

Psychotherapie



Siegfried Bettighofer

# Übertragung und Gegenübertragung im therapeutischen Prozess

6., überarbeitete Auflage

**Kohlhammer**

**Kohlhammer**

## **Der Autor**

**Dipl.-Psych. Siegfried Bettighofer** ist Psychoanalytiker (DPG), Dozent, Lehranalytiker und Supervisor bei der Münchner Arbeitsgemeinschaft für Psychoanalyse MAP e. V. (DGPT) und arbeitet in eigener Praxis in Augsburg.

Siegfried Bettighofer

# **Übertragung und Gegenübertragung im therapeutischen Prozess**

6., überarbeitete Auflage

Verlag W. Kohlhammer

Dieses Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwendung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechts ist ohne Zustimmung des Verlags unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und für die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Die Wiedergabe von Warenbezeichnungen, Handelsnamen und sonstigen Kennzeichen in diesem Buch berechtigt nicht zu der Annahme, dass diese von jedermann frei benutzt werden dürfen. Vielmehr kann es sich auch dann um eingetragene Warenzeichen oder sonstige geschützte Kennzeichen handeln, wenn sie nicht eigens als solche gekennzeichnet sind.

Es konnten nicht alle Rechtsinhaber von Abbildungen ermittelt werden. Sollte dem Verlag gegenüber der Nachweis der Rechtsinhaberschaft geführt werden, wird das branchenübliche Honorar nachträglich gezahlt.

Dieses Werk enthält Hinweise/Links zu externen Websites Dritter, auf deren Inhalt der Verlag keinen Einfluss hat und die der Haftung der jeweiligen Seitenanbieter oder -betreiber unterliegen. Zum Zeitpunkt der Verlinkung wurden die externen Websites auf mögliche Rechtsverstöße überprüft und dabei keine Rechtsverletzung festgestellt. Ohne konkrete Hinweise auf eine solche Rechtsverletzung ist eine permanente inhaltliche Kontrolle der verlinkten Seiten nicht zumutbar. Sollten jedoch Rechtsverletzungen bekannt werden, werden die betroffenen externen Links soweit möglich unverzüglich entfernt.

6., überarbeitete Auflage 2022

Alle Rechte vorbehalten

© W. Kohlhammer GmbH, Stuttgart

Gesamtherstellung: W. Kohlhammer GmbH, Stuttgart

Print:

ISBN 978-3-17-040688-9

E-Book-Formate:

pdf: ISBN 978-3-17-040689-6

epub: ISBN 978-3-17-040690-2

# Inhalt

## Vorwort

### **1 Die hilfreiche Beziehung in der Psychoanalyse**

### **2 Das ursprüngliche Übertragungskonzept**

- 2.1 Übertragung als Störung der Realitätswahrnehmung
- 2.2 Übertragung als Regression
- 2.3 Übertragung als Verschiebung
- 2.4 Übertragung als Projektion
- 2.5 Übertragung als einseitiger Vorgang – der Analytiker als passive Projektionsfläche?

### **3 Ansätze zu einem erweiterten Konzept von Übertragung und Gegenübertragung**

- 3.1 Die Subjektivität des Analytikers
  - 3.1.1 Beobachten ist das Herstellen von Bedeutungen
  - 3.1.2 Die Person des Analytikers
  - 3.1.3 Der Therapeut und seine Werthaltungen und Konzepte
- 3.2 Übertragung – die Aktivierung innerer Schemata des Patienten
  - 3.2.1 Die Beschaffenheit der inneren Schemata
  - 3.2.2 Entstehung der inneren Schemata – der Einfluss der Säuglings- und Kleinkindforschung
  - 3.2.3 Strukturelle Regression

- 3.2.4 Transgenerationale Weitervermittlung innerer Schemata
- 3.2.5 Die Aktualisierung der generalisierten Interaktionsschemata in der therapeutischen Beziehung
- 3.3 Die Interaktion zwischen Therapeut und Patient
  - 3.3.1 Der Einfluss des Analytikers auf die Übertragung
    - 3.3.1.1 Die Einladung des Patienten zum Dialog und die Antwortbereitschaft des Therapeuten
    - 3.3.1.2 Vom spiegelnden zum aktiven Analytiker
    - 3.3.1.3 Der aktive Anteil des Analytikers an der Entwicklung der therapeutischen Beziehung
    - 3.3.1.4 Die therapeutische Beziehung als zirkulärer Prozess
    - 3.3.1.5 Die Eigenübertragung des Analytikers
    - 3.3.1.6 Agieren und Mitagieren der Übertragung
    - 3.3.1.7 Übertragungswiderstand und Gegenübertragungswiderstand – Von der Psychodynamik zur Interaktion des Widerstandes
  - 3.3.2 Die latente szenische Übertragungs-Gegenübertragungs-Beziehung – die reale Inszenierung des Traumas in der therapeutischen Beziehung
    - 3.3.2.1 Die direkte Antwort in der Gegenübertragung
    - 3.3.2.2 Die latente Übertragung als Inszenierung
    - 3.3.2.3 Exkurs: Zur Theorie des therapeutischen Veränderungsprozesses
    - 3.3.2.4 Die Wahrnehmung des Analytikers durch den Patienten und das Bedürfnis nach Beziehungsdefinition
- 3.4 Die therapeutische Situation als Kommunikationssystem

- 3.4.1 Exkurs: Einige Ergebnisse aus der Psychotherapieforschung – die nonverbale Angleichung zwischen Therapeut und Patient
- 3.4.2 Unbewusste Interaktionsregeln zwischen Therapeut und Patient
- 3.5 Übertragung und genuine Objektbeziehung

## **4 Psychoanalyse als Beziehungskonflikttherapie**

- 4.1 Der Analytiker als neues Objekt
- 4.2 Zwei Grunddimensionen der therapeutischen Beziehung – der Analytiker als Umwelt und als Objekt
  - 4.2.1 Der Analytiker als Umwelt
    - 4.2.1.1 Empathie als entwicklungsfördernde Hintergrundbedingung
    - 4.2.1.2 Brüche in der therapeutischen Beziehung
  - 4.2.2 Der Analytiker als Objekt
  - 4.2.3 Das Verhältnis von Hintergrundbeziehung und objektaler Übertragung
- 4.3 Widerstand
  - 4.3.1 Angst vor Retraumatisierung – Ist jeder Widerstand auch ein Übertragungswiderstand?
  - 4.3.2 Der Beitrag des Analytikers zur Überwindung von Widerständen – Widerstandsanalyse als interpersonelles Geschehen
  - 4.3.3 Die Bedeutung von Deutungen
  - 4.3.4 Die Deutung der Aktualgenese eines Übertragungswiderstands im Hier und Jetzt
- 4.4 Die Aktualgenese im Hier und Jetzt der Übertragung
  - 4.4.1 Die frühe und direkte Übertragungsanalyse
    - 4.4.1.1 Aktives Aufgreifen von Übertragungsanspielungen und -auslösern
    - 4.4.1.2 Die Verarbeitung von Übertragungsauslösern durch den Patienten

- 4.4.2 In der Übertragung bleiben – in der Übertragung halten
  - 4.4.2.1 Probeweise Übernahme der Projektionen des Patienten
  - 4.4.2.2 Mitagieren der zugewiesenen Rolle – Arbeit in der Übertragung
  - 4.4.2.3 Klärung von Enactments in der Übertragung
- 4.4.3 Lassen sich Inszenierungen durch die direkte Übertragungsanalyse verhindern?
- 4.5 Abstinenz – Gibt es nützliche Aspekte des Agierens?
  - 4.5.1 Der Mut zur Authentizität: Die natürliche Affektivität und die spontane Geste des Therapeuten
  - 4.5.2 Ein intersubjektiver Neutralitätsbegriff – Neutralität durch reflektiertes Mitagieren
  - 4.5.3 Inszenierung und Mitteilung der Gegenübertragung
- 4.6 Analyse der Gegenübertragung

## **Literatur**

## **Stichwortverzeichnis**

## **Personenverzeichnis**

# Vorwort

Psychoanalytiker<sup>1</sup> haben hohe Ansprüche an sich und an die Qualität ihrer therapeutischen Arbeit. Dagegen ist sicherlich nichts einzuwenden, jedoch kann ich mich des Verdachts nicht erwehren, dass mancherorts nach wie vor Anzeichen einer selbstidealisierenden Überschätzung in den Reihen der Psychoanalyse zu erkennen sind. Demgegenüber gesteht der prominente nordamerikanische Psychoanalytiker Gill (1997) in seinem Spätwerk mit leisem Bedauern ein, dass andere psychotherapeutische Methoden mit weniger zeitlichem und finanziellem Aufwand dieselben Effekte erzielen könnten, also effizienter sind als die Psychoanalyse, wobei er allerdings nicht primär die Verhaltenstherapie meint, sondern sich auf alle psychodynamischen Verfahren bezieht. In der Öffentlichkeit verdichtet sich während der letzten Jahre ein zunehmend kritisches Bewusstsein unserer Arbeit gegenüber. Die analytische Behandlung steht also auf dem Prüfstand, sie wird kritisch hinterfragt. Es reicht in dieser Situation nicht mehr, sich in den analytischen Elfenbeinturm zurückzuziehen und sich mit der Wiederholung einiger Dogmen und Lehrsätze zu verteidigen bzw. ihre vermeintliche Überlegenheit herbeizureden.

In dieser brisanten Situation ist etwas anderes nötig: Die Psychoanalyse muss sich der fachübergreifenden Diskussion öffnen und ihre behandlungstechnischen Konzepte und Modelle einer kritischen Reflexion unter aktuellen Gesichtspunkten unterziehen. Sie muss auch ihren Anspruch, eine fundierte und wirksame Form der Psychotherapie zu sein, durch eine realistische Einschätzung und den empirischen Nachweis ihrer Wirksamkeit erst wieder unter Beweis stellen.

Die vorliegende Arbeit entstand unter dem Eindruck, dass es auch in analytischen Behandlungen immer wieder zu erheblichen Stillständen,

zu negativen Verläufen oder zum Abbruch von Therapien durch Patienten kommt. Dies wurde über viele Jahre hinweg tabuisiert oder einseitig den Patienten angelastet. Obwohl davon ausgegangen werden kann, dass Psychoanalytiker bei ihrer Arbeit verantwortlich handeln und über die nach wie vor längste und intensivste psychotherapeutische Ausbildung verfügen, kommt es auch in analytischen Behandlungen – häufiger als gemeinhin angenommen – zu negativen Prozessen und destruktiven Entwicklungen in der Therapeut-Patient-Beziehung. Diese können im ungünstigsten Fall zu einer massiven Schädigung des Patienten führen. Die meisten Formen der gestörten Beziehung zwischen Therapeut und Patient verlaufen wenig spektakulär und fallen wegen ihrer Subtilität gar nicht sofort auf, wodurch allerdings ihre Destruktivität nicht geringer wird.

In der Psychoanalyse besteht inzwischen ein zunehmender Konsens darüber, dass die verbale Deutung und Einsicht nicht die wesentlichen therapeutischen Wirkfaktoren sind. Auch das Entstehen einer als hilfreich empfundenen Beziehung zwischen Analytiker und Patientin entscheidet wesentlich über den Erfolg oder Misserfolg einer Analyse. Dabei kommt insbesondere der Arbeit mit Übertragung und Gegenübertragung eine zentrale Bedeutung zu, denn in schwierigen Fällen hängt der Behandlungserfolg entscheidend davon ab, inwieweit die Therapeutin mit ihrer Gegenübertragung konstruktiv umgehen kann.

In Übereinstimmung mit Gill (1982) ist es auch mein Eindruck, dass trotz der zentralen Stellung, die die Übertragungsanalyse in der Behandlungstheorie einnimmt, die praktische Arbeit mit Übertragungsprozessen noch weit hinter der Theorie herhinkt und sich Schwierigkeiten in der konkreten Umsetzung zeigen. Hier versuche ich, in meiner Arbeit anzusetzen, indem ich nach der Darstellung des klassischen Übertragungsbegriffes einzelne Aspekte, die während der letzten Jahre allmählich größere Aktualität erlangt haben, im Einzelnen beschreibe.

Zunächst wird das klassische objektivistische Behandlungsparadigma einer Kritik unterzogen und auf die Subjektivität aller Beobachtungen und Einschätzungen, die der Analytiker vornimmt, verwiesen. Das Schema-Konzept wird verwendet, um die sich entfaltende Übertragung des Patienten als die Aktivierung

bestimmter innerer Schemata zu beschreiben, die einerseits als Niederschläge von frühkindlichen Interaktionserfahrungen im Patienten abrufbar sind, jedoch auch durch die Person des Analytikers und sein Interaktionsangebot aktualisiert werden. Deshalb kommt der Interaktion zwischen Therapeut und Patient auch eine sehr zentrale Bedeutung zu, weil, wie im nächsten Kapitel beschrieben wird, die Entfaltung der Übertragung immer ein interaktioneller Vorgang ist: eine Ko-Kreation, bei dem beide Interaktionspartner sich sehr subtil aufeinander einstellen und sich gegenseitig anpassen und so in einem zirkulären Prozess die jeweils spezifische Form der Übertragung herstellen. Dabei wird stets der Einfluss des Therapeuten und das Vorliegen möglicher Eigenübertragungen seinerseits besonders berücksichtigt, da die Person des Analytikers mit ihrem eigenen Einfluss auf den analytischen Prozess in der fachlichen Diskussion durch den Einfluss der intersubjektiven Wende zunehmend in den Fokus gekommen ist.

Große Bedeutung hat das Konzept der latenten Übertragung, das beschreibt, wie sich in jeder Therapeut-Patient-Beziehung unvermeidlich unbewusste Interaktionsmuster einschleichen, die in einen Handlungsdialog zwischen beiden münden, durch den im Sinne des Wiederholungszwanges eine traumatische frühe Modellszene oder Beziehungskonstellation sich unbemerkt, jedoch in der realen Interaktion als Inszenierung bzw. Enactment wiederholt. In groben Fällen führen solche Konstellationen zu drastischen Missverständnissen, zum destruktiven Mitagieren des Therapeuten und zu negativen Verläufen. Oft bleiben solche Inszenierungen neurotischer Muster unbemerkt und fallen dann nur im Rahmen von Supervisionen auf, die gerade deshalb für unsere Arbeit besonders wichtig sind.

In einem letzten Teil der vorliegenden Arbeit wird die moderne psychoanalytische Therapie als eine entwicklungsorientierte Beziehungskonflikttherapie konzeptualisiert und es werden einige Möglichkeiten aufgezeigt, wie im Hier und Jetzt der aktuellen therapeutischen Beziehung konkret mit Übertragungsprozessen gearbeitet werden kann. Es ist vielleicht kein Zufall, dass gerade in diesem Punkt neuere Strömungen der Psychoanalyse Vorgehensweisen entwickelt haben, wie sie in sehr ähnlicher Form bereits von der Selbstpsychologie verwendet werden.

Meine Hoffnung beim Schreiben dieser Arbeit war es, die äußerst komplexen Prozesse in der therapeutischen Beziehung angemessen zu beschreiben, auf wenig beachtete Aspekte hinzuweisen und so die Aufmerksamkeit für solche Vorgänge zu schärfen. Darüber hinaus wünsche ich mir, dass immer mehr Psychoanalytiker und Therapeuten anderer Schulrichtungen die nötige kritische Ehrlichkeit sich selbst, den Patienten und ihren Kollegen gegenüber aufbringen. Ihre Patienten würden es ihnen danken und sie selbst könnten bei Ihrer therapeutischen Arbeit authentisch, natürlich und lebendig bleiben. Dreiundzwanzig Jahre nach dem Erscheinen der ersten Auflage habe ich zahlreiche Stellen, die nicht mehr zeitgemäß waren, stark verändert bzw. gestrichen. Da die Gegenübertragung in der fachlichen Öffentlichkeit inzwischen einen enormen Stellenwert einnimmt, habe ich mich entschlossen, ein kurzes Kapitel über den Umgang mit der Gegenübertragung hinzuzufügen.

Augsburg, im Herbst 2021

Siegfried Bettighofer

- 
- 1 Mir ist bewusst, dass Psychotherapie inzwischen immer mehr von Therapeutinnen ausgeübt wird und dass die überwiegende Anzahl der Patienten nach wie vor Frauen sind. Dennoch möchte ich auf eine gendergerechte Schreibweise verzichten und lasse die früher übliche maskuline Form stehen, um die Lesbarkeit des Textes nicht zu erschweren. Es sind trotz der Verwendung der männlichen Form selbstverständlich alle gemeint.

# 1 Die hilfreiche Beziehung in der Psychoanalyse

Das wichtigste Anliegen der empirischen Psychotherapieforschung war es immer, die Effektivität von Psychotherapie nachzuweisen. Zugleich ging es um die Untersuchung der Wirksamkeit verschiedener Therapiemethoden im Hinblick auf die spezifische Störung und die Patientenpersönlichkeit. Diese Fragestellung wurde bald erweitert, und so ging man im Rahmen von Prozessuntersuchungen der Frage nach, warum Psychotherapie eigentlich wirkt und welches die entscheidenden Faktoren sind, auf denen diese Wirksamkeit beruht.

Whitehorn und Betz (1960) konnten als erste hinsichtlich der Effektivität in der Behandlung von schizophrenen oder neurotischen Patienten zwei globale Therapeutentypen A und B unterscheiden. Nun waren es nicht mehr vorwiegend Patientenvariablen oder Merkmale der jeweiligen Therapiemethode, denen das Interesse der Forscher galt. Der Schwerpunkt verlagerte sich jetzt zunehmend auf die Untersuchung der Persönlichkeit des Therapeuten, deren Bedeutung für günstige Behandlungsverläufe allmählich erkannt wurde (Beutler et al. 1995). Diese Untersuchung einzelner Merkmale der Therapeutenpersönlichkeit war ein bedeutender Fortschritt hin zu einer differenzierteren Betrachtungsweise des therapeutischen Prozesses; sie war jedoch spätestens nach der großen Literaturübersicht von Beutler et al. (1995, s. a. Kächele 1992) in dieser Form nicht mehr zu halten.

Insbesondere seit den Untersuchungen von Luborsky (1976, 1985) gilt die hilfreiche therapeutische Beziehung als *der* grundlegende und übergeordnete therapeutische Wirkfaktor, der weitaus mehr als einzelne Patienten-, Therapeuten- oder Methodenmerkmale über Erfolg oder Misserfolg von Behandlungen entscheidet (Kächele 1992,

2007, Orlinsky et al. 1995, Rudolf 1991). Es geht dabei im Wesentlichen um die Fähigkeit des Therapeuten, sich auf den jeweiligen Patienten einzustellen und zu ihm eine Beziehung aufzubauen, die dieser als therapeutisch hilfreich empfindet. Auf der Basis dieser Befunde konnte es nicht mehr als ausreichend angesehen werden, nur bestimmte als therapeutisch relevant geltende Interventionsstrategien wie beispielsweise Empathie, Kongruenz oder das Geben von Deutungen einzusetzen. Denn es kommt immer darauf an, dass auch der Patient ein bestimmtes Therapeutenverhalten als für sich und seine Entwicklung hilfreich empfindet. Obwohl das sehr eng mit der Störung und der Persönlichkeit des Patienten sowie mit bestimmten Merkmalen der Therapeutenpersönlichkeit zusammenhängt, kommt hier doch der Faktor der Interaktion zwischen beiden bestimmend hinzu. Ob eine hilfreiche und »heilende« (Frick 1996) Beziehung zwischen Therapeut und Patient entsteht, ist im Wesentlichen das Resultat eines interaktiven Prozesses zwischen ihnen (Luborsky et al. 1985). Neuere Metaanalysen haben ergeben, dass bezüglich der therapeutischen Effektivität »einige Therapeuten relativ unabhängig von der Behandlungsausrichtung bessere Ergebnisse als andere erzielen« (Wampold et al. 2018, S. 229). Manchen Therapeuten gelingt es auch, über verschiedene Störungsbilder hinweg konstant gute Ergebnisse zu erzielen. Es stellt sich die Frage, was diese erfolgreichen Therapeuten anders als machen die weniger erfolgreichen. Vielfach wurde empirisch bestätigt, dass die unterschiedliche Wirksamkeit von Therapeuten nichts mit der Therapiemethode zu tun hat, sondern mit der Fähigkeit des Therapeuten, mit den Patienten eine »therapeutische Allianz« (Gumz et al. 2018, Flückiger et al. 2015, Flückiger 2021) zu bilden. Die Psychotherapieforscher Wampold et al. (2015) fanden, »dass Therapeuten, die besser in der Lage sind, Allianzen mit Patienten zu formen, mit ihren Patienten zu besseren Ergebnissen in der Therapie kommen als andere Therapeuten« (S. 304). Zudem ist die Fähigkeit, über den gesamten Therapieprozess hinweg ein tragfähiges Arbeitsbündnis aufrechtzuerhalten, von entscheidender Bedeutung. Diejenigen Therapeuten scheinen effektiver zu sein, die tragfähige Allianzen mit allen, auch mit schwierigen Patienten bilden und das tragfähige Arbeitsbündnis über die gesamte Therapie hinweg aufrecht halten können (a. a. O., S. 243, Wöller 2016). Sie schaffen es, Patienten

länger in der Therapie zu halten und haben auch gute »interpersonelle Fähigkeiten, die insbesondere in schwierigen Therapiesituationen relevant sind« (Altmann et al. 2020, S. 445). Begriffe wie die therapeutische Allianz, die hilfreiche Beziehung oder das analytische Konzept des Arbeitsbündnisses (Greenson 1982a) stammen zwar aus verschiedenen Bereichen, sie beziehen sich jedoch alle auf etwas sehr ähnliches, nämlich einerseits auf das Bestehen einer emotionalen Bindung und andererseits auf eine mehr oder weniger explizite Einigung hinsichtlich der Ziele, Erwartungen und Vorgehensweisen in der Therapie.

In diesem Zusammenhang weist die Psychotherapieforschung der letzten Jahre eindeutig nach, dass dabei die interpersonelle Kompetenz des Therapeuten der entscheidende Faktor ist, der es ihm ermöglicht, auch mit schwierigen therapeutischen Situationen konstruktiv umzugehen. Diese interpersonelle und kommunikative Kompetenz (Buchholz 2017) erwies sich auch als der entscheidende Prädiktor für den Therapieerfolg (Hermer 2012, Körner 2013) und ist unabhängig von der praktizierten Therapiemethode (Gumz 2020). Auch Lambert (2010) fand einen großen Einfluss hilfreicher zwischenmenschlicher Fähigkeiten, die es dem Therapeuten erlauben, auch schwierige Beziehungssituationen gut zu bewältigen. Für Strupp (1989) »ist die größte Herausforderung, der der Therapeut gegenüber steht, die geschickte Handhabung des Enactments, das ihn häufig in die Defensive treibt und Langeweile, Irritation, Ärger und Feindseligkeit hervorruft und ihn unter Druck setzt, sodass er sich auf eine Art verhält, die mit seiner Haltung als einfühlsamer Zuhörer und Erklärender nicht vereinbar ist« (S. 719, zit. n. Schore 2003, S. 126). Die Ergebnisse von Willutzki et al. (2013) zeigen ebenfalls, dass »das interpersonelle Funktionsniveau und interpersonale Merkmale einschließlich der nonverbalen Kommunikation innerhalb der Sitzungen am wichtigsten zu sein« (S. 431) scheinen.

Die Psychoanalyse als therapeutische Behandlungsmethode hat sich seit ihren Anfängen intensiv mit der Frage befasst, wie eine hilfreiche Beziehung zwischen Therapeut und Patient hergestellt und über den gesamten therapeutischen Prozess hinweg aufrechterhalten werden kann. Sie hat dem Aspekt der therapeutischen Beziehung immer schon einen zentralen Stellenwert eingeräumt. So hat Freud mit seinen

Empfehlungen (1913), dem Patienten »Zeit zu lassen« (S. 473), einen »moralisierenden« (S. 474) Standpunkt zu vermeiden und stattdessen den Standpunkt »der Einfühlung« (S. 474) einzunehmen, eine Grundhaltung und eine Art des Zuhörens beschrieben, die für die Entwicklung einer hilfreichen Beziehung eine unverzichtbare Grundbedingung ist und die heute allgemein als einer der wesentlichen therapeutischen Wirkfaktoren gilt. Will (2010) beschreibt aus unserer heutigen Perspektive diejenigen psychoanalytischen Kompetenzen, die für die Gestaltung und Aufrechterhaltung einer konstruktiven Beziehung zum Patienten notwendig sind.

Auch anderen psychotherapeutischen Methoden ist daran gelegen, einen hilfreichen Kontakt zum Patienten herzustellen. In der Gesprächspsychotherapie (Biermann-Ratjen, Eckert, Schwartz 1997) geht man davon aus, dass die durch Empathie getragene Grundbeziehung, die der Therapeut zum Patienten herstellt, von diesem im Sinne eines guten Objekts introjiziert und somit zur Grundlage für eine positivere Einstellung zu sich selbst wird.

In der Verhaltenstherapie wurde die positive therapeutische Beziehung über lange Zeit rein instrumentell als positiver Verstärker eingesetzt. Erst neuere Entwicklungen verfolgen einen differenzierteren Umgang mit der Beziehung zwischen Therapeut und Patient (Sachse 2006). Grawe (1995) hält es für eine wichtige Voraussetzung wirksamer psychotherapeutischer Arbeit, dass im Rahmen der sog. »Problemaktualisierung« (S. 136) die pathologischen Beziehungsmuster und neurotischen inneren Schemata des Patienten in der Beziehung zum Therapeuten aktualisiert werden, und kommt damit dem analytischen Übertragungsbegriff ziemlich nahe. Die Aufgabe des Therapeuten sieht sie infolgedessen darin, sich gezielt um eine »komplementäre« (Grawe et al., 1994, S. 782) oder bedürfnisorientierte Beziehungsgestaltung (Caspar 2015) zu bemühen, die dem Patienten hinsichtlich der »wichtigsten erschlossenen positiven Ziele des Patienten« (Grawe et al., S. 782) eine neue und korrektive Erfahrung vermittelt.

Damit bleibt sie letztlich bei einem instrumentellen Gebrauch der therapeutischen Beziehung und vertritt einen direktiven Ansatz, wie er in ähnlicher Form auch schon in der Geschichte der Psychoanalyse von Alexander und French (1946) beschrieben worden war, der allerdings

als manipulativ galt und deshalb umstritten war – aus zeitgenössischer Sicht möglicherweise zu Unrecht (Melcher 2013, Walter 2010).

Im Gegensatz dazu besteht der originäre und emanzipatorische Beitrag der Psychoanalyse zur Gestaltung einer hilfreichen Beziehung zwischen Therapeut und Patient nicht in der gezielten Beeinflussung, sondern in der Reflexion und im Verstehen dessen, was in der Begegnung zwischen ihnen geschieht und über den Vorgang der Externalisierung innerer Konflikte in Szene gesetzt wird. Grawe et al. (1994) und Caspar (2015) bewegen sich noch in einem relativ engen Übertragungsbegriff, in dem die Persönlichkeit des Therapeuten völlig ausgespart bleibt und nur dem zielgerichteten instrumentellen Einsatz dient. Sie gehen auch nicht darauf ein, inwiefern und auf welche Art die Arbeit mit der Gegenübertragung und ihre Reflexion im konkreten therapeutischen Vorgehen einbezogen wird.

Diese Sichtweise wird der Komplexität der therapeutischen Beziehung nicht gerecht, denn sie übersieht, dass schon die sog. reale Beziehung zwischen dem Therapeuten und seinem Patienten, also die Art, wie der Therapeut das Setting gestaltet und wie dies der Patient erlebt, von den beidseitigen Übertragungsprojektionen beeinflusst wird. Diese Faktoren der realen Beziehung bekommen durch die Übertragung bereits eine unbewusste Bedeutung und werden vom Patienten auf der Basis seiner verinnerlichten Objekterfahrungen interpretiert.

Aus diesem Grund ist es für die Aufrechterhaltung einer hilfreichen Beziehung unabdingbar, von Anfang an auf die Dynamik von Übertragungs- und Gegenübertragungsprozessen zu achten. Nur deren ständige Reflexion und der konstruktive Umgang mit ihnen kann gewährleisten, dass die positive emotionale Bindung und auch die kooperative Arbeitsbeziehung, also die therapeutische Allianz, erhalten bleiben und kritische Therapiephasen gemeinsam konstruktiv bewältigt werden können (Gumz 2012, 2020). Ein tragfähiges Arbeitsbündnis scheint auch die notwendigen, guten Voraussetzungen dafür zu schaffen, Übertragungsprozesse direkt anzusprechen und insbesondere negative Gefühle dem Therapeuten gegenüber zu bearbeiten (Benecke 2017, Greenson 1982a).

Gerade hier liegt einer der Schwerpunkte der modernen Psychoanalyse. Hinsichtlich der Bedeutung, die der Übertragung wie

auch der Gegenübertragung beigemessen wird, hat sich während der letzten Jahre ein tiefgreifender Wandel vollzogen (Benecke 2017, Bettighofer 2001, 2003, 2007, 2014, 2015, Bohleber et al. 2013, Bohleber 2018, Cooper 2010, Dreyer 2017, Ferro 2003, , Jacobs 1999, Körner 2018, Krutzenbichler 2019, Maroda 2004, Mertens 2015, Oelsner 2013, Renik 2006, , Stork 2020, Thomä 2001, Wallerstein 1998, Walter 2019). Der traditionelle objektivistische Übertragungsbegriff, der zunächst im folgenden Abschnitt umrissen werden soll, wurde zunehmend erweitert um eine konstruktivistische und eine interaktionelle Komponente, sodass Übertragung und Gegenübertragung nun als eine »funktionale Einheit« (Kemper 1969) oder als eine »Einheit im Widerspruch« (Körner 1990) gesehen werden können.

In der modernen psychoanalytischen Behandlungstechnik hat sich der Schwerpunkt dementsprechend etwas verlagert. War früher eher die genetische Rekonstruktion der neurotisierenden Kindheitssituation und die rationale Einsicht in die unbewussten Konflikte der zentrale Kern der analytischen Behandlung, so steht heute gleichberechtigt die Aktualgenese des Erlebens in der therapeutischen Beziehung daneben, die Frage also, inwiefern das Erleben des Patienten mit dem Therapeuten zusammenhängt und eine Reaktion auf ihn sein könnte. Die Psychoanalyse hat sich so während der letzten Jahre zu einer »Beziehungsanalyse« (Bauriedl 1994) entwickelt, in der die Beziehungssituation zwischen Analytiker und Patient zum Fokus wurde und die im Hier und Jetzt abgebildeten Konflikte gezielt bearbeitet werden (Bettighofer 2007). Die intersubjektiven und relationalen Ansätze in der Psychoanalyse (Altmeyer und Thomä 2006, Benjamin 2007, Jaenicke 2006, 2010, 2014, Mitchell 2005, Orange 2004) bewegen sich alle im Rahmen einer konsequenten Zwei-Personen-Psychologie (Bettighofer 2014) und beruhen auf einem interaktionellen Verständnis der therapeutischen Beziehung, das ich hier in seinen einzelnen Komponenten darstellen werde.

## 2 Das ursprüngliche Übertragungskonzept

Die Grundlogik des ursprünglichen Übertragungsbegriffes lässt sich leicht mit einem einfachen Fallbeispiel aus dem Lehrbuch von Greenson (1975) erläutern:

Bei der Durcharbeitung einer libidinösen ödipalen Vaterübertragung beschreibt die Patientin auf die Aufforderung des Analytikers hin ihre Fantasien, von ihm geliebt, geküsst und penetriert zu werden. Nach einer Pause fährt sie fort: »Ein komisches Detail ist mir eingefallen, als ich dies alles beschrieb. Ihr Gesicht war unrasiert und Ihr Bart hat mich im Gesicht gekratzt. Das ist seltsam, Sie scheinen immer glatt rasiert zu sein« (a. a. O., S. 312). Beim Nachdenken fielen Greenson bestimmte Zusammenhänge aus der Kindheit der Patientin auf und er fragt: »Wer hat Sie immer mit dem Bart gekratzt, als Sie ein kleines Mädchen waren?« Daraufhin schreit die Patientin fast: »Mein Stiefvater, mein Stiefvater, er pflegte mich mit Genuß zu quälen, in dem er sein Gesicht an meinem rieb [...]« (a.a., O., S. 312)

Greenson hat zur Erläuterung seiner Darstellung der Übertragung sicherlich bewusst ein sehr einfaches Beispiel gewählt, aber es trifft dennoch exakt den Kern des ursprünglichen Übertragungsbegriffes. Der Analytiker als klar und eindeutig abgegrenzter Beobachter hält aufgrund seiner objektiven Erkenntnis der Realität die Fantasie der Patientin, dass er einen Bart habe, für unangemessen, da er offenbar zu dieser Zeit keinen Bart getragen hatte. In dieser Unangemessenheit der fantasierten Wahrnehmung liegt das zentrale Kriterium für das Vorliegen einer Übertragung, die dann auch konsequent hinsichtlich ihrer infantilen Vorlage bearbeitet wird.

## **2.1 Übertragung als Störung der Realitätswahrnehmung**

Übertragung im traditionellen und auch heute noch etwas erweiterten Sinne führt also zu einer Verkennung der Realität. Im Beispiel von Greenson kann der Wahrheitsgehalt der Wahrnehmung und ihre Verzerrung aufgrund des leicht beobachtbaren Faktums problemlos erkannt werden. In den meisten Übertragungsfantasien, denen wir bei Patienten begegnen, ist diese Eindeutigkeit jedoch nicht oder nur ansatzweise gegeben.

## **2.2 Übertragung als Regression**

Die durch die Übertragungsfantasie gestörte Wahrnehmung der Realität beruht auf einer Regression der Patientin. Ihr Ich wie auch das gerade aktualisierte Objektbeziehungs-niveau bewegen sich auf einer kindlichen Ebene. Es findet also eine zeitliche und strukturelle Regression statt, wodurch kindliche und archaische und insofern auch undifferenziertere und eher unbewusste Erlebnisweisen, Fantasien und Affekte vorherrschen. Diese Regression kann mehr oder weniger weite Bereiche von Ich, Es und Über-Ich einbeziehen. Während bei den meisten neurotischen Störungen nur eine partielle und somit potenziell ichdystone und bearbeitbare Regression vorliegt, erfasst diese Regression in einer Psychose weite Teile des Ichs und der Gesamtpersönlichkeit, sodass ein völliger Bruch im Verhältnis zur Realität stattfindet.

## **2.3 Übertragung als Verschiebung**

Der Hauptmechanismus, auf dem die Übertragung beruht, ist die Verschiebung. Dabei werden Erfahrungen vom ursprünglichen Objekt auf ein anderes, z. B. den Analytiker verschoben, d. h., es werden energetische Besetzungen von einer inneren Objektrepräsentanz auf

eine andere verlagert. Die Verschiebung ist einer der zentralen Abwehrmechanismen und wurde schon von Freud (1900) als ein Hauptmechanismus der Traumarbeit beschrieben. Auch in der Fallgeschichte vom kleinen Hans diente ihm die Verschiebung dazu, dessen Angst vor Pferden zu erklären, die »ursprünglich gar nicht den Pferden galt, sondern sekundär auf sie transponiert wurde« (Freud 1909, S. 286) und sich unbewusst auf den Vater bezog. Damals gebrauchte Freud beide Begriffe, Projektion und Verschiebung, um ein und denselben Sachverhalt zu benennen.

Übertragung galt in diesem Konzept als Abwehr, als Schutz des Ichs vor dem Erinnern der pathogenen frühen Objektbeziehungen. Der Patient überträgt dabei seine frühen Objekterfahrungen auf den Analytiker und wiederholt sie in der Beziehung mit ihm, anstatt sie als Erinnerung zu reproduzieren. Dieses Agieren galt als Widerstand. Es hat sehr lange gedauert, bis der Begriff des Agierens etwas von seinem negativen Bedeutungsgehalt verloren hatte (Gill 1982). Erst seit wenigen Jahren wird das Agieren nicht mehr als Widerstand gegen den Fortschritt, sondern als ein natürlicher und konstruktiver Vorgang betrachtet (Bohleber et al. 2013, Streeck 2004).

Das behandlungstechnische Vorgehen bestand darin, dem Patienten die Unangemessenheit seiner Reaktion aufzuzeigen und sie über genetische Deutungen auf die ursprünglichen kindlichen Erfahrungen zurückzuführen, wie es Greenson (1975) im oben angeführten Beispiel illustriert. Die Übertragung diente dazu, Gefühlsreaktionen aus den Symptomen zu locken und sie auf die Person des Analytikers zu verschieben, um sie dann auf die »eigentlichen« Ursachen zurückführen zu können, deren Rekonstruktion lange Zeit als der wesentliche therapeutische Wirkfaktor angesehen wurde. Nach Freud (1912) sollte der analytische Sieg auf dem Felde der Übertragung (S. 374) gewonnen werden. Wie Freud wirklich gearbeitet hat, können wir heute trotz interessanter Arbeiten über Freuds Arbeitsweise (Cremerius 1981, May 2015, Roazen 1999) und trotz historischer Berichte von Analysanden (Blanton 1975, Pohlen 2006, Wortis 1994) nicht mehr definitiv wissen. Aus der Untersuchung von Zeugnissen über Freuds Behandlungstechnik schließt Cremerius (1981) jedoch, dass Freud in seinem praktischen Vorgehen der Übertragung vermutlich keinen sonderlich großen Stellenwert eingeräumt hat (s. a.

Leitner 2001) und mit Übertragungsprozessen sehr unbefangen und eher unreflektiert oder aber rational erklärend (Koellreuter 2009) umgegangen ist.

## 2.4 Übertragung als Projektion

Freud beschrieb die Projektion als Abwehrmechanismus, bei dem innere Anteile auf andere Personen projiziert und im Außen wahrgenommen werden. Melanie Klein (1972) erweiterte ihn zum Begriff der projektiven Identifikation, der dann in einer Weiterentwicklung von Money-Kyrle (1956) und Bion (1990, 1984) als archaischer Kommunikationsvorgang begriffen wurde (s. a. Gilch-Geberzahn 1994, Jimenez 1992, Kernberg 1989, Mertens 1991, Ogden 1988, Porder 1991, Schore 2003). Dabei werden unbewusste und wegen ihres starken Affektgehaltes unerträgliche Anteile des eigenen Selbst auf das andere Objekt verlagert und im Falle der reinen Projektion bei einem relativ gut strukturierten Patienten als ein Gedanke über den anderen wahrgenommen. Bei Patienten mit ichstrukturellen Störungen nimmt dieser Vorgang mehr die Form einer projektiven Identifikation an. Hier besteht die Gefahr eines destruktiven Gegenübertragungsgeschehens aufseiten des Therapeuten, da er die projizierten und (durch subtile nonverbale Signale des Patienten) induzierten Anteile des Patienten als intensive eigene Gefühle und Handlungsimpulse verspürt (Götzmann und Holzapfel 2003, Kernberg 1988a, Streeck 2009). Mit derartigen »Stimmungsübertragungen« und »interagierten Affekten« befasst sich auch die Arbeit von Herdieckerhoff (1988), in der dieser kommunikative Vorgang bei der Stimmungsinduktion näher untersucht wird. Aus neurobiologischer Sicht spielen bei diesem Vorgang der Gefühlsansteckung und dem Erzeugen von Gefühlen im Analytiker sicherlich auch die Spiegelneuronen im Frontalhirn eine große Rolle (Bauer 2015). Diese kommunikativen Mikroprozesse wurden von Streeck (2004) und Krause (2006) auf der Basis von videounterstützten Interaktionsanalysen und von Buchholz (2019)

mithilfe von Diskursanalysen therapeutischer Dialoge eingehender untersucht.

## 2.5 Übertragung als einseitiger Vorgang – der Analytiker als passive Projektionsfläche?

Zu einer Beschreibung weiterer Kennzeichen der ursprünglichen Übertragungsarbeit soll im Folgenden ein sehr detaillierter Fallbericht von Wurmser (1988) herangezogen werden, wobei notgedrungen viele wichtige Details weggelassen werden müssen.

Eine zu Beginn der Analyse 45-jährige Patientin hatte auf ihren Analytiker u. a. eine negative Vaterübertragung entwickelt. Sie fühlte sich als Mädchen von ihrem Vater oft lächerlich gemacht und drehte nun in der Analyse den Spieß um, wurde vom passiven Opfer zum aktiven Täter, indem sie den Analytiker und die Analyse permanent entwertete und verspottete und auch nur ein 30 % geringeres Honorar zu zahlen fähig und bereit war. Der Analytiker war damit einverstanden und erkannte erst spät in der Analyse, dass er damit begonnen hatte, eine grundlegende Spaltung im Leben der Patientin mitzuagieren. Während lange Zeit nur der Ehemann der Patientin wusste, dass sie durchaus vermögend waren, waren andererseits nur dem Analytiker die häufigen außerehelichen sexuellen Affären der Patientin bekannt. Sie habe es immer so gehalten, dass niemand die ganze Wahrheit wisse, führte so ein unehrliches Leben und habe ihr wirkliches Selbst aus Angst, von den Eltern verstoßen zu werden, immer verleugnet.

Beispiel für Wurmsers Übertragungsarbeit (1988, S. 306): *»Sie kam auf ihren jetzigen Geliebten zu sprechen und bemerkte beiläufig, dass er vier oder fünf Monate jünger sei als sie: Auf meine Frage kam es heraus, dass es sieben Monate waren. Ich wies auf ihr Spielen mit den Zahlen hin, gleich wie in Bezug auf die Finanzen. ›Ich lasse Sie unbestimmt‹, bestätigte sie, ›als ob dies etwas Liebenswertes und Charmantes wäre, nicht rechnen zu können. Meine Mutter tut dasselbe. [...] Ich dachte immer, welche Lügnerin meine Mutter war. Ich hab's so an ihr gehasst,*

*und doch tu ich's nun selber. Ich schäme mich über den Teil in mir.< ›Und Sie versuchten, auch mich zu Beginn heute nochmals dafür zugewinnen [sic], dieses Stück mitzuspielen, in der Frage nach einem Aufschub der Vollbezahlung; und wie Sie ja auch lange damit Erfolg gehabt haben, mich damit einzubeziehen, indem ich damit einig war. Als ich es jedoch erkannte, was vorging, habe ich es noch eine Weile weiter angenommen, damit wir Gelegenheit hatten, es herauszuarbeiten, was es bedeute.< ›Ich verstehe es ja auch jetzt noch nicht. Ich soll doch besser noch nicht den vollen Preis zahlen. Wir würden der Einsicht verlustig gehen, wenn ich jetzt einwilligte.< ›Es wäre eher darauf angelegt, dass Sie auch mich durch die Herausforderung als enttäuschenden und geldgierigen Vater überführen könnten.< ›Ich möchte eher die Meinung behalten, dass Sie darüberstehen.< ›Und doch mich zum Gegenteil provozieren.< ›Ich hatte einen Mann geheiratet, der das Gegenteil dieses Ideals war, jemand, der sehr am Geld interessiert war.< ›Wie er ja auch die Analyse nur bei stark reduziertem Preis zugelassen hat, obwohl er die richtige Finanzlage kannte.< ›Er hätte es gar nicht anders erlaubt, das ist wahr.< ›So wurde es von Anfang an so inszeniert, ohne dass Sie sich darüber ganz im klaren [sic] waren, dass ich übervorteilt wurde. Und die Fiktion, dass Sie unbemittelt waren und sich nichts leisten könnten, war nicht mehr aufrechtzuerhalten, als Sie selbst diesen Sommer die Finanzverwaltung übernahmen.< [...] ›Es frappt mich, welch Doppelspiel sich da ergeben hat. Auf der einen Seite wusste Ihr Mann die eine Hälfte der Geschichte nicht, die ich wusste – nämlich, Ihre außerehelichen Beziehungen – und darin wurde er zum Narren gehalten. Andererseits kannte er die korrekte Geldsituation, die mir unbekannt geblieben war und worin ich zum Narren gehalten wurde. Sie bemerken den Parallelismus.< ›Wie können Sie noch mit mir arbeiten? Sie müssen ein großes Ressentiment haben.< ›Als ob ein Chirurg nicht mehr operieren könnte, nachdem der Patient sich erbrochen hat. Gerade dies führt uns doch zum Kern der Neurose.<<*

*Zwei Sitzungen später: »Die folgende Stunde [...] begann sie mit Klagen über ihr gegenwärtiges Verhältnis. [...] Letzte Nacht habe sie die ganze Gewalt ihres Hohnes auf ihn losgelassen, ihre ganze entfesselte sexuelle Eifersucht. Nachher fühlte sie sich dann schrecklich: ›Ich bohrte in ihm, wann und wie er Geschlechtsverkehr mit seiner Frau habe, vor mir oder nach mir.< Sie klagte über ihre hässliche Streitsucht und*