

Zeitschrift: Publikationen der Arbeitsgruppe für Kriminologie
Herausgeber: Schweizerisches Nationalkomitee für geistige Gesundheit ;
Arbeitsgruppe für Kriminologie
Band: - (1984)

Artikel: Zur Psychodynamik dissozialer Persönlichkeiten und therapeutische
Konsequenzen
Autor: Rauchfleisch, Udo
DOI: <https://doi.org/10.5169/seals-1050907>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften auf E-Periodica. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen sowie auf Social Media-Kanälen oder Webseiten ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. [Mehr erfahren](#)

Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. La reproduction d'images dans des publications imprimées ou en ligne ainsi que sur des canaux de médias sociaux ou des sites web n'est autorisée qu'avec l'accord préalable des détenteurs des droits. [En savoir plus](#)

Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. Publishing images in print and online publications, as well as on social media channels or websites, is only permitted with the prior consent of the rights holders. [Find out more](#)

Download PDF: 18.02.2026

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, <https://www.e-periodica.ch>

ZUR PSYCHODYNAMIK DISSOZIALER PERSÖNLICHKEITEN UND THERAPEUTISCHE KONSEQUENZEN

Udo Rauchfleisch

Ich möchte im folgenden zunächst einen kurzen Abriß der Psychodynamik geben, die wir bei Menschen mit chronischen dissozialen Fehlentwicklungen häufig finden. Dabei beschränke ich mich auf einen psychoanalytischen Ansatz. Die Formulierung "die dissozialen Persönlichkeiten" sollte nicht in dem Sinne mißverstanden werden, als ließe sich übereinstimmend bei allen diesen Menschen eine spezifische frühkindliche Konstellation oder eine ganz bestimmte Neurosenstruktur mit einem dafür charakteristischen Konflikt nachweisen. Es soll im folgenden um Menschen gehen, die chronische dissoziale Entwicklungen durchgemacht haben und sich Delikte wie Diebstahl, Körperverletzung, Sachbeschädigung und ähnliches haben zuschulden kommen lassen. Trotz aller phänomenologischen Unterschiede lassen sich meiner Ansicht nach aber doch bei einem großen Teil dieser Persönlichkeiten gewisse Gemeinsamkeiten feststellen. In einem zweiten Teil meiner Ausführungen möchte ich dann auf einige behandlungstechnische Probleme eingehen, die mir spezifisch für die ambulante Therapie solcher Patienten zu sein scheinen.

1. ZUR PSYCHODYNAMIK DISSOZIALER PERSÖNLICHKEITEN

Ein wichtiges Merkmal liegt in dem Umstand, daß viele dieser Menschen aus vielfältigen Gründen eine tiefgreifende Störung der frühen Mutter-Kind-Beziehung erleben mußten. Zum Teil wurde eine ungestörte Zweierbeziehung durch Heimaufenthalte verunmöglicht, oder es kam infolge eines häufigen Wechsels von Pflegepersonen immer wieder zu Unterbrechungen der Beziehungen. Bei einem anderen Teil der später dissoziale Manifestationen aufweisenden Kinder, die in ihren Herkunftsfamilien aufwuchsen, können wir bereits aus der Beschreibung der äußeren Lebensumstände auf fundamentale Störungen des Beziehungsgefüges schließen. Häufig waren diese Kinder schon frühzeitig extremen Karenzsituationen physischer und/oder psychischer Art ausgesetzt, während es an "optimalen", d. h. der jeweiligen Entwicklungsphase entsprechenden, die Autonomie des Kindes fördernden Versagungen fehlte.

Bei Verwendung der psychoanalytischen Entwicklungstheorien (Fairbairn, 1952; Kernberg, 1979; Melanie Klein, 1972; Margaret Mahler, 1972, 1975) können wir die Persönlichkeitsstörungen, die am Ursprung vieler dissozialer Entwicklungen stehen, als in erster Linie durch pathologische frühkindliche Objektbeziehungen bedingt verstehen. Aufgrund dieser frühen Beziehungsstörungen kommt es dann zu erheblichen Beeinträchtigungen im Bereich der Selbst- und Objektbilder, wobei vor allem Spaltungsphänomene eine dominierende Rolle spielen. Das Splitting der äußeren und inneren Welt in "gute" und "böse" Objekte und Qualitäten bestimmt wesentlich das Erleben und die sozialen Beziehungen dieser Menschen. Zu schwerwiegenden Störungen ist es in der Entwicklung dieser Kinder vor allem im Prozeß von Loslösung und Individuation (M. Mahler, 1975) gekommen, und zwar speziell in der Subphase der Wiederannäherung. Die Beschneidung der eigenen Autonomie ist zu einer zentralen pathogenetischen Erfahrung dieser Kinder geworden. Psychodynamisch läßt sich bei vielen Dissozialen aufgrund dieser Entwicklungsbedingungen ein oral-aggressiver Kernkonflikt feststellen, der sich beispielsweise deutlich im Kontaktverhalten dieser Menschen manifestiert: ungeheure Ansprüche an den Partner und Idealisierungen auf der einen Seite, Entwertungen und chaotische Wut auf der anderen Seite sind charakteristische Merkmale ihres Kontaktverhaltens.

Neben diesen psychodynamischen Besonderheiten kommt meiner Ansicht nach vor allem den strukturellen Störungen in der Persönlichkeit der Dissozialen eine zentrale Bedeutung zu. Die schweren, in frühester Kindheit erlittenen Beziehungsstörungen haben nicht nur Folgen für die psychosexuelle Entwicklung, sondern wirken sich auch auf die Ausbildung von Ich und Über-Ich in verhängnisvoller Weise aus. So finden wir bei diesen Patienten Störungen in den wichtigsten Ich-Funktionen (vor allem in der Realitätsprüfung, der schützenden Schranke gegen übermäßige Reize von außen und innen sowie in der Fähigkeit dieser Menschen, anstelle eines impulsiven Handelns Konflikte innerpsychisch, denkend, unter Einsatz introspektiver Fähigkeiten, zu bewältigen). Die Folge dieser Störungen ist die vielfach zu beobachtende Neigung von Dissozialen zu impulsivem Handeln (Rauchfleisch, 1981b). Auch hinsichtlich des Einsatzes von Abwehrmechanismen, die bekanntlich ebenfalls zu den Ich-Funktionen gehören, finden wir bei Dissozialen einige charakteristische Besonderheiten: sie verwenden vor allem die für Borderline-Strukturen charakteristischen Mechanismen wie Spaltung, Verleugnung, Introjektion, Projektion bzw. projektive Identifikation, Idealisierung und den Mechanismus der Verkehrung ins Gegenteil.

Im Hinblick auf das Über-Ich ist für diese Patienten vor allem eine Dissoziation der verschiedenen Über-Ich-Anteile charakteristisch: unintegriert stehen ein auf die Erfüllung illusionärer Wünsche ausgerichtetes, weit von der Realität entferntes Ich-Ideal und ein aus archaischen Verboten hervorgegangenes, mit aggressiver Energie gespeistes Gewissen einander gegenüber, ohne daß es im Verlaufe der Entwicklung zu einer Integration dieser Kerne (i. S. Glovers, 1956) kommt. Schwere pathologische Entwicklungen finden sich auch im narzisstischen Bereich. Es fehlt diesen Patienten an einem kohärenten, ihrem Leben und Erleben Konstanz verleihenden Selbst. Ausgeprägte Insuffizienzgefühle einerseits und kompensatorische Omnipotenz- und Größenphantasien andererseits sind charakteristische Merkmale.

Wir können also sagen, daß psychodynamisch vor allem ein depressiv-narzißtischer Kernkonflikt vorliegt, der aber erst auf der Grundlage einer Bordeline-Organisation der Persönlichkeit mit einer spezifischen Strukturpathologie im Ich und Über-Ich zur manifesten Delinquenz führt (eine ausführlichere Darstellung findet sich in meinem Buch "Dissozial. Entwicklung, Struktur und Psychodynamik dissozialer Persönlichkeiten", Rauchfleisch, 1981a).

2. THERAPEUTISCHE KONSEQUENZEN

Stellen wir uns angesichts dieser Persönlichkeitsentwicklung die Frage nach den Möglichkeiten einer ambulanten Psychotherapie, so liegt auf der Hand, daß eine klassische psychoanalytische Technik kontraindiziert ist. Setzt doch die psychoanalytische Standard-Technik ein Entwicklungsniveau voraus, das die Mehrzahl dieser Patienten nicht erreicht hat. Meiner Ansicht nach ist es aber dennoch möglich, eine psychoanalytisch orientierte Therapieform auch bei diesen Patienten zu verwenden. Voraussetzung ist indes, daß einige Modifikationen vorgenommen werden.

Ein erstes Problem, das sich vor allem zu Beginn der Therapie stellt, liegt in der mangelnden Motivation solcher Patienten zu einer Behandlung. Zumindest erscheinen viele von ihnen - verglichen mit Neurosekranken - wenig motiviert. Diesen Patienten fehlt jedoch nicht unbedingt der Wunsch, sich besser zu fühlen. Der Mangel an Motivation ist bei ihnen vielmehr durch negative frühkindliche Erfahrungen bedingt. Diese verhindern eine optimistische Antizipation und das Verständnis der therapeutischen Erfahrung als einer Beziehung, die günstige Möglichkeiten versprechen könnte.

Meiner Erfahrung nach müssen wir bei diesen Patienten (ähnlich wie es Blanck und Blanck, 1978, auch für andere Ich-strukturell gestörte Persönlichkeiten vorgeschlagen haben) das klassische psychoanalytische Konzept der therapeutischen Allianz insofern erweitern, als sich der Therapeut mit allem alliiieren sollte, was sich ihm auch immer als Verbündeter anbietet und mit der Realität übereinstimmt (z.B. die vom Gericht ausgesprochene Auflage, ein Delinquent habe sich in Behandlung zu begeben). Bei diesen Patienten ist es wichtig, daß der Therapeut ihnen bei der Schaffung von Motivationen hilft, indem er den Widerstand gegen die Behandlung nicht als grundsätzliche, nicht bearbeitbare Opposition mißversteht. Es ist vielmehr wichtig, daß er die Ablehnung der Behandlung als eine Manifestation des Entwicklungsniveaus der betreffenden Persönlichkeit akzeptiert und, wie es Blanck und Blanck vorschlagen, das "Eröffnungsmanöver" des Patienten, der sich vielleicht recht negativ zu der bevorstehenden Therapie äußert, nicht in Frage stellt und sich mit einer sehr lockeren, nur für den Moment geltenden Arbeitsallianz zufriedengibt.

Die ambulante Behandlung von Dissozialen erfordert ferner eine wesentlich größere Flexibilität des Therapeuten als die Therapie vieler anderer Patienten. Es ist von ausschlaggebender Bedeutung, daß der Therapeut einerseits zu spontanen Reaktionen, mitunter sogar zu einem aktiven Eingreifen in die äußeren Lebensvollzüge des Patienten, fähig und bereit ist, daß er sich anderer-

seits aber davor hütet, sich zu einem "Gegen-Agieren" verleiten zu lassen. Angesichts der großen sozialen Probleme, denen sich die Dissozialen gegenübersehen (mangelnde Schul- und Berufsbildung, Status als Vorbestrafte, Verschuldung, Defizit hinsichtlich einer Fülle sozialer Fertigkeiten u.a.m.), liegt eine wesentliche Aufgabe in der Behandlung dieser Persönlichkeiten darin, daß der Therapeut mit dem Patienten nicht nur die unbewußte Dynamik seiner Fehlverhaltensweisen durcharbeitet, sondern ihm auch bei der Lösung der verschiedenen sozialen Schwierigkeiten zur Seite steht.

Ein solches Vorgehen darf aber nicht in dem Sinne mißverstanden werden, als liege das wesentliche therapeutische Agens in der Hilfe bei der Lösung aktueller Probleme. Würde sich der Therapeut auf eine solche "Hilfe" beschränken und auf die analytische Erhellung und das Durcharbeiten der dahinterliegenden unbewußten Dynamik und der pathologischen Mechanismen verzichten, so würde die Behandlung zu einer Ersatzbefriedigung. Diese wäre für den Patienten unheilvoll, da sie seine ohnehin brüchige Autonomie noch mehr unterhöhlte und zu einer weiteren Schwächung seiner bereits in Mitleidenschaft gezogenen Ich-Funktionen führte. Ferner bestünde die Gefahr einer Manipulation der Übertragung durch den Therapeuten. Es könnte eine "Spaltungsübertragung" (Heising und Möhlen, 1980; Kutter, 1976) begünstigt werden, in der der Therapeut zum "nur guten" Teilobjekt würde und die negativen Übertragungsaspekte weitgehend ausgeklammert blieben. Wichtig scheint mir deshalb ein bifokales Vorgehen, indem der Therapeut zwar einerseits bereit ist, dem Patienten - zumindest zu Beginn der Behandlung und in Krisensituationen - bei der Lösung äußerer Probleme behilflich zu sein, andererseits aber durch seine Interventionen immer wieder die dynamischen Hintergründe der Konflikte erhellte und den Patienten zur Selbstexploration anregt.

Man mag sich allerdings fragen, ob es bei dieser Art von Therapie nicht indiziert sei, die verschiedenen Aktivitäten (die Psychotherapie einerseits, die manifeste Hilfe in den akuten Krisensituationen andererseits) auf zwei verschiedene Personen aufzuteilen. Zweifellos würde die strikte Trennung von analytischer Bearbeitung einerseits und Eingreifen in die äußeren Lebensvollzüge des Patienten andererseits die Situation für den Patienten und ganz besonders für den Therapeuten wesentlich durchsichtiger und eindeutiger machen und würde die "Neuauflage der Neurose" (Freud, 1916/17) in der therapeutischen Beziehung erleichtern. Dennoch bin ich vor allem aus zwei Gründen der Ansicht, daß der Therapeut in der Behandlung dieser Patienten aus seiner sonst berechtigten analytischen Zurückhaltung unbedingt heraustreten sollte: verteilte man die therapeutischen Aktivitäten auf verschiedene Personen, so würde ein solches Vorgehen die Gefahr in sich bergen, daß der Patient - entsprechend seiner bisherigen Lebenserfahrung - sehr bald versuchte, die einzelnen Beteiligten gegeneinander auszuspielen. Dadurch würde seine Neigung zur Externalisierung innerer Konflikte, zum "Agieren", in verhängnisvoller Weise verstärkt. Außerdem sähe sich der Patient in seiner bisherigen Erfahrung bestätigt, daß sich im Grunde niemand voll für ihn einsetzt.

Damit hängt eng die zweite Gefahr zusammen: der Patient hätte bei einer Aufteilung der therapeutischen Aktivitäten auf verschiedene Beteiligte nicht nur die Möglichkeit, an seiner pathogenen sozialen Erfahrung festzuhalten, sondern es würden möglicherweise seine Spaltungs- und Dissoziationsmechanismen noch ver-

stärkt. Die Tatsache, daß die einzelnen Problembereiche ihre je "eigenen" Therapeuten hätten, könnte dazu führen, daß es dem Patienten nicht gelänge, die verschiedenen Teilaspekte seiner Persönlichkeit zu einer Ganzheit zusammenwachsen zu lassen.

Es seien noch einige Gedanken zur Interventionstechnik in der Therapie von Dissozialen ausgeführt. Im Hinblick auf die Aktivität des Therapeuten erscheint mir eine Kombination aus einem aktiven Vorgehen einerseits und einer weitgehenden Zurückhaltung "Tiefendeutungen" gegenüber andererseits indiziert. Wie bei allen Patienten mit gravierenden Ich-strukturellen Störungen verbietet sich bei Dissozialen die bei der Behandlung von Neurosekranken indizierte Zurückhaltung des Therapeuten. Durch ein solches Vorgehen würde die ohnehin ausgeprägte Regressionsneigung dieser Patienten noch verstärkt. Außerdem wären sie wegen ihrer geringen Fähigkeit, Spannungen zu ertragen, mit einem solchen sie frustrierenden Verhalten des Therapeuten überfordert. Dem Patienten sollte immer von Neuem aufgezeigt werden, was "auch hier" und "hier wieder einmal" (Racker, 1978) geschieht, um auf diese Weise seinem nur auf den Augenblick ausgerichteten, punktförmigen Leben und Erleben entgegenzuwirken und ihn den "roten Faden" in seinem Leben erkennen zu lassen.

Für die Entscheidung, welches die richtige Zeit für eine therapeutische Intervention ist, gilt für die Behandlung der Dissozialen voll und ganz Freuds (1913) Empfehlung, nur dann etwas zu deuten, wenn der Patient aufgrund einer positiven Übertragungsbeziehung überhaupt in der Lage ist, den ihm mitgeteilten Sachverhalt aufzunehmen. Gerade in dieser Hinsicht bietet die Therapie von Dissozialen besondere Schwierigkeiten: die Tatsache, daß diese Menschen in ihrem Erleben und ihren Reaktionen starken Schwankungen unterworfen sind und kaum konstante Beziehungen aufrechtzuerhalten vermögen, macht es extrem schwierig, den "richtigen Augenblick" für eine Intervention zu finden.

Als schwierig für die Durchführung einer ambulanten Psychotherapie wirkt sich auch der Umstand aus, daß diese Patienten häufig zu impulsivem Verhalten, zu einer Externalisierung innerer Konflikte in der Außenwelt neigen. Dieses Verhalten betrifft sowohl die Therapie selbst (z. B. Stundenausfälle, erhebliches Zuspätkommen, die Bitte nach zusätzlichen Therapiestunden u. ä.) als auch die gesamten übrigen Lebensbezüge des Patienten. Immer wieder sehen sich Therapeut und Patient Krisensituationen gegenüber, in die sich der Dissoziale durch sein impulsives Handeln gebracht hat und die zum Teil eine reale Bedrohung für ihn selber und/oder seine Umwelt darstellen.

Es erscheint mir wichtig, daß sich der Therapeut darüber klar ist, daß diese Impulsivität nicht nur die Folge mangelnder Triebsteuerung und insuffizienter Kontrollfunktionen ist. Vielmehr erfüllt sie vielfältige Schutz-, Ausdrucks- und Kompensationsfunktionen (Rauchfleisch, 1981 b). Aus diesem Grunde ist es den Dissozialen über längere Zeit hin kaum möglich, auf diese Mechanismen zu verzichten. Das Handeln stellt für sie einen "Erhaltungsmechanismus" (M. Mahler, 1972), eine "Ich-Veränderung" im Sinne Menningers (1960) dar, d. h. eine Notfallfunktion mit dem Ziel, die Integrität der Persönlichkeit bei einem Minimum an Ich-Verlust zu gewährleisten. Verstehen wir das impulsive Handeln der Dissozialen unter diesem Aspekt, so wird sich auch unsere therapeutische Einstel-

lung diesem Phänomen gegenüber verändern: wir werden es nicht mehr nur als Torpedierung unserer therapeutischen Bemühungen ansehen, sondern werden es als einen (wenn auch in der aktuellen Situation oft untauglichen) Versuch des Patienten verstehen, mit inneren und äußeren Gefahren umzugehen, die er auf andere Art nicht zu bewältigen vermag. Es ist deshalb außerordentlich wichtig, daß der Therapeut mit diesen Patienten alle Situationen innerhalb und außerhalb der Therapie im Detail durcharbeitet, in denen es zu einem impulsiven, agierenden Verhalten gekommen ist.

Ein für Dissoziale spezifisches Problem liegt in der großen Ambivalenz dieser Persönlichkeiten eigener Autonomie gegenüber. Wie eingangs ausgeführt, finden sich in der frühkindlichen Entwicklung der späteren Dissozialen Störungen vor allem im Prozeß von Loslösung und Individuation, speziell in der Subphase der Wiederannäherung. Die Beschneidung der eigenen Autonomie ist für diese Kinder zur zentralen pathogenetischen Erfahrung geworden. Aus diesem Grunde ist die Frage nach der eigenen Autonomie für sie lebenslang höchst konflikthaft. Von dem ebenfalls bereits erwähnten oral-aggressiven Kern-Konflikt her erfährt die Ambivalenz der Autonomie gegenüber eine weitere Verstärkung. Es ist für die Behandlung solcher Patienten charakteristisch, daß sie auf der einen Seite verbal und in ihrem Handeln den (scheinbar eindeutigen) Wunsch äußern, völlig unabhängig sein zu wollen. Andererseits zeigt sich aber, daß sie schon auf den geringsten Schritt in Richtung größerer Selbständigkeit mit depressiven Verstimmungen, Angst und oft panikartig anmutenden Aktionen reagieren. Hinter ihrer Ambivalenz steht vermutlich eine ähnliche Dynamik, wie Nacht und Racamier (1960/61) sie für den Depressiven schildern: die Zunahme an Autonomie wird von ihm als Zerreißen des symbiotischen Bandes und damit als Entzug narzisstischer Zuwendung erlebt. Diese Dynamik scheint mir ein Hauptgrund dafür zu sein, daß von der Behandlung solcher Persönlichkeiten häufig berichtet wird, der Patient habe sich zwar sozial einigermaßen integriert halten können, solange er im Kontakt mit dem Therapeuten gestanden habe. Er habe aber wieder zu delinquieren begonnen, sobald die Behandlung beendet worden sei. Vermutlich sind für ein solches Verhalten weniger irreversible Persönlichkeitsdefekte verantwortlich, als daß sich auf diese Weise der unbewußte Wunsch des Patienten artikuliert, den Therapeuten zu zwingen, bei ihm zu bleiben.

Schließlich ist noch auf ein für die Behandlung von Dissozialen spezifisches Gegenübertragungsproblem hinzuweisen. Sicher sieht sich ein Therapeut auch bei der Behandlung anderer Patienten oft mit Verhaltensweisen konfrontiert, die dem eigenen Wertsystem widersprechen. Charakteristisch für die Beziehung zwischen dem Dissozialen und seinem Therapeuten ist aber, daß sich hier zwei Menschen gegenüberstehen, von denen der eine gegen die Normen der Sozietät verstoßen hat, deren Vertreter der andere ist. Durch diese Voraussetzungen wird die Therapie hinsichtlich Übertragung und Gegenübertragung wesentlich determiniert. Wichtig erscheint mir vor allem, daß sich der Therapeut sehr genau Rechenschaft über seine eigenen "dissozialen" Seiten abgibt. Unterbleibt eine solche Analyse der Gegenübertragung, so können sich daraus verhängnisvolle Folgen ergeben: der Therapeut könnte beispielsweise die Behandlung dazu mißbrauchen, im Patienten seine eigenen antisozialen Tendenzen zu bekämpfen. Eine an-

dere Möglichkeit bestünde darin, daß er zwar bewußt dem Patienten helfen möchte, sich aus seinen dissozialen Verstrickungen zu lösen, unbewußt aber alles täte, um den Patienten in der Delinquenz festzuhalten, um auf diese Weise die eigenen antisozialen Impulse an den Patienten delegieren zu können. Der Patient lebte in diesem Falle das Unbewußte seines Therapeuten. Eine Gegenübertragungsgefahr in der Behandlung von Dissozialen stellen schließlich therapeutische Grandiositätsvorstellungen dar: es wäre verhängnisvoll für den Patienten, wenn der Therapeut in der Behandlung ein eigenes unbewußtes Bedürfnis agierte, sich als "Retter eines Verlorenen" zu sehen und dadurch narzißtisch aufzuwerten. Eine solche Gegenübertragungskonstellation hätte die Folge, daß der Therapeut auf der einen Seite in extremem Maße davon abhängig wäre, daß der Patient "Fortschritte" machte. Auf der anderen Seite aber würde er den Patienten unbewußt gerade in seinem Fehlverhalten festhalten, um seine "Helfer-Funktion" weiterhin ausüben zu können. Es scheint mir unter diesem Gesichtspunkt sehr wichtig, daß sich der Therapeut in der Behandlung solcher Patienten vor allem über seine narzisstische Position klar ist und diese durchgearbeitet hat.

Literatur

- Blanck, G., und R. Blanck (1978): Angewandte Ich-Psychologie. Stuttgart (Klett-Cotta).
- Fairbairn, W. D. (1952): Psychoanalytic Studies of the Personality. London (Tavistock).
- Freud, S. (1913): Zur Einleitung der Behandlung. GW VIII.
- (1916/17): Vorlesungen zur Einführung in die Psychoanalyse. GW XI.
- Glover, E. (1956): On the Early Development of Mind, New York (Int. Univ. Press).
- Heising, G. und K. Möhlen (1980): Die "Spaltungsübertragung" in der klinischen Psychotherapie. Psychother. Med. Psychol., 30, 70-76.
- Kernberg, O. F. (1979): Borderline-Störungen und pathologischer Narzißmus. 3. Aufl. Frankfurt/M. (Suhrkamp).
- Klein, M. (1972): Das Seelenleben des Kleinkindes und andere Beiträge zur Psychoanalyse. Reinbek b. Hamburg (Rowohlt).
- Kutter, P. (1976): Elemente der Gruppentherapie. Göttingen (Vandenhoeck & Ruprecht).
- Mahler, M. S. (1972): Symbiose und Individuation. Bd. 1 Psychosen im frühen Kindesalter. Stuttgart (Klett).
- (1975): Die Bedeutung des Loslösungs- und Individuationsprozesses für die Beurteilung von Borderline-Phänomenen. Psyche, 29, 1078-1095.

Menninger, K. (1960): Ich-Veränderungen. Mittel und Wege des Ichs unter schwerem Druck. Jahrbuch der Psychoanalyse, Bd. I. 105-123. Köln-Opladen (Westdeutscher Verlag).

Racker, H. (1978): Übertragung und Gegenübertragung. Studien zur psychoanalytischen Technik. München/Basel (Reinhardt).

Rauchfleisch, U. (1981 a): Dissozial. Entwicklung, Struktur und Psychodynamik dissozialer Persönlichkeiten. Göttingen (Vandenhoeck & Ruprecht).

- (1981 b): Zum Agieren "dissozialer" Persönlichkeiten. Psyche, 35, 527-543.

RESUME

A l'aide de récentes conceptions dans le domaine métapsychologique quelques caractéristiques sont discutées qui sont spécifiques pour des personnalités avec un développement dissocial. Par suite de graves troubles dans la prime relation mère-enfant, de considérables infractions dans les représentations du soi et de l'objet peuvent être observées, des scissions y jouant un rôle dominant. Au point de vue psychodynamique, on peut supposer un conflit central de caractère oral-agressif. Une signification importante revient en outre aux troubles structuraux de ces patients en ce qui concerne le moi et le surmoi. En diagnostic nous pouvons parler d'une organisation "borderline" dans ces personnalités. On peut donc en conclure que pour ces patients une modification du traitement psychoanalytique classique s'impose. Le thérapeute ne peut attendre que rarement une motivation de la part du patient pour la thérapie. Au contraire, il devrait aider le patient à créer de telles motivations. En plus, il est important que le thérapeute soit prêt - du moins au début du traitement et pendant des situations de crises - d'intervenir dans la vie journalière du patient et de se tenir à sa disposition comme ego auxiliaire pour la solution des conflits. Jamais cependant, cette façon d'intervenir ne doit mener à un passage inverse à l'acte. Plutôt, le thérapeute devrait avant tout expliquer au patient les tendances répétitives dans sa vie, tâchant de choisir "le bon moment" pour une telle intervention.

Le traitement ambulatoire souvent est rendu difficile par la tendance du patient dissocial d'externaliser ses conflits. En s'occupant de ce phénomène, le thérapeute doit se rendre compte que la manière d'agir impulsive représente pour le patient une fonction de protection, d'expression et de compensation. En outre, son ambivalence vis-à-vis de son propre autonomie est caractéristique de ce patient dissocial.

L'article enfin traite des problèmes de contre-transfert, spécifiques pour la thérapie des personnalités dissociales.

SUMMARY

By using recent metapsychological concepts some characteristics of personalities with a chronic dissocial development are worked out. Because of severe disturbances in the early mother-child-relation we find deformations in the self- and the object-representations where splitting plays an important role. In psychodynamic aspects we see a central oral-aggressive conflict. Moreover, in the dissocial personalities structural disturbances in the ego and the super-ego are important. Diagnostically we can talk of a borderline-organization. From these considerations we draw the conclusion that for these patients the classical psychoanalytic technique of treatment must be modified. The therapist can hardly expect own motivation from such patients. He should help them to develop motivation. Moreover, the therapist must - at least at the beginning of treatment and in times of crises - be ready to engage in the patient's everyday life and to take over auxiliary ego-functions for him. But he must pay attention that his activity will never become a "counter-acting-out". In his interventions the therapist should most of all show to the patient the repetitive tendencies in his life. Often it is difficult to find the "right moment" for interventions. The tendency of the dissocial personality to externalize inner conflicts makes an ambulant therapy often difficult. To understand this phenomenon the therapist must be aware of the fact that the impulsive behavior for such patients fulfills a wide range of protective, expressive, and compensatory functions. A further characteristic of the dissocial personalities is their ambivalence to autonomy. The article further deals with some special problems concerning counter-transference in the therapy with such patients.

Udo Rauchfleisch
PD Dr. phil.
Psychiatrische Universitätspoliklinik
Petersgraben 4
CH-4031 Basel