die paradoxe Natur der Reaktion (response) [des Patienten] und die sich daraus ergebende Wirkung der Überraschung auf die Gegenübertragung” kennzeichnet (1989, S. 327). Maguire ist sogar noch spezifischer: “Ich stimme Freuds beschreibenden Einschränkungen der NTR bei, die sich einzig auf eine spezifische und implizit zeitlich begrenzte Antwort auf Deutung bezieht; umgekehrt meine ich mit einer negativen Haltungsreaktion gegenüber dem analytischen Vorgehen ein Zustand des Stillstands, besonders wenn eine solche Reaktion eine anhaltende Störung des analytischen Prozesses bedeutet, die das Ergebnis beeinflusst und über eine ungünstige Antwort auf eine Deutung oder auf Deutungen, die mit einem besonderen Konflikt zu tun haben, hinausgehen” (1990, S. 65).

Neulich werden verstärkt die interaktionellen oder relationalen Aspekte dieser Reaktion gewürdigt. So meint Pontalis (1980, S. 23) im Hinblick allgemeiner auf Widerstand: “Zu sagen ‘Er befindet sich im Widerstand’ oder ‘Ich befinde mich im Widerstand’ ist identisch. Man entleert [bei der Widerstandsdeutung diese] in Richtung eines Subjekts das, was [wesentlich] die Wirkung eines Prozesses ist, an dem sowohl der Analytiker und *sein* Patient, wie der Patient und *sein* Analytiker Subjekt sind — um nicht zu sagen: daß sie dem unterworfen (subjected) sind.” Für Bergmann-Mausfeld (2006) ist die NTR eine “pathologische Passung”, die sich “als eine zweckmäßige Reaktion auf pathogene Beziehungserfahrungen in der Zeit absoluter Abhängigkeit, als Anpassung an das pathogene Objekt zur Erhaltung der überlebensnotwendigen Beziehung auffassen” läßt. “Durch intensiviert frühe, unerfüllt gebliebene Bedürfnisse wird eine ersehnte passende Reaktion zu etwas ‘Unpassendem’, das die Identität des Patienten von Grund auf infrage zu stellen droht und zu sehr belastenden Gegenübertragungsgefühlen führen kann” (S. 251). Zu dem von ihr geschilderten Fall heißt es: “Sie war in der Begegnung mit der ‘lebendigen’ Analytikerin mit einem als überwältigend erlebten ‘Zuviel’ in Kontakt gekommen, das an ihre früheste, unbefriedigt gebliebenen und daher hoch angstbesetzten Bedürfnisse rührte, an das Bedürfnis nach emotional lebendiger Interaktion, in der sie sich in ihrer Lebendigkeit global gehalten und beantwortet hätte erleben können” (S. 265). Mathias Hirsch (2001) versteht es so, “daß das therapeutische Objekt durch negative Übertragung und projektive Identifikation zu einem feindlichen wird, weil es zu sehr die Loslösung vom destruktiven verinnerlichten Objekt fordert” (S. 50). Für ihn ist daher der entscheidende Faktor bei der NTR die Trennung vom destruktiven Introjekt.

Shelley Orgel (2007) fügt eine sehr wertvolle Perspektive hinzu, die schon in früheren Arbeiten in etwas anderem Zusammenhang aufgeleuchtet ist, nämlich bei Arlow (1984), Schmithüsen (2004) and Chodorow (2003): der Wunsch, die Bewegung der Zeit aufzuhalten und zu verleugnen, und damit Veränderung, Fortschritt, Altwerden und natürlich die Bewegung der letzten Trennung, dem Tod, entgegen, ungültig zu machen. Orgel schreibt: “Was als NTR bezeichnet wurde, drückt daher

einen Widerstand (eine Abwehr) gegen die zwingenden (imperativen) Kosten der erwünschten Analysenziele selbst aus. Leben bekommt gerade dadurch Sinn, daß wir der Notwendigkeit von Trennung begegnen, einschließlich bei Erwachsenen den Realitäten von Altwerden und Tod. Ein Zweck der NTR ist bei einigen Patienten, mit denen ich gearbeitet habe, die Zeit aufzuhalten, die Illusion ewiger Jugend zu behalten, sich zu weigern, erwachsen zu werden.“ Obzwar intensiviert, ist dies Ausdruck “eines unvermeidlichen, universellen Widerstandes gegen Änderung” und von Versuchen, das, was ist, festzuhalten, während Deutung unausweichlich Verlust und Getrenntsein bedeutet.

Ein zweiter Aspekt, den Orgel beleuchtet, betrifft die Gleichsetzung von Einsicht (oder Deutung) mit Penetration: “Interpretation ist für sie eine invasive Handlung, zudem eine, die oft in der Phantasie erotisiert erscheint.” Das Ergebnis ist eine Kompromissbildung zwischen der Verteidigung der Grenzen und den Verschmelzungswünschen: “Insofern Analysanden Deutungen als Instrumente der phallischen Macht des Analytikers erleben, wird deren Übernahme und Absorption gefährlich erregend, empörend, erschreckend und schuldbeladen ...”

Wie schon bemerkt wird zunehmende Aufmerksamkeit der Bedeutsamkeit der Scham in der NRT gezollt, beginnend mit der Rolle der “geborgten Scham” neben der “entlehnten Schuld” (Eickhoff, 1989, 2004) und der häufigen Bezugnahme auf “narzißtische Verletzung” oder Kränkung (Horney, 1936, Kohut, 1971, Rosenfeld, 1975, Rothstein, 1984, Renik, 1991). Bei Patienten mit einer Kindheitsgeschichte von massiver und wiederholter Traumatisierung ragt das Gefühl der Scham hervor. Kohut bezieht sich auf “Situationen, in denen die legitimen Ansprüche des Kindes auf billigende Aufmerksamkeit von Seiten der Erwachsenen nicht beantwortet wurden, sondern wo das Kind im Gegenteil gerade dann herabgesetzt und ausgelacht wurde, wenn es am meisten sich stolz hinstellen und zeigen wollte” (1971, S. 232). Er spricht von traumatischen Zuständen, “die typisch in den mittleren oder sogar Spätphasen der Analyse narzißtischer Persönlichkeiten auftreten, paradoxerweise oft in Beantwortung richtiger und empathisch gegebener Interpretationen, die den analytischen Fortschritt erleichtern sollten und dies auch auf lange Sicht hin tun” (ibid.). Diese NTR mit Schuldgefühlen zu begründen sei gewöhnlich nicht richtig: “Ihre vorherrschende Tendenz ist vielmehr die, von Scham überwältigt zu werden, d.h. sie reagieren auf das Durchbrechen der archaischen Aspekte des grandiosen Selbst, namentlich von dessen nicht neutralisiertem Exhibitionismus” (ibid.).

Wie ich früher (2000, 2007) ausgeführt und gestern beschrieben habe, bezieht sich traumatogene Scham auf die Intensität der Gefühle überhaupt, die große Angst, sie überhaupt auszudrücken und die Angst vor dem inneren und äußeren Kontrollverlust: Gefühlen von Bedürftigkeit, von Sehnsucht, von Zärtlichkeit, von Getroffenheit und Betroffenheit, von Angst usw. Die Angst vor den Gefühlen bedeutet insbesondere ein Sichschämen für deren überflutenden Charakter, für deren Zuviel angesichts des Neins der Anderen. Ein Aspekt der Übertragung, besonders der negativen

therapeutischen Reaktion, besteht gerade im Versuch, im Analytiker oder Therapeuten eine Gegenübertragungsreaktion von Distanzierung und ärgerlicher, zynischer oder sarkastischer Zurückweisung zu provozieren. Das Ziel dabei ist aber nicht die Abweisung selbst, sondern daß eine solche unberührbare Gestalt berührt, eine solche verachtende, ja mörderische Elternfigur zur Annahme und Verzeihung genötigt und geheilt werde, damit jene Scham für die zu starken Gefühle ausgelöscht werde. Dies aber verursacht eine fast unheilbare masochistische Hörigkeit und erneute und vertiefte Überzeugung der eigenen Schande.

Jede Form der Erregung wird, im Sinne der Affektüberflutung, d.h. der Affektregression, zur Übererregung (overexcitement, overstimulation), und diese führt unausweichlich zum Absturz, zur schmerzlichsten Enttäuschung. Dieser traumatische, passiv erlittene Ablauf wird stets von neuem jetzt aktiv herbeigeführt, indem jede Freude, jede Befriedigung, jede Erwartung, alles Erleben von Gutem abgebrochen und ins Negative, ins Schlechte gewendet werden muß. Dabei scheint die Scham über die übermächtige Erregung wichtiger zu sein als die unbewußte Schuld: "Es ist zu gefährlich, Freude und Lust zu empfinden; sie werden mir ja sowieso plötzlich entzogen, oder die Erregung wird unerträglich intensiv und völlig unerfüllbar." So wird das Überich zum Verwalter der Lustverhütung. Die negative therapeutische Reaktion ist ein ganz besonders wichtiges Ergebnis solcher Verhütung gefährlicher Erregung und damit der Scham (Jarass und Wurmser, 2007).

Charakteristischerweise inszeniert die NTR in Übertragung und Gegenübertragung das, was ich den "symbiotischen Zirkel" und eine fatale Form des "Scham-Schuld-Dilemmas" nenne: "Jede Getrenntheit wird, subjektiv und gewöhnlich auch genetisch akkurat, d.h. als Familienrealität, so erlebt, als wäre sie etwas Vernichtendes, Mörderisches. Den anderen zu verlassen bedeutet, ihn zu verwunden, wenn nicht zu töten. Ebenso ist Verlassenwerden unerträglichem Schmerz oder dem Tode gleich. So läßt man mit jedem Schritt der Unabhängigkeit große Schuld auf sich; jede Eigenwilligkeit, ja jeder Erfolg wird als Vermessenheit geahndet, zuerst äußerlich, dann innerlich. Der Trotz wird zur Todsünde gestempelt. Diese Trennungsschuld ist das eine. Begibt man sich indes dieses Wagnisses und unterwirft man sich dem bindenden anderen, verliert man das eigene Selbst, seine Würde, seine Identität. Die Opferung des eigenen Selbst in der Absicht, eine menschliche Beziehung zu erhalten, wird mit Verachtung erlebt. Das Opferselbst, das passive, abhängige Selbst wird mit Ekel, mit tiefer Scham angesehen. Diese Abhängigkeitsscham muß früher oder später zu offener oder verhaltener Wut und zum Trotz führen, und damit schließt sich der Zirkel."

Es scheint, daß diese über viele Jahren analytischer Erfahrung entwickelten Ansichten zur NTR sich weitgehend gegenseitig ergänzen (Danielian & Lister, 1988) und verschiedene Ebenen oder Grundmotivationen dieses Phänomens betreffen. Es ist aber ganz besonders wichtig, diesen Begriff nicht zu überdehnen. Pontalis kennzeichnet die Aufgabe des Analytikers angesichts einer NTR treffend: "Wenn wir die Chance nicht einbüßen wollen, mit unserem Patienten die trockene,

unfruchtbare Wüste (sie ist es, wie ihm sein Innenraum erscheint, wenn er ihn zu beschützen versucht) zu durchqueren, scheint es mir, daß wir voll die *Legitimität* seiner negativen Reaktion anerkennen müssen, d.h. wir müssen annehmen, hungrig gelassen und geblendet zu werden” (S. 30).

*

Ich möchte hier ein Postskript anfügen: Von mehreren Kollegen habe ich Rückmeldungen sowohl zum Thema der NTR wie zu meiner Zusammenfassung erhalten, die den Begriff selber abschaffen möchten.

So schreibt Herr Prof. Frommer: “Ich selbst wäre wahrscheinlich noch einen Schritt weiter gegangen und hätte auch der Frage größeren Raum gewidmet, dass die NTR ja genau genommen kein psychologisches (intrapersonelles) Phänomen bezeichnet, sondern ein kommunikatives (interpersonelles), und damit auch die Person des Gegenübers (des Analytikers) Teil des Phänomens ist. Vor allem ist es dazuhin auch noch ein wertender Begriff ("negativ"), setzt also ein Weltbild, eine normative Ordnung voraus, die festlegt, was negativ und was positiv ist. ...es ist ja ziemlich naheliegend, dass in dieser Betrachtungsweise dann auch Potenzial steckt, das die Psychoanalyse (oder das was manche Psychoanalytiker als klinisch-psychoanalytische Praxis verstehen) in ein kritisches Licht rückt: Ich meine all jene Situationen, in denen der Psychoanalytiker, geblendet durch seine Autorität und Deutungsmacht, den Patienten schlichtweg missversteht, und der Patient eigentlich etwas ganz anderes will, als das, was der Analytiker als Fortschritt empfindet.

Der andere Aspekt der Interpersonalität sind die vom Analytiker selbst (meist unbemerkt) in die Beziehung eingebrachten und den Fortschritt störenden "negativen" Verhaltensweisen, die sich häufig dann nachweisen lassen (z. B. die Arbeiten von Lorna Smith-Benjamin), wenn der Patient den Fortschritt verweigert und/oder den Therapeuten attackiert. Offensichtlich zahlen wir unseren Patienten dann sehr viel mehr (subtil aggressiv) heim, als uns bewusst ist.”

Etwas Ähnliches wurde auch von Schubart aufgeworfen (s.o.). Mir wird es dabei sehr bewußt, wie mit diesem Begriff sowohl ein Urteil und eine Verurteilung wie ein autoritäres Besserwissen impliziert sein kann: “Ich habe mit meiner Intervention Recht, und der Patient ist ein armer Sünder, da er damit nichts anfangen kann, sondern diese im Gegenteil noch durch sein Schlechterwerden verhunzt und mich ohnmächtig macht. Also zahle ich es ihm heim, indem ich ihn für diese Negativität haftbar mache.” Das mag in der Tat in solchen Situationen mitspielen. Aber ich glaube nicht, daß es der echten Aporie in manchen besonders schwierigen Behandlungen wirklich gerecht wird.

Dr. Evelyn Schwaber schreibt als Kommentar zu meinen bisherigen Ausführungen folgendes: “Ich habe Schwierigkeiten mit dem, was dieser Begriff implizit meint. Er setzt eine grundlegende Richtigkeit der Deutung voraus, der, aus einer Reihe von Gründen, Widerstand geleistet wird, selbst wenn es vielleicht besser gewesen wäre, daß ein anderer Zeitpunkt oder die Formulierung sorgfältiger gewählt worden wäre. Auf diese Weise drückt dieser Begriff eine Zuhörensweise aus, wo die Antwort des Patienten notwendigerweise der Abwehr gegen eine durch den Analytiker

vermittelte Wahrheit dient (so fragwürdig diese auch sein mag). Dies bezeugt, in meiner Sicht, eine grundlegende Sichtweise, eine Perspektive, in der die Analytikerin oder der Analytiker ihre oder seine Technik verfeinern oder neu bedenken soll, um so dem Patienten zu helfen, das zu sehen oder besser anzunehmen, was der Analytiker schon sieht — d.h. der Analytiker als Führer (guide), statt als jemand, der etwas bis jetzt nicht Erkanntes [kennen] zu lernen hat. Ich habe gefunden, daß im klinischen Beispiel, wenn ich endlich erkannt habe, was es ist, womit der Patient ringt oder was er zu vermitteln versucht, *die therapeutische Aktion greift*. Widerstand gegen meine Interventionen findet also aus durchaus legitimen Gründen statt: etwas im Erleben des Patienten, das von mir erst entdeckt werden soll, etwas, das vielleicht wegen meines eigenen Widerstands ein starkes Ringen meinerseits auslösen kann. ‘Wenn Sie die Art und Weise, wie mein Geist (mind) arbeitet, verstehen,’ sagte mir ein Patient, ‘ohne zu sagen, daß er anders arbeiten sollte, erlaubt mir dies, mehr davon zu erfahren, wie mein Geist wirklich arbeitet, und mehr zu erinnern.’ ‘Es zu erfassen,’ ‘ohne zu sagen, es sollte anders arbeiten,’ — d.h. ohne zu fühlen oder zu glauben, es sollte anders arbeiten, gleich wie schwierig dies ist für uns, wird in meiner Erfahrung nicht zu einer ‘NTR ‘ führen und grundlegend ihre Implikation verändern, wenn nicht überhaupt sie aus unserem Lexikon beseitigen.’”

Meines Erachtens ist die NTR ein sehr häufiges **Phänomen**, aber keine **Erklärung**. Womit Dr. Schwaber antwortet, ist, so faßte ich es zuerst auf, eine Alternativerklärung gegenüber denen, die andere Autoren gegeben haben, eine, die ich eminent plausibel finde und ähnlich der ist, die von manchen Autoren, namentlich Anna Ornstein und auch Pontalis gegeben wurde, aber auch von der nicht so weit entfernt ist, die Fenichel vorgeschlagen hat (wenn man begreift, daß die “Abwehr” des Patienten bedeutet, daß der Analytiker etwas nicht verstanden und zumindest ungenau, wenn nicht falsch gedeutet hat).

Zu Recht entgegnet sie darauf, daß sie damit aber mehr als nur eine Alternativerklärung meine, sondern eine andere Weise des Zuhörens, wo man nicht eine theoretische Auffassung dem Patienten überstülpe. Ebenfalls fühle ich mich vollständig im Einklang damit, wenn sie fragt, wie wir unsere eigenen unausgesprochenen Präferenzen und unsichtbaren Voreingenommenheiten entdecken, ohne dann uns durch theoriebasierte Rationalisierungen zu schützen, von der Art: “Der Patient hat diese Gefühle in mich gesetzt.” “Der Patient wird durch eine unbewußte Phantasie beherrscht” (2005, S. 790) Auch scheint es mir sinnvoll, was sie in dieser Arbeit schreibt: “Es besteht ein fundamentaler Unterschied darin, ob wir beim Zuhören versuchen, den Patienten in sokratischer Weise zu führen, um ihn in eine Richtung zu führen, die wir vorziehen, oder ihn erkennen zu lassen, was wir bereits zu erkennen glauben — oder aber (im Gegenteil), ob wir zuhören, um herauszufinden, was wir noch nicht wissen, um uns bei einer Nüance aufzuhalten, die nicht zu unserer Denkrichtung (course) paßt, etwas, das uns sogar zeigen könnte, daß wir nicht wirklich in einer solchen offen Weise zuhörten, obgleich wir dem Lippendienst leisten” (S. 791).

Wir sollen zuhören, um zu lernen, um herauszufinden. Sie zitiert Milan Kundera: “Die Welt überziehen es die Leute vor, zu urteilen, statt zu verstehen, zu antworten, statt zu fragen” (ibid.).

Ich begegne dem Phänomen, das wir als NTR umschreiben, sehr häufig, sowohl bei meinen eigenen Patienten wie bei denen, von denen ich in der Supervision höre, und oft in fast unbehandelbar scheinenden Formen. Manchmal ist Dr. Schwabers Sichtweise sehr zutreffend; andere Male verändert selbst das beste Verstehen bei sehr schweren Neurosen diese Reaktion nicht — eine fast unaufhebbare Entschlossenheit, das Beste, das man ist, bekommt, will und hat, zu zerstören. Von weniger schweren Fällen kenne ich, was Dr. Schwaber beschreibt, sehr wohl. Je besser, wirksamer und erfahrener wir werden, desto weniger wahrscheinlich ist es, daß wir dieses Phänomen antreffen. Der Fall, der in unserem Band zum Thema Eifersucht und Neid in Kapitel 5 beschrieben wird (Wurmser & Jarass, 2007), ist ein gutes Beispiel für diese letztere Situation. Bei dieser Patientin war es die reale, solide Beziehung zur Therapeutin über viele Jahre hin, die es allmählich möglich machte, daß das Vertrauen wuchs und die NTR abnahm; doch selbst jetzt, nach 15 Jahren, tritt sie zuweilen ein. Einsicht ist das eine; ein tiefer Sinn für den Dialog im Buberschen Verstehen, die reale Beziehung, ist dabei das Andere. Beide gehören sie zusammen, damit dieses Phänomen weniger eintritt.

Ist es nicht vielleicht so, daß der Begriff der NTR eine Objektivierung des Patienten darstellt, und daß Fr. Schwaber viel stärker auf das Du des Patienten und die tiefe Legitimation solcher Reaktionen eingeht, einer Legitimiertheit wegen der ungenügenden Empathie des Analytikers. Der Begriff der NTR entstammt sehr wohl der Denkwelt des Ich-Es, das “Zuhören” und das Verfehlen des Verstehens und damit der Begegnung bei solchen Reaktionen, wie es Fr. Schwaber einleuchtend beschreibt, bezieht sich auf die Welt des Ich-Du. In meiner Sicht ergänzen sich beide Erlebenswelten, und beide Erklärungsarten bedürfen einander, wenn man nicht einer Übersimplifizierung anheim fallen will.

Bibliography

- Arlow, J. A. (1984): “Disturbances of the Sense of Time, with Special Reference to the Experience of Timelessness.” *Psychoanal. Quart.*, 53: 13 - 37
- Bergmann – Mausfeld, G. (2006): “Pathologische Passung, Mentalisierung und negative therapeutische Reaktion.” *Forum der Psychoanalyse* 22: 249 – 267
- Chodorow, N (2003): “ ‘Too late’: Ambivalence about Motherhood, Choice, and Time” *Journ. Amer. Psychoanal. Assoc.*, 2003, 51: 1181 - 1198
- Danielian, J. & Lister, E.D. (1988): “The negative therapeutic reaction. The uses of negation.” *Journal of American Academy of Psychoanalysis*, 16: 431 - 450
- Eickhoff, F.-W. (1989): “On the borrowed unconscious sense of guilt and the palimpsest structure of a symptom — Afterthought on the Hamburg Congress of the IPA”.

- Internat. Rev. Psycho-Anal. 16: 323 - 329
- (2004): “Do dead warriors continue their struggle in a higher region? The transgenerational perspective.” *Psychoanal. Inquiry*, 24: 271 – 285
- Fenichel, O. (1945): “The Psychoanalytic theory of Neurosis.”, Norton, New York
- Freud, S. (1916): “Some character-types met with in psychoanalytic work.” SE: 14: 309 - 333
- (1918): “From the history of an infantile neurosis”. SE 17: 3 - 122
- (1923): “The ego and the id”. SE 19: 3 - 66
- (1924): “The economic problem of masochism”, SE 19: 157 – 170
- (1937): “Analysis terminable and interminable”. SE 23: 209 – 253
- Grunert, U. (1979): “Die negative therapeutische Reaktion als Ausdruck einer Störung im Loslösungs- und Individuationsprozess.” *Psyche*, 33: 1 - 28
- Hirsch, M (1997): “Schuld und Schuldgefühl.” Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen
- (2001): “Negative therapeutische Reaktion als Objektbeziehungsgeschehen.” In Mayr, U. ed.: “Wenn Therapien nicht helfen”, pp. 25 - 51
- Horney, K (1936): “The problem of the negative therapeutic reaction”. *Psychoanal. Quart.* 5: 29 – 44; reprinted 2007 in the same journal: 76: 27 - 42
- Jarass, H. & Wurmser, Léon (2007): “’Evil Eye’ and ‘Searing look’— jealousy, envy and shame in the magic gaze.” In: Wurmser, L., and Jarass, H.: *Jealousy and envy: New views about two powerful feelings*. Psychoanalytic Inquiry Monograph (forthcoming)
- Kernberg, O (1975): *Borderline conditions and pathological narcissism*. New York, Jason Aronson
- Klein, M (1957): *Envy and gratitude: A study of unconscious sources*. Tavistock, London
- Klug, G (2000): “Negative therapeutische Reaktion.” In: *Handbuch psychoanalytischer Grundbegriffe*. Ed. W. Mertens, B. Waldvogel. Stuttgart, Verlag W. Kohlhammer
- Kohut, H (1971): “The analysis of the self.” New York, Internat. Univ. Press
- Levy, J (1982): “A particular kind of negative therapeutic reaction based on Freud’s ‘borrowed guilt’”. *Internat. Journ. Psycho-Anal.* 63: 361 – 368
- Maguire, J.G. (1990): “Notes on stalemate. A particular negative reaction affecting therapeutic outcome.” *Annual of Psychoanalysis.* 18: 63 - 83
- Maldonado, J.L. (1989): “On negative and positive therapeutic reaction.” *Internat. Journ. Psycho-Anal.* 70: 327 – 340
- Mayr, U (ed.) (2001): “Wenn Therapien nicht helfen. Zur Psychodynamik der ‘negativen therapeutischen Reaktion’” Pfeiffer bei Klett-Cotta, Stuttgart
- Meyers, H. C. (1988): “A consideration of treatment techniques in relation to the functions of masochism. In: *Masochism. Current Psychoanalytic Perspectives*. ed. R. A. Glick & D. I. Meyers, pp. 175 – 188. Hillsdale, NJ, Analytic Press

- Olinick, S.L. (1964): "The negative therapeutic reaction." *Internat. Journ. Psycho-Anal.*,45: 540 – 548
- Orgel, Sh (2007): "On negative therapeutic reaction". Report for APsaAssoc. Panel, Winter Meeting, New York
- Ornstein, A. (2007): "When analysis makes patients worse. The negative therapeutic reaction revisited." Contribution to panel. Winter Meeting APsaAssoc., New York
- Panel, reported by S.L.Olinick (1970): "Negative therapeutic reaction." *Journ. Amer. Psychoanal. Assoc.* 18: 655 - 672
- Plenker, F.P. (2000): "Zur Konzeption der negativen therapeutischen Reaktion bei Sigmund Freud und Joan Rivière." *Psyche*, 54: 619 - 641
- Pontalis, J.-B (1980): "The negative therapeutic reaction: an attempt at definition." In: *Bulletin 15, European Psycho-Analytical Federation*. Pp.19 – 30. London, Goodwin Press.
- Renik, O (1991): "One kind of negative therapeutic reaction". *Journ.Amer. Psychoanal. Assoc.* 39: 87 – 105
- Rivière, J. (1936): "A contribution to the analysis of the negative therapeutic reaction." *Internat. Journ. Psycho-Anal.* 17: 304 – 320
- Rosenfeld, H.A. (1975): "The negative therapeutic reaction." In: "Tactics and techniques in psychoanalytic therapies." Vol. 2, ed. P. Giovacchini, New York, Jason Aronson, pp. 217 - 228"
- Rothstein, A (1984): "Fear of humiliation." *Journ. Amer. Psychoanal. Assn.* 32: 99 - 116
- Sandler, J, Dare, C, and Holder, A. (1973): "The patient and the analyst." London, Allen, Unwin and Maresfield Reprints
- Sandler, J. (1980): "The negative therapeutic reaction: an introduction." *Bulletin 15, European Psycho-Analytical Federation*. Pp.13 – 18. London, Goodwin Press.
- Schmithüsen, G. (2004): "'Die Zeit steht still in rasender Eile.' Psychoanalytische Einzelfallstudie zu frühem Trauma und Zeiterleben." *Psyche*, 58: 293 - 320
- Schubart, W (1989): "Bemerkungen zum Konzept der sogenannten 'negativen therapeutischen Reaktion' ". *Psyche*, 43: 1071 – 1093
- Schwaber, E.A. (2005): "The Struggle to Listen: Continuing reflections, lingering paradoxes, and some thoughts on recovery of memory" *Journ. Amer. Psychoanal. Ass.* 53: 789 – 810
- : (2007): "The influence of theory on empathy" Unpubl. manuscript
- Wurmser, L (2000): "The power of the inner judge." New York, Jason Aronson
- Wurmser, L (2007): "'Torment me, but don't abandon me.' Psychoanalysis of the severe neuroses in a new key." Rowman & Littlefield, New York (forthcoming)

