

*Aus der Universitäts-Nervenlinik Tübingen
(Direktor: Prof. Dr. W. Schulte)*

WOLFGANG LOCH, TÜBINGEN

ÜBERTRAGUNG — GEGENÜBERTRAGUNG

*Anmerkungen zur Theorie und Praxis **

I. Begründung des Themas

Es erscheint in vieler Hinsicht ebenso gewagt wie überflüssig, daß sich ein Kongreß mit dem Thema „Übertragung und Gegenübertragung“ beschäftigt. Überflüssig, weil seit Anna O. das psychoanalytische Schrifttum und zahlreiche Kongreßberichte den Gegenstand wieder und wieder diskutiert haben (D. W. Orr, 1954, E. R. Zetzel, 1956, R. A. Spitz, 1956/57, G. Scheunert, 1957/58), gewagt, weil zu fürchten ist, daß längst Bekanntes wiederholt wird. Aber uns will scheinen, es gäbe drei triftige Gründe, die die ständige und immer erneute Behandlung des Themas gebieten:

1. Übertragung und Gegenübertragung sind Vorgänge, die in der psychoanalytischen Lehre vom menschlichen Verhalten und Gebaren eine wahrhaft zentrale Stelle einnehmen. Sie sind die entscheidenden Determinanten der psychischen Vorgänge sowohl im Hinblick auf deren Genese wie im Hinblick auf ihre aktuelle Struktur und Dynamik. Ja, man kann noch weiter gehen und sagen, psychisches So-Sein und zwischenmenschliches Verhalten sind gleichsam die manifesten, die beobachtbaren Ausgestaltungen oder Niederschläge einer Felddynamik, deren Kraftlinien vom Spiel der Übertragung und Gegenübertragung gezogen werden. Letztlich hängt das damit zusammen, daß beim Menschen die mitgebrachten Triebfragmente ihr Ziel nur *adäquat* erreichen entweder durch Vermittlung des Objektes oder direkt am Objekt bzw. im Objekt, also nicht durch allein vom Reifungsgeschehen abhängige Instinkthandlungen ablaufen.

Ich spreche von *adäquater* Erreichung des Triebzieles, um anzudeuten, daß nicht eine bloße Entspannung der aufgestauten Triebenergie gemeint ist, sondern das „psychische Wirksamwerden“ des Triebes.

Nun wissen wir, „... auf dem Wege von der Quelle zum Ziel wird der Trieb *psychisch* (von Ref. hervorgehoben) wirksam“ (S. Freud, 1933, 103). Auf diesem Weg aber gewinnt das Objekt Einfluß. Nicht daß es den Trieb, oder besser die Triebenergie, erschafft. Hier ist ein biologischer Grund gelegt. Nicht, daß die Entladung der Triebspannung mit dem Objektbezug identisch

* Auszugsweise vorgetragen auf dem 1. Frankfurter Psychoanalytischen Kongreß zur Eröffnung des Sigmund Freud-Institutes am 16. Oktober 1964.

ist. Wohl aber, daß das Objekt die Trieb*schicksale* determiniert, also auf Richtung, Formwendung und Inhalt des Triebes und auch die ihn regulierenden Formationen, die Abwehrmechanismen, einen bestimmenden Einfluß gewinnt. Besonders klar, weil im Ursprung getroffen, wird die Macht des Objektes, wenn wir uns daran erinnern, daß von ihm die Erfahrung des Befriedigungserlebnisses und damit die Bildung des Wunsches abhängt. Vom Wunsch aber heißt es, „... nichts anderes als ein Wunsch sei imstande, den Apparat (die Psyche, Ref.) in Bewegung zu bringen“ (*S. Freud*, 1900, 604). Wenn nun aber das Objekt mit der Keimsituation des psychischen Lebens so innig verbunden ist, dann folgt daraus, daß die Emanationen des Objektes, seine Übertragungen, von allem Anfang an zu den maßgeblichen Faktoren der seelischen Formwerdung gehören.

Im Lichte der soeben skizzierten Zusammenhänge glaube ich, daß *Breuers* Ausspruch anläßlich der Entdeckung der Übertragung, sie sei das Wichtigste, was sie, das sind *Freud* und *Breuer*, der Welt mitzuteilen hätten (*E. Jones*, 1960, Bd. I, 296), nicht als ein unzulässiger Superlativ betrachtet werden kann. Ja, diese Bemerkung *Breuers* dürfte doppelt gerechtfertigt sein, wenn wir die ebenso bedeutungsvolle Rolle der Gegenübertragung hinzunehmen. Außerdem müssen wir bedenken, daß die gesamte psychoanalytische Theorie auf dem Phänomen Übertragung aufgebaut ist (*W. Loch*, 1965). *Freud* war sich dessen wohl bewußt. Ich brauche nur zwei Stellen anzuführen, um das zu belegen:

a. Bereits 1900 stellt *Freud* fest, daß allen Mitteilungen des Patienten der Arzt als Zielvorstellung zugrunde liegt (*S. Freud*, 1900, 537).

b. In einem Brief an *C. G. Jung* schreibt *Freud* am 6. Dezember 1906: „In der Übertragung liegt dann auch der stärkste, der einzig unangreifbare Beweis für die Abhängigkeit der Neurosen vom Liebesleben“, und zeigt damit eindeutig, wie Übertragung und psychoanalytische Befunde verknüpft sind, in einem Funktionszusammenhang stehen.

2. Übertragung und Gegenübertragung sind aber nicht nur Vorentwurf und Grund der Psychoanalyse, wesentlicher Faktor der Strukturgenese, sondern indem sie es sind, bilden sie das Kernstück der Therapie. „Wer erkennt, daß Übertragung und Widerstand die Drehpunkte der Behandlung sind“, schreibt *Freud* an *Groddeck* am 5. Juni 1917, „der gehört nun einmal rettungslos zum wilden Heer“. Man beachte hier das Wort Drehpunkt. Es muß ganz wörtlich genommen werden, wenn man den vollen Sinn dieser Aussage ausschöpfen will. Drehpunkt ist doch derjenige Punkt, in dem ein Gebilde, ein System einerseits ruht, um den es sich andererseits herumdreht. Man beachte ferner, daß *Freud* in einem Atemzug mit der Übertragung den Widerstand nennt. In der Tat gehören beide Phänomene zusammen, sind nur verschiedene

Konzeptualisierungen oder Komplementärstücke ein und desselben Tatbestandes, was sogleich deutlich werden wird.

3. Die Beschäftigung mit Übertragung und Gegenübertragung wird für notwendig und aktuell erachtet, weil, und ich darf es mit den Worten von *R. Fliess* sagen: „Hinsichtlich bestimmter Interpretationsprobleme werden wir womöglich später einmal eine ganze Generation von Anfängern genannt werden. Eines dieser Probleme betrifft die Deutung desjenigen Übertragungsverhaltens, das als Reaktion auf die Gegenübertragung entsteht.“ (*R. Fliess*, 1953, 298).

Die hier von *Fliess* ausgedrückte Auffassung fordert m. E. von uns nicht nur, daß wir als Therapeuten durch fortgesetzte Eigen- und Kontrollanalyse unsere Gegenübertragung im klassischen Sinne, also als Reaktion auf die Übertragung des Patienten verstanden, zu durchleuchten haben, sondern daß wir den Charakter unserer Gegenübertragung womöglich auch in Beziehung zu bringen haben mit der Struktur der jeweiligen Subgruppe, der wir angehören. Dies ist eine Aufgabe, die uns von der pluralistischen Gesellschaft abverlangt wird, deren gängiges Raumzeitmaß nicht mehr die Wegstunde des Fußgängers, vielmehr die mittlere Reisegeschwindigkeit und durchschnittliche Raumbewältigung eines Mittelklassewagens geworden ist. Um es am Beispiel zu zeigen: Wenn der Analytiker auf die Problematik eines jungen Mädchens mit einer Vatergegenübertragung reagiert, so verhilft ihm die Erkenntnis dieses Tatbestandes zweifellos zum besseren Verständnis des Verhaltens seiner jugendlichen Patientin und läßt ihn auf dieser Gegenübertragung beruhende Fehlinterpretationen vermeiden. Wenn aber darüber hinaus diese Gegenübertragung als genetisch abhängig von der besonderen Struktur seiner sozialen Subgruppe erkannt wird, dann gewinnt die Übertragung des Mädchens einen neuen Aspekt, sie ist nunmehr womöglich zumindest in einem bestimmten Ausmaß ausgelöst, genauer vorwegnehmend entworfen (gestützt auf feinste, in der Regel verbale Zeichen) im Hinblick auf diese besondere Struktur des Analytikers und insofern anachronistisch zu der eigenen zeitgenössischen „vaterlosen Gesellschaft“ (*A. Mitscherlich*, 1963). Oder aber die Gegenübertragung des Analytikers ist überhaupt fiktiv, illusionär, weil von der schnellebigen Zeit längst überholt. Sie ist dann keine reale Gegenübertragung auf eine reale Übertragung, sondern eine ins Leere treffende halluzinierte Gegenübertragung, erwachsen auf dem Boden einer psychosozialen Asynchronizität zwischen Patient und Arzt. Wenn uns aber jede Gegenübertragung eigentlich auch auf eine Analyse ihrer psychosozialen Herkunft verweist, auf ihre zeitgeschichtliche Bedingtheit, dann läßt sich daraus noch einmal ersehen, daß unser Thema nicht abschließbar, sondern permanent akut ist.

II. Der deskriptive und der erklärende Übertragungsbegriff

Um zunächst eine allgemeine Unterscheidung zu treffen, soll Übertragung im deskriptiven Sinn von Übertragung als erklärendem Konzept abgetrennt werden.

Im deskriptiven Sinne heißt Übertragung, der Patient besetzt den Arzt oder eine andere Beziehungsperson mit bestimmten Gefühlen, Wünschen, respektive Triebquanten. Im erklärenden Sinne heißt Übertragung, weil der Patient z. B. im Arzt seinen Vater sieht, versteht er eine vom Arzt gemachte Äußerung als Ausdruck der Rivalität und nicht etwa als einfache sachliche Feststellung. Oder eine Patientin bringt dem Arzt Liebesgefühle entgegen, weil sie ihn für ihren Vater hält.

In beiden Fällen verwandelt sich die erklärende Funktion in dem Moment in eine Beschreibung, in dem der Patient „Einsicht“, verstanden als ganzheitlicher, emotionale und kognitive Faktoren umfassender Akt der integrierten Psyche, in die Richtigkeit der vom Analytiker herangezogenen Klärung seines Verhaltens gewinnt; denn von nun an sieht er unmittelbar und sofort, was geschieht, geschehen ist — anders gesagt, was er weiß, ist ihm „evident“ geworden. Ohne auf die abgründige Problematik der Evidenz einzugehen, möchte ich nur ein Wort *Goethes* zitieren, das uns die hier anklingende Dialektik aufscheinen läßt: „Man erblickt nur, was man schon weiß und versteht“ (*J. W. von Goethe* zu Kanzler *Friedrich von Müller* am 24. April 1819).

Eine weitere Frage ist es, ob dem Patienten die so in einem ersten Zuordnungsschritt gewonnene Evidenz ausreicht — nämlich zur Auflösung einer neurotischen Realitätsumdeutung bzw. einer Symptomatik — oder ob die Einführung neuer erklärender Hypothesen durch den Analytiker notwendig wird. (Von der Frage des Durcharbeitens sei abgesehen.) Im obigen ersten Beispiel: Patient hält den Arzt für seinen Vater, weil etwa eine verdrängte tödliche Aggressivität ihn kompensatorisch zwingt, den Vater „draußen“ immer erneut zu finden (freilich das Ganze ist eine Inszenierung seines neurotischen, im magischen Weltbezug verhafteten Ichs, was weiter zu bedenken wäre). Indem diese erklärende Deutung wiederum eine dahinterliegende Erklärung veranlaßt, ergibt sich eine Kette von Verweisungen und Zuordnungen, d. h. mit Hilfe der Deutungen, also der Einführung erklärender Motivierung, stellt sich eine geschichtete Struktur der Psyche dar. Es erhebt sich sogleich die Frage, wo hat diese Schichtung ihren untersten Boden? Bezüglich der Übertragung dürfen wir sagen, dieser Boden, diese Grundsicht sei erreicht, wenn keine Übertragung mehr zustandekommt, oder besser gesagt, wenn der Übertragungsanteil an den psychischen

Produktionen des Kranken unter ein bestimmtes Niveau abgesunken ist. Haben wir Kriterien, die uns hier eine Festlegung gestatten?

III. Übertragung und Widerstand

Eine Lösung dieser Frage läßt sich vielleicht herbeiführen, wenn wir uns den Zusammenhang zwischen Übertragung und Widerstand klarmachen. Es heißt: „Die Übertragungsidee genügt dem Widerstand und darum kann sie zum Bewußtsein durchdringen“ (S. Freud, 1912, 369). Diese Aussage hat zwei Bedeutungen: Erstens sagt sie, anstelle der (das Trauma) reproduzierenden Erinnerung tritt reproduzierendes Agieren. Zweitens gibt sie einen Hinweis auf das Korrelationsverhältnis zwischen den beiden Phänomenen. Um das letztere näher zu beleuchten, gehen wir davon aus, daß unbewußte Vorstellungen an sich unfähig sind, ins Vorbewußte oder ins Bewußte einzutreten, es sei denn, sie „übertragen“ ihre Intensität auf eine dem Vorbewußten bereits angehörende Vorstellung, lassen sich auf diese Weise „decken“ (S. Freud, 1900, 568). Mit dieser Vorstellung *Freuds* sind wir bei den „Mechanismen“, die der Übertragung zugrunde liegen, bei dem allgemeinen Vorgang der Überführung des Ubw in das Bw, der „Wiederkehr des Verdrängten“, oder um eine andere, präzisere Terminologie zu gebrauchen, der Deformierung des Sekundärprozesses durch den Primärprozeß. Wir wissen, daß dergleichen aber nur geschieht, wenn eine Abwehr, genauer eine „pathologische Abwehr“ gegen „eine noch nicht übersetzte Erinnerungsspur“ (S. Freud an W. Fliess am 6. Dezember 1896 in: Aus den Anfängen der Psychoanalyse, 178/188) wirksam ist, denn sonst erfährt das „vorhandene Material von Erinnerungsspuren ... eine *Umordnung* nach neuen Beziehungen, eine *Umschrift*“ (S. Freud, a. a. O. 185, im Original hervorgehoben), der kein neurotischer Charakter zukommt. (Zur Unterscheidung von normaler und pathologischer Abwehr siehe auch M. M. Gill, 1963, 21.)

Unter Berücksichtigung dieser Überlegung wird uns die enge Beziehung von Übertragung und Widerstand deutlich. Übertragung ist nicht existent ohne Widerstand. Aber andererseits gibt es auch keinen Widerstand ohne Übertragung. Letzteres ist ohne weiteres klar, insofern der Widerstand als Funktion des Ichs immer nur im Dienste des Ichs steht und somit Garant ist für die intakte Beziehung des Ichs zu der „entscheidenden“ Realität: das sind die wesentlichen Beziehungspersonen, denen jeweils die Aufgabe der Lebenserhaltung und der Gewährung von Sicherheit zukommt. Widerstand, Abwehr üben also immer nach zwei Seiten eine Funktion aus: Sie verwehren den Triebrepräsentanzen den Zugang zum Bw, und sie binden das Ich an „seine“ Realität.

Um die vorgetragenen Zusammenhänge zu erläutern, wähle ich *Freuds* Beispiel aus seiner berühmten Arbeit „Die Verneinung“*. — Der Widerstand liegt hier in der zur Traumfigur, von der ich annehme, sie sei libidinös-sexuell besetzt, als Assoziation gegebenen Bemerkung: „Die Mutter ist es *nicht*“ (im Original hervorgehoben). Indem dieser Mechanismus funktioniert, wird die Übertragung der Vorstellungsrepräsentanz (der infantilen Mutter) von dem Perzept der Traumfigur ferngehalten und auf die psychische Repräsentanz der Wortvorstellung „Mutter“ übertragen, so daß ein bw. Urteilsakt möglich wird. Bezüglich der Verneinung sagen wir, das Ich, und zwar sein unbewußter Anteil, habe eine Abwehr vorgenommen.

Es ist zunächst die Frage, ob diese transitive Ausdrucksweise korrekt ist, ob sie nicht ein unzulässiges teleologisches Moment einführt. Liegen nicht vielmehr kausale Verhältnisse vor? Ich neige zu der letzteren Auffassung, und zwar wegen der genannten doppelten Funktionsrichtung der Abwehr. Für die Verneinung sieht das z. B. so aus: Die Abwehr „Verneinung“ entsteht, damit der von uns Ich genannte Persönlichkeitsanteil in dieser seiner speziellen Umwelt existent sein kann. Existent darf z. B. eine asexuell-infantile Beziehung zur Mutter sein, der eine Ich-Ideal-Übertragung zur Mutter zugehört. Eine solche Übertragungsbeziehung schließt eine Reihe anderer Lebensmöglichkeiten in der äußeren Realität aus. Im besonderen etwa eine sexuell-inzestuöse Beziehung zur Mutter¹. Im herangezogenen Fall heißt nun Wirksamwerden des Abwehrmechanismus Verneinung gegenüber der Traumfigur, eben diese Traumfigur mit libidinös-genitalen Impulsen besetzen können, denn sie ist ja *nicht* die Mutter².

Wir können formulieren, indem Verneinung operativ wird, ist sexuell-libidinöse Übertragung da. Wir müssen aber hinzunehmen, daß vor der Verneinung bereits eine *Trennung von Affekt und Vorstellungsrepräsentanz* bezüglich des Triebobjektes vorgefallen ist, ein Vorgang, der von *Freud* als *fundamentale Abwehrleistung* des Ichs schon 1894 erkannt wurde. *Freud* hatte auch damals sogleich den bewirkenden Mechanismus dieses Vorganges erfaßt. Er schrieb: „Das Ich hat damit erreicht, daß es widerspruchsfrei geworden ist ...“ (*S. Freud*, 1894, 63). Wir sollten, wiederum korrekt

* Die sich anschließenden Erörterungen beziehen sich auf den folgenden Passus, in dem *Freud* seinen Patienten sagen läßt: „Sie fragen, wer diese Person im Traum sein kann. Die Mutter ist es *nicht*.“ Wir (der Analytiker, Ref.) berichtigen: Also ist es die Mutter. Wir nehmen uns die Freiheit, bei der Deutung von der Verneinung abzuweichen und den reinen Inhalt herauszugreifen“ (1925, 11).

¹ Nicht ausgeschlossen sind derartige Beziehungsmöglichkeiten aber in einer inneren, virtuellen Realität im Unbewußten.

² Die libidinös-sexuelle Übertragung stammt dabei aus dem Verdrängten, also aus dem Es. Auch sie ist nicht gemacht, absichtlich bewirkt, vielmehr Resultante der ökonomischen Feldbedingungen. *Freud* bemerkt ja ausdrücklich, Übertragung sei ein spontanes Ereignis, das von der Analyse nicht erzeugt wird, dessen Manifestation sie allerdings begünstigt, die sie insbesondere „aufdeckt und isoliert“ (*S. Freud*, 1925, 68). An dieser Stelle sehen wir übrigens, wie tatsächlich die Objektbesetzung, die propulsive Kraft von Es-Regungen ausgeht, und es wird uns einsichtig, warum die psychoanalytische Theorie, wie es *D. Rapaport* (1960) so überzeugend und eindringend dargetan hat, die Triebe als *causae ultimae*, oder wie man vielleicht auch sagen könnte, als *causae movens* mit tiefer Berechtigung sieht. Der Abwehr nämlich, in unserem Beispiel der Verneinung, kommt als solche keine bewegende Kraft zu.

ter, nicht in diesem Ziel die das Geschehen determinierende Kraft sehen, sondern umgekehrt sagen, die Notwendigkeit mit seiner lebenswichtigen Objektwelt im Einklang zu stehen, schließt aus, was zu ihr im Widerspruch steht. Vom Ich, also dem in und durch die Anpassungsleistung existierenden Persönlichkeitsanteil, sind so gesetzmäßig bestimmte (je individuell und kulturell verschiedene) Vorstellungs- und Affektrepräsentanzen der Beziehungspersonen ausgeschlossen. Aus dieser Perspektive wird die *differenzierende Funktion des Ichs* — um keine andere handelt es sich ja bei dieser Aufsplitterung der „primär“ einheitlichen Objektrepräsentanz³ — zu einer *konfliktabhängigen und kausal determinierten*.

Nachdem diese Spaltung des Triebobjekterlebnisses⁴ eingetreten ist, kommt erst die eigentliche Verdrängung ins Spiel (ein Mechanismus, der nicht vor Erreichung einer bestimmten Organisationshöhe, nämlich der „Sonderung von bewußter und unbewußter Seelentätigkeit“, zur Entfaltung gelangt; S. Freud, 1915, 250). Oder vielleicht sollte man auch hier besser sagen, die Verdrängung ist eine Seite dieses ganzen Geschehens, diejenige Funktion nämlich, die der eingetretenen Spaltung Dauer verleiht. Verdrängung ist insofern an Struktur gebunden oder mit Struktur identisch.

Wenn nun „... das Vorbild und das erste Beispiel der *psychischen Verdrängung*“ (im Original hervorgehoben) besteht in „der Abwendung ... von der Erinnerung des einst Peinlichen“ (S. Freud, 1900, 606), dann bedeutet das im vorliegenden Beispiel Abwendung von der Erinnerungsspur, die dem ursprünglichen, emotional-kognitiv diffus einheitlich erlebten, jetzt in Vorstellungs- und Affektrepräsentanz aufgespaltenen Triebobjekt „Mutter“ zugehört, wobei das Moment des „Peinlichen“ als Korrelat zu einer speziellen Umwelt erscheint.

Wenn diese Abwendung aufrechterhalten wird, oder anders ausgedrückt, wenn dem ursprünglichen Erlebnis (bzw. seiner Repräsentanz) die Energiebesetzung entzogen wird („... daß den Mechanismen der Verdrängung wenigstens eines gemeinsam ist, die *Entziehung der Energiebesetzung*“). Im Original hervorgehoben, S. Freud, 1915, 257), liegt fortgesetzte Verdrängung vor. Die aufrechterhaltene Verdrängung, die das Perzept (die Traumfigur) von einer Verschmelzung mit dem ursprünglichen Objekt (bzw. mit dessen Perzept) durch die Betonung der Vorstellungsverschiedenheit bewahrt, ermöglicht das Insspieltreten der Verneinung und so eine intellektuelle Wiederkehr des Verdrängten im Wort, im Begriff.

Aus all diesen Ausführungen ergibt sich, daß zwischen dem Phänomen

³ „Primär“ muß in diesem Zusammenhange erläutert werden: Es ist die „primäre“ Synthese der über verschiedene Sinnesfelder zunächst protopathisch erlebten Perzepte der Objekte gemeint.

⁴ Es fragt sich, ob dieses Ereignis nicht mit der „Urverdrängung“ identisch ist. Sie würde ansetzen an den diffus-protopathisch erfahrenen Repräsentanzen bzw. überhaupt deren Zusammenschluß zu einer ersten Gestalt im Ansatz unterbinden.

Widerstand und dem Phänomen Übertragung eine Gleichzeitigkeitskorrelation besteht, kein Ursache-Wirkungs-Verhältnis. Wo aber ist das übergeordnete Prinzip zu suchen, das beide Phänomene steuert? Es ist zweifellos eine abwehrende, verbotende Instanz, der diese Aufgabe obliegt. Im angeführten Beispiel ist es die Inzestschranke, deren struktureller Repräsentant der restriktiv-persekutorische Anteil des Über-Ichs ist. In *Freuds* Aufsatz erfahren wir nichts über dieses Moment, er dient ja auch nicht der Demonstration der Übertragungsmechanismen, sondern einer anderen These. Aber vielleicht dürfen wir einen Augenblick *Freuds* Fall spekulierend noch weiter ergänzen. Man kann nämlich z. B. annehmen, der Patient, von dem diese eine Assoziation zu einem Traumfragment stammt, habe auf ihn, *Freud*, eine Mutterübertragung gehabt und also im Traum an der fremden Gestalt seine libidinös-sexuelle Komponente dargestellt unter dem Schutz der zu *Freud* selbst bestehenden zärtlich-asexuellen Ichidealübertragung. Deren Existenz und zugleich ihre Aufrechterhaltung wäre dann der Ermöglichungsgrund der „Verneinung“! Wie man sieht, *erscheint* so die „Verneinung“ *im Rahmen definierter Objektbeziehungen und als deren „Reflex“*, sie ist *nicht final*, sondern ein *Entwicklungsprodukt*. — Man könnte aber auch annehmen, *Freud* sei für den Patienten der die sexuelle Sohn—Mutter-Liebe verbotende Vater. Der Traum würde also womöglich als Test aufzufassen sein in dem Sinne, daß er die Reaktion des Vaters auf erste heterosexuelle Unternehmungen hervorlocken will. Die Verneinung diene dann zugleich der Beruhigung des Vaters, indem sie die Konkurrenz um die Mutter ausschließt. Diese letztere Annahme liefe auf eine Übertragung des verbotenden Über-Ichs auf den Analytiker hinaus. Wie sähe ihr Komplement, der ihr zugehörige Widerstand aus? Ein solches Komplement, einen Widerstand muß es ja gemäß unseren angestellten Überlegungen geben. Er würde im Verleugnungsmechanismus bestehen, d. h. *Freud* ist ja nicht *Freud*, ein Fremder mit ganz neutralen Gefühlen mir gegenüber, sondern er ist mein Vater, der mich wegen meiner sexuellen Wünsche zu kastrieren droht etc.

Freilich, wir brauchen diese Frage hier nicht weiter zu verfolgen. Es sollte durch unsere Überlegungen nur unterstrichen werden, daß notwendigerweise Übertragung und Widerstand sich gegenseitig bedingen. Auf der Hand liegen aus dieser Einsicht folgende Implikationen für die Therapie: Beide Phänomene sind zu analysieren, und die Analyse des einen wird nicht ohne Rückwirkung auf die Existenz des anderen sein. Allerdings gilt das nur insofern, das muß hinzugefügt werden, als Analyse verstanden wird als Deutung der effektiv sich abspielenden Vorgänge *und* Deutung der diesen Vorgängen zugrundeliegenden, der sie bewirkenden Motive.

IV. Übertragung und „umgreifende“ Realität

Damit sind wir meines Erachtens näher an eine Beantwortung der früher gestellten Frage herangekommen, die dahin ging, das Kriterium für ein Sistieren der Übertragung aufzusuchen. Nun, das Merkmal für ein Aufhören der Übertragung liegt im Nachweis des Abbaues der zugehörigen Abwehr. Aber indem auch das Umgekehrte gilt, haben wir uns in einer zirkulären Argumentation gefangen: Abwehr wird an der Übertragung erkannt, Übertragung beweist Abwehr. Angesichts dieser Lage sind wir aufgefordert, ein Kriterium zu finden, das zu beiden Phänomenen exzentrisch liegt. Man könnte zunächst dieses Kriterium im Verschwinden der Symptome sehen, wenn man nicht längst wüßte, daß hierin gar keine Gewähr für eine ausreichende analytische Therapie liegt. Meist begnügen wir uns, das Kriterium in der Wiederherstellung der Genuß- und Arbeitsfähigkeit zu sehen, die besser durch das auch *Freud* zugeschriebene Wort: „lieben und arbeiten“ getroffen wird (*E. H. Erikson*, 1953, 58). Und doch heißt das immer noch nicht, mit dem uns gemäßen Maß messen, denn beide Begriffe, lieben und arbeiten, sind ebenfalls keine absoluten Größen. Aber wir können nicht umhin zu messen. Welches ist unser Maßstab? *Freud* selbst hat vollkommen klar zum Ausdruck gebracht, daß wir auf unser eigenes Bezugssystem rekurrieren, daß wir von ihm her unsere Maßstäbe nehmen. *Freud* sagt z. B., es sei unser therapeutisches Ziel, „... unsere Überzeugung ... von der Undurchführbarkeit eines Lebens nach dem Lustprinzip zu der seinigen (des Kranken, Ref.) werden zu lassen“ (*S. Freud*, 1919, 184). Es ist klar, daß das undurchführbare Lustprinzip einem bestimmten Realitätsprinzip korreliert ist.

Warum wird aber im Rahmen unseres Themas diese Problematik überhaupt berührt? Weil sie zeigt, daß die Frage: Was sind Übertragung und Widerstand?, wenn wir sie bis in ihren Wurzelgrund verfolgen, uns sogleich konfrontiert mit uns selbst, mit unserer eigenen *sogenannten* Realität und dem ihr entsprechenden Koordinatensystem. Es gibt aber Fälle, und oben wurde in anderem Zusammenhang schon darauf verwiesen, in denen unser Realitätsprinzip dem des Patienten absolut inkongruent ist, wo unsere „Ich-Funktionen“ — für die die Analyse ja „die günstigsten Bedingungen herstellen“ soll (*S. Freud*, 1937, 96) — einen ganz anderen Charakter haben. Wären wir auch dann in der Lage zu analysieren? Offenbar nicht, denn nur im Rahmen eines gemeinsamen Bezugssystems ist es sinnvoll, von speziellem Widerstand und spezieller Übertragung zu reden. Wir können das, um an eine von *H. Hartmann* eingeführte Terminologie anzuknüpfen, auch so ausdrücken: Analyse ist dort möglich, wo Patient und Arzt von

einem übergreifenden, einem „Realitätsprinzip im weiteren Sinne“ (H. Hartmann, 1937, 83) auf ein gemeinsames Grundwesen ausgerichtet sind. Erst im Rahmen des so geschaffenen Spielraumes konstituiert sich nämlich das Realitätsprinzip unseres Alltags. Erst aus der Perspektive, die den Menschen als „ein Subjekt, das zu einem Sollen fähig ist“ (R. Schaeffler, 1964, 80) sieht, kann es sinnvoll werden, von der Analyse der determinierten Zusammenhänge und der determinierenden Faktoren zu sagen: „daß sie dem Ich des Kranken die *Freiheit* (im Original hervorgehoben) schaffen soll, sich so oder so zu entscheiden“ (S. Freud, 1923, 280). Freilich, in der alltäglichen Praxis spielen diese Überlegungen kaum eine große Rolle. Die mittlere Spielbreite, in der sich unsere Kranken in der Regel bewegen, genügt der mittleren Spielbreite unserer Ich-Funktionen, unseres Realitätsprinzips. Und wir sind zu Recht zufrieden, wenn es uns gelingt, im Rahmen vorgegebener Verhältnisse ein ausreichendes Funktionieren der psychischen Tätigkeiten des Patienten erzielt zu haben.

V. Die Bedeutung der Übertragung für die Entwicklung der psychoanalytischen Strukturtheorie

Auf eine weitere Konsequenz, die aus der Einsicht in die Relativität und Zeitbedingtheit unseres Realitätsprinzips resultiert, ist hinzuweisen: Welche Bedeutung kommt unserem Realitätsmuster, etwa unserer abendländischen Mentalität für die Ausbildung der psychoanalytischen Theorie und ihrer Gestaltung zu? Mit anderen Worten: *Freuds* Übertragung — jetzt verstanden, im weitesten Sinne als Interpretation der Gegenwart (des Patienten) gemäß den Begriffen der Vergangenheit⁵ (das sind die mitgebrachten und nicht befragten Anschauungen und Ordnungsschemata des Analytikers) — hat natürlich seine Strukturtheorie des psychischen Apparates kodeterminiert. *Freud* hat dabei jedoch keine Chimäre errichtet, weil letztlich zwischen seinem Weltbild und dem seiner Kranken eine fundamentale Übereinstimmung bestand. Nehmen wir aber einmal an, das Ich und seine Aspirationen würden nicht den Platz eingenommen haben, der ihnen von dem Motto „höchstes Glück der Erdenkinder sei nur die Persönlichkeit“ zugewiesen wird, hätte dann der Aufbau des seelischen Apparates die von *Freud* vorgefundene Anatomie und Physiologie gezeigt? Ich möchte annehmen, die Anatomie des Apparates Psyche wäre anders ausgefallen. Aber, so müssen wir weiterfragen: Wären die Funktionsgesetze, also die Physiologie, wenn man so will, dieser anders strukturierten Psyche von den bisher bekannten verschieden? Ich glaube, die Frage ist zu verneinen. Identifikation

⁵ Dies ist eine bekannte und oft verwendete Definition der Übertragung (O. Fenichel, 1945, 29).

und Projektion, Spaltung und Verdrängung, primäre und sekundäre Funktionsweisen, Abwehr und Übertragung etc. — kurz, alle *anabolischen und katabolischen Prozesse der Psyche*, die die Psychoanalyse entdeckt hat, *sind gegenüber dem Bezugssystem invariant*. Es sind Dynamismen, denen der Rang von Naturgesetzen zukommt, die wir studieren können, wo immer ein Organismus von der Strukturtherhöhe, dem Komplexitätsgrad des Menschen in Wechselwirkung mit seinesgleichen tritt. Wenn man also auch einen Einfluß von *Freuds* Begriff der Übertragung, in letzter Zuordnung von dem durch ihn repräsentierten Zeitgeist, auf die Art, den Stil der psychoanalytischen Theorie nicht bestreiten kann, die aufgefundenen Baugesetze, Statik und Funktionsweisen der Psyche sind in ihrem Grunde hiervon unabhängig. Übrigens folgt aus dieser Einsicht erneut (wie schon oben aus dem Zusammenhang zwischen Übertragung und Widerstand), daß wir von Analyse *sensu strictiori*, von vollständiger Analyse nur reden sollten, wenn wir mit dem Patienten die Funktionsweisen seines psychischen Apparates aufgedeckt haben.

VI. Die auslösenden und unterhaltenden Faktoren der Übertragung

Wir hatten schon auf die eigentliche Quelle der Übertragung, auf ihren Ursprung in den Es-Regungen verwiesen. Wir müssen uns nun kurz mit den Faktoren beschäftigen, die die Manifestation der Es-Regungen begünstigen. Dabei können wir äußere und innere, exogen-situative und endogen-konstitutionelle unterscheiden. Über die äußeren situativen Faktoren hat *I. Macalpine* (1950, 501) eine größere Zusammenstellung gegeben, auf die verwiesen sei (s. auch *M. M. Gill* und *M. Brenman*, 1959, 328).

Zu den inneren Faktoren möchte ich vor allen Dingen rechnen: 1. das Ausmaß der schon vorhandenen freien Triebvalenzen libidinöser wie aggressiver Herkunft (die natürlich durch die exogenen Bedingungen der analytischen Situation und den hiermit induzierten Regressionsschub verstärkt werden); 2. den Wiederholungszwang; wobei wir in Rechnung stellen müssen, daß er repetierend-reproduktive wie auch restituierende Funktionen haben kann (*E. Bibring*, 1943; *J. Hendrick*, 1942; *O. Fenichel*, 1945)⁶. Aus alledem ergeben sich bestimmte Folgerungen für die Therapie, auf die z. B. *F. Alexander* (1955/56) eingegangen ist.

Den exogen-situativen Faktoren ist nun insbesondere 3. die Gegenübertragung des Arztes zuzurechnen.

⁶ *T. Lipins* These, daß der Wiederholungszwang entsteht aus dem (von ihm als „intrasystemic conflict“ gesehenen) Zusammenprall zwischen den der Spannungsregelung dienenden Triebrepräsenzen („instinctual drive representatives“) und Triebrepräsenzen, die dem Reifungsprozeß zugehören, kann hier nicht erörtert werden. Die von diesem Autor getroffene und seiner Theorie zugrundegelegte Unterscheidung von „maturational“ und „instinctual drive-representatives“ dürfte wegen der in jedem Falle nachweisbaren Verbindung von Trieb und Objekt für das Übertragungsproblem von geringerem Wert sein (*T. Lipin*, 1963, 389).

Zu den die Übertragung unterhaltenden Faktoren sind zu zählen 1. der Leidensdruck; 2. die Introjektion des Über-Ichs (*S. Rado*, 1926 und *J. Strachey*, 1935, 486); 3. die Freisetzung libidinöser Impulse als Folge des psychoanalytischen Prozesses (*H. Racker*, 1954).

VII. Die Bedeutung der Übertragung für den therapeutischen Prozeß

Es ist allgemein bekannt, daß *Freud* die Übertragung zunächst als Widerstand gegen das Erinnern, insbesondere gegen die Reproduktion des pathogenen traumatischen Ereignisses ansah. Der Geniestreich bestand darin, zu erkennen, daß und wie die „emotionale Verstrickung“ des Patienten mit dem Analytiker „in sich selbst eine Mitteilung“ darstellt, so daß sie zum „Träger der als emotionaler Prozeß verstandenen Analyse“ wird (*R. Waelder*, 1956, 367). Die Übertragung gestattet demgemäß die „Krankheit nicht als historische Angelegenheit, sondern als aktuelle Macht zu behandeln“ (*S. Freud*, 1914, 131). Die letzte Formulierung drückt zugleich die wichtige Einsicht aus von der gegenseitigen Bezogenheit, ja Vertauschbarkeit, die zwischen Symptom und Übertragung gegeben ist. Nur wenn und soweit Symptome in Objektbeziehungen, also Übertragungen konvertierbar sind, kann Analyse die restlose Aufklärung der Krankheit im Sinne einer kausalen Therapie bewirken. Soweit das nicht der Fall ist, muß sie sich auf die Analyse der Krankheitsanlässe und damit deren eventuelle Beseitigung beschränken, was natürlich oft segensreich ist und als ausreichender Eingriff gelten darf.

Die Verwandlung der Symptomneurose in Übertragungsgeschehen und ebenso auch die Umsetzung der Charakterstruktur in zwischenmenschliche Dynamik führt nun, insofern sie sich auf eine Person konzentriert, an ihr abspielt, zum Begriff der Übertragungsneurose „jener“ artifiziellen Krankheit (*S. Freud*, 1914, 134/135). Die Übertragungsneurose, eine Entität trotz aller Unschärfe, die dem Begriff anhaftet (*T. Szasz*, 1963, 432), gibt sowohl dem Patienten wie dem Arzt einen massiven Anschauungsunterricht, liefert den unübersehbaren Beweis für die neurotische Natur, d. h. für den zwischenmenschlichen Bezug dieses Leidens. Die Frage, inwieweit der Arzt die Entwicklung der Übertragungsneurose begünstigen soll (allzu rasches und heftiges Interpretieren stört ihre Entfaltung; *W. Hoffer*, 1950, 195), wieweit also die Regression zur Wiederbesetzung der infantilen Imagines zu fördern ist, wurde oft gestellt, meines Wissens nie schlüssig beantwortet. Diese Frage könnte nur beantwortet werden, wenn wir vergleichbare Untersuchungen über analytische Therapie von Fällen mit und ohne Übertragungsneurose hätten. Ich kenne solche Untersuchungen nicht, aber sicher gibt es für

Krankheiten wie auch Persönlichkeiten je ein spezifisches Maß an Regression, das erreicht werden muß, um analytische Heilung, das ist Strukturveränderung der Psyche, zu erzielen.

Den Übertragungsneurosen stehen diejenigen Neurosen gegenüber, die sich durch mangelhafte Übertragung auszeichnen, genauer gesagt, durch mangelhafte „normale Übertragung“. Mit der Formulierung „normale Übertragung“ soll zugleich ihre Pathologie gekennzeichnet werden: Es sind narzißtische Neurosen, ausgezeichnet durch eine defekte Besetzung des Partners oder besser durch das Fehlen von Ganzobjektbeziehungen. Diese Kranken übertragen nur Teilobjekte oder aber, sofern anscheinend von Ganzobjekten geredet werden kann, liegt eine wahnhaftige Übertragung vor. Ich will auf Einzelheiten nicht eingehen; aber dies alles leitet uns über zur:

VIII. Aufsplitterung der Übertragung

a) Soeben wurde schon auf die Unterscheidung, die zwischen einer Übertragung von Ganz- und Teilobjekten besteht, hingewiesen. Letztere ist identisch mit der Übertragung von Ich-Kernen (*E. Glover*, 1943) bzw. der projektiven Identifikation (*M. Klein*, 1946). Aber außer diesen mit Ich-Zerfall einhergehenden Aufsplitterungen der Übertragung gibt es solche, die die Person intakt lassen, also auf Externalisierungen von Überich-Kernen (der Begriff jetzt analog zu dem der Ich-Kerne verstanden) beruhen:

b) So finden wir neben der Übertragung zum Arzt Übertragung zu anderen wichtigen Beziehungspersonen des Patienten. Der Patient, der etwa in der einen Richtung den aggressiv-persekutorischen Anteil des Über-Ichs überträgt, überträgt in der anderen womöglich das Ich-Ideal. Durch die Aufsplitterung der Übertragung erfahren wir etwas über das Gesamt der inneren Objektbeziehungen des Patienten. Auf diese Art und Weise können wir oft auch sehen, daß die Neurose ein Subsystem (*W. Loch*, 1963/64, 519) der Gesamtpersönlichkeit darstellt, z. B. sich blühend manifestiert in der Übertragungsneurose, wohingegen die Persönlichkeit in einem anderen Funktionskreis, der sich vielleicht in den Beziehungen zur Familie oder im Beruf realisiert, keine groben Störungen aufweist⁷. Eine derartige Unterteilung der Gesamtpsyche ist durch klinische Beobachtungen gut gesichert. Ich erinnere nur an die starke situative Abhängigkeit mancher psychotischer Symptomenverbände (*M. Katan*, 1954 und *W. R. Bion*, 1957, 266). *Freud* hat schon beim Rattenmann beschrieben, wie dessen Persönlichkeit gleich-

⁷ Es wäre interessant zu untersuchen, ob das anscheinend normale Verhalten in diesen Funktionskreisen deshalb möglich ist, weil „pathogene“ Persönlichkeitsanteile dort externalisiert sind. Sicher sind ja die psychischen Dekompensationen, die in sogenannten „Entlastungssituationen“ auftreten, z. T. von dieser Dynamik her ausgelöst.

sam drei Daseinsformen, drei verschiedene Strukturen anzunehmen vermochte (*S. Freud*, 1909, 463).

Wenn also die Neurose oder die Psychose als ein Subsystem der Gesamtpsyche angesehen werden kann, freilich oft genug von einer solchen Dominanz und Ausdehnung, daß die nichtneurotischen Systeme der Psyche praktisch nicht wahrnehmbar sind, dann erhebt sich die Frage, ob die entwickelten Übertragungen dem neurotischen Subsystem oder der Restpsyche entspringen. Diese Frage begegnet uns in praxi immer wieder bei Patienten, die alles tun, um das neurotische Element ihres Verhaltens aus der Beziehung zum Arzt herauszuhalten. Sie geben sich vernünftig und einsichtig, ja spielen den idealen Patienten. Hierher gehört demgemäß zum Teil das Kapitel des Agierens außerhalb der Analyse, was uns unter Umständen zwingt, im Interesse der Fortsetzung der Kur einen Parameter einzuführen etwa in dem Sinne, daß wir für den Patienten handeln. Eine Analyse dieses Vorganges läßt uns dann meist erkennen, daß gerade dadurch dem Patienten jene Befriedigung verschafft wurde, deren Versagung er aus Angst via Gegenübertragung provozierte.

Nehmen wir z. B. an, ein Patient zeigt sich in der Stunde als gelehriger Analysand, bringt Einfälle, weiß Interpretationen zu vertiefen, ja reagiert auf sie konstruktiv, indem sie ihn zur Aufdeckung verschütteter Erinnerungen führen oder sogar bisher vermiedene Objektbeziehungen freigeben. Draußen hingegen, z. B. in seiner Ehe, spielen sich heftigste Fehden ab. Seine schwangere Frau erkrankt bald und entwickelt alarmierende, effektiv lebensgefährliche Symptome. Der Patient fragt seinen Analytiker, was er machen soll. Ob es geboten sei, einen Arzt hinzuzuziehen, oder ob er, wie es dem Willen seiner Frau entspräche, noch abwarten solle. Der Analytiker, durch die geschilderte Symptomatik beunruhigt, wird sich — wohl zu Recht — verpflichtet fühlen, die Konsultation eines Arztes dringend anzuraten. Was ist geschehen? Der Patient hat über die Symptomatik seiner Frau — sein alter ego — erreicht, daß sein Arzt sich betroffen zeigt, ihn berät, zugleich durch sein ärztlich-sachverständiges Urteil seine Macht enthüllt, aber obendrein hat der Patient über den Appell an die höchste Gewissensinstanz, das ärztliche Ethos, die analytische Potenz für den Augenblick außer Funktion gesetzt, zerstört und den Arzt somit auf seine Ebene gezogen, ihn zu seinem Komplizen gemacht.

Zuweilen gelingt die Rückführung des im Ausagieren enthaltenen Materials, noch bevor es zur Krise kommt, durch Interpretation der in den Stunden meist herrschenden infantilen Ich-Ideal-Übertragung; d. h. der Patient macht den Arzt zum guten desexualisierten idealen Objekt, um libidinöse Bedürfnisse draußen unterzubringen oder um böse, strafende Überich-An-

teile und die aggressiven Strebungen aus der Analyse herauszuhalten. Erst wenn der Analytiker hier nicht mitspielt, kommt die eigentliche Neurose in die Therapie hinein.

Hierher gehört auch — das herangezogene Beispiel gab schon den Hinweis — das Kapitel der „Mobilisierung eines Stellvertreters“ (*M. Wangh*, 1963, 129) oder der Repräsentierung eigener Probleme und Symptome im kranken Partner. Der letztere Mechanismus kann in der ärztlichen Allgemeinpraxis relativ häufig studiert werden. In solchen Fällen muß man meines Erachtens oft ziemlich lange Zeit darauf verwenden, dem Patienten die Projektionen seiner Probleme in den Partner deutlich zu machen, bevor man die eben genannte infantil-prägenitale Übertragung interpretiert. Erst in der dritten Phase konzentriert sich das zuvor im Partner behandelte, meist sehr virulente Material in der Stunde und stellt sich so der Bearbeitung.

IX. Die Gegenübertragung

Weiter vorne wurde schon die für uns gültige Definition der Gegenübertragung gegeben. Wir ziehen sie anderen Definitionen vor, finden z. B. *A. Reichs* Erläuterung des Begriffes zu unscharf, weil sie offenbar auch Reaktionen des Analytikers einschließt, die nicht durch die Übertragung des Patienten ausgelöst sind: „Counter-transference comprises the effects of the analyst's own unconscious needs and conflicts on his understanding and technique“ (*A. Reich*, 1951, 26). Auch *M. Gitelsons* Vorschlag, die totale Reaktion auf den Patienten Übertragung, die Reaktion auf partielle Aspekte des Patienten Gegenübertragung zu nennen, scheint uns eher zu Verwirrung Anlaß zu geben (*M. Gitelson*, 1952, 1).

X. Genese der Gegenübertragung

Freilich die Tatsache, daß die Definition des Begriffes Gegenübertragung Schwierigkeiten aufwirft, gibt schon den Hinweis auf eine in der Sache liegende Mehrdeutigkeit. In der Tat stoßen wir gerade vom Begriff der Gegenübertragung her auf ein tiefgreifendes Problem, das wir vermeiden konnten, solange wir nur von der Übertragung sprachen. Bis dahin brauchten wir nämlich nicht eigens zu untersuchen, inwieweit es sich bei der Übertragung um eine fixe Größe handelt. Sobald wir nun die Gegenübertragung bedenken, wird deutlich, daß wir es mit einem Beziehungssystem zu tun haben, wobei der eine Faktor die Funktion des anderen ist. In der Definition der Gegenübertragung ist bereits enthalten, daß sie die Reaktion auf

die Übertragung des Kranken ist. Für die Übertragung geht diese Abhängigkeit aus der folgenden, die Genese der Übertragung betreffenden Überlegung hervor: Übertragung geschieht im Hinblick auf bestimmte Verhaltensformen bestimmter Objekte. Der Patient, der z. B. aggressive Regungen überträgt, sich also bezüglich der Objektbeziehungen in der Identifikation mit dem Aggressor befindet, tut das, weil er womöglich einem erwarteten Angriff des Objektes zuvorkommen will, oder etwa weil von ihm erwartet wird, daß er männlich-aggressives Gebaren zeigt. Insofern ist also seine Übertragung als Reaktion, als Funktion der einstigen Übertragung seiner wichtigen Beziehung anzusehen (siehe auch *H. E. Richter*, 1963). Aus dieser genetischen Perspektive sind die sich uns in der Analyse enthüllenden Übertragungen der Kranken eigentlich Gegenübertragungen und unsere Gegenübertragungen Übertragungen — nämlich Identifikationen mit den Beziehungspersonen. Erst weil dem so ist, sind wir ja überhaupt berechtigt, Übertragung „erklärend“ zu interpretieren, d. h. aufzuzeigen, aus welchen Beweggründen diese oder jene Übertragungsformen voraussichtlich in Aktion getreten sind.

Verfolgen wir den angeschnittenen Gedankengang noch ein Stück weiter in den Bereich, in dem Objektbeziehungen *entstehen*. Wir wiesen schon darauf hin, daß wegen der engen Verbindung zwischen Befriedigungserlebnis, Wunschbildung und Objekt eine Beeinflussung von diesem auf jene (insoweit nicht deren rein biologisch verankerten Ablaufmechanismen gemeint sind) von allem Anfang an gegeben ist. Befriedigungserlebnisse und also Wunschbildungen werden so von den Bedürfnissen, von den Übertragungen der prägenden Beziehungspersonen mit beeinflusst⁸. Das bedeutet aber ferner, daß das mitgebrachte Lust-Unlust-Potential (als konstitutionelle Vorformung des Erlebens) über die Wunschbildung von der Übertragung der Beziehungspersonen seine Differenzierung erfährt⁹. Die Übertragungen der ersten Beziehungspersonen stellen so gleichsam für die sich entfaltende Psyche ein „Realitätsprinzip im weiteren Sinne“ dar, das die „Ansatzmöglichkeiten“ des individuellen Lustprinzips steuert (*H. Hartmann*, 1937 und 1960, 83). Freilich, das von *Hartmann* gemeinte Realitätsprinzip im weiteren Sinne bezieht sich auf einen Bedingungszusammenhang, der dem hier untersuchten noch vorausliegt, nämlich auf einen Zusammenhang zwischen Art und Umwelt im Sinne eines der Ontogenese schon je vorgegebenen, sie ermöglichenden „Zusammenpassens“. Wir sprechen hingegen von der Einpassung des Neugeborenen in die bewußte, vor allem aber in die *un-*

⁸ Zum Teil erfolgt die Beeinflussung im Sinne eines bedingten Reflexes.

⁹ Ähnliche Gedanken vertreten *H. Bruch* und *Th. v. Uexküll* (1963). Siehe auch *W. Loch* (1962/63, 416), der im Anschluß an *S. Freud* (1920) annimmt, die erste psychische Strukturbildung (der Wünsche) erfolge unabhängig vom individuellen Lustprinzip.

bewußte Lebenswelt der bestimmenden Beziehungsperson. Es ergibt sich damit eine *Hierarchie von umgreifenden Realitätsprinzipien*, die Vorentwürfe und Horizonte zugleich sind. Diese Zusammenhänge enthüllen uns wieder und vielleicht noch schärfer, wie von ihrer Herkunft her Übertragung immer auch schon als Gegenübertragung imponiert. Ja, zum Ursprung hin verwischen sich die Grenzen, und man kann von ihm her, von dem Zustand der „emotional symbiosis“ (Th. Benedek, 1956) ausgehend sagen, die neurotische (bzw. psychotische) Übertragung sei das Relikt einer nicht gelungenen Ablösung von der Übertragung der Beziehungsperson, des seinerzeit „stärkeren“ Partners.

Wenn aber Übertragung in dieser Weise aufs engste mit der Übertragung der prägenden Beziehungsperson verbunden ist, dann ist die Fixierung der Übertragung dem Ausmaß der erlittenen Prägung proportional. Wiederum proportional dazu ist natürlich die Ausdifferenzierung der Symptomatik, die Organisation des Krankheitsbildes. Sofern wir es mit organisierten und starr fixierten Krankheitsbildern zu tun haben, können wir also auch mit typischen, stabilen Übertragungen rechnen. Je weniger organisiert die Krankheit, um so größer die Variabilität der Übertragung. Mit der Variabilität der Übertragung steigt natürlich die der Gegenübertragung, oder genauer gesagt die Möglichkeiten der Gegenübertragung, gleichsinnig an. Falls es stimmt, daß in den letzten Jahrzehnten die klassischen — ich möchte sagen: wohlgestalteten — Neurosen abgenommen haben und die diffusen, uncharakteristischen Zustandsbilder dagegen vermehrt auftreten (und es wird stimmen, weil wir in einer pluralistischen Industriegesellschaft leben, die kein so festes und generell verbindliches Wert- und Erziehungssystem und also auch keine so typischen, durchgehaltenen Gegenübertragungen der Beziehungspersonen hervorbringt, wie die Generation unserer Väter und Großväter, womit formierender Einfluß geringer wird)¹⁰, dann würde dieser Sachverhalt von der Seite des Patienten her erklären, warum wir, wie von manchen behauptet wird, typische Übertragungen, insbesondere Übertragungsneurosen seltener zu Gesicht bekommen (auf Gründe, die hierfür auf seiten des Analytikers und seiner Technik liegen könnten, will ich nicht eingehen).

XI. *Therapeutische Funktion der Gegenübertragung*

Wir wissen selbstverständlich, daß Gegenübertragung, insofern sie im Dunkeln ihr Unwesen treibt, eine die analytische Potenz zersetzende Kraft ist. Denn wenn sie unerkant ihre Wirkung entfalten kann, wird sie dem

¹⁰ Insgesamt resultiert so eine Aufweichung des „Monotropismus“ (J. Bowlby, 1958), typisch für den Übergang vom Individualismus zum Kollektivismus, vielleicht das uns alle umgreifende epochale Geschehen.

Patienten genau die Verhaltensmuster, die verbalen Interpretationen, wie auch die Vielzahl averbaler Reaktionen liefern, die dessen neurotische Struktur perpetuieren. Es käme genau zu dem Ausgang, der denjenigen Tendenzen im Patienten entspricht, die an der Neurose als dem kleineren Übel festhalten wollen (Abwehr der größeren Gefahr der „Gesundheit“, partielle Befriedigung der verbotenen Triebregung wie der sadomasochistischen Bedürfnisse im Kompromiß des Symptoms = innerer Krankheitsgewinn; äußerer Krankheitsgewinn). Wir haben neuerdings gelernt, daß diesem Ziel eine erstaunliche Anzahl von anscheinend ungemein harmlosen Kommunikationen dient, wie feine und feinste Modulationen der Sprache, kleinste, oft automatisierte Bewegungen etc. (*A. E. Schefflen*, 1963, 126).

Es ist klar zu sehen, wie der Analytiker, indem er auch in dieser Beziehung nicht die erwarteten Antworten gibt, also nicht das „stimulus nutriment“ (*D. Rapaport*, 1958, 13), das zur Erhaltung der neurotischen Strukturen erforderlich ist, liefert, die Regression über einen verminderten Reizzufluß zu tieferen, bisher nicht gelebten Organisationsstufen begünstigt (s. zum Thema der Drosselung bzw. Aufhebung des Reizzuflusses z. B. *D. O. Hebb*, 1949).

Wir haben soeben schon von der Gegenübertragung (bzw. Übertragung) der Beziehungspersonen und ihrer Induktionswirkung auf die Übertragung (bzw. Gegenübertragung) gesprochen. Diese Herkunft der Übertragung läßt erkennen, daß zu ihrem Verständnis Gegenübertragung notwendig ist. Aus diesem Grunde stimmt es, wenn *A. Reich* die Gegenübertragung eine notwendige Voraussetzung („prérequise“) nennt (*A. Reich*, 1951).

Ja, wir könnten den Patienten überhaupt nicht verstehen, nicht interpretieren, ohne sein Verhalten als Reaktion, das ist immer auch als durch eine Gegenübertragung ausgelöst, zu begreifen. Es ist meines Erachtens deshalb auch sicher richtig — *P. Heimann* (1950), *W. R. Bion* (1955), *F. Fromm-Reichmann* (1959) wiesen darauf hin —, daß wir in der Gegenübertragung ein feines Instrument, einen Wahrnehmungsapparat besitzen, der uns diagnostisch die größten Dienste erweist. *H. Racker* (1957) betont, daß dieses letztere Moment, d. h. der Gebrauch, den wir von unseren emotionalen Reaktionen, von unserer „Subjektivität“ machen, das ist, was uns vom Patienten unterscheidet.

Von unserer Subjektivität Gebrauch machen heißt, sie bewußt machen. „Man muß also seine Gegenübertragung jedesmal erkennen und überwinden, dann erst ist man frei.“ Dies ist der berühmte Satz aus einem Brief *Sigmund Freuds* an *Binswanger* vom 20. März 1913 (*O. Binswanger*, 1962, 65). Der Akzent liegt ganz auf dem Wort „frei“. Gegenübertragung wie Übertragung heißt ja stets, an eine Form der Lebens- oder Triebbewälti-

gung fixiert sein. Nur die Überwindung der Abhängigkeit, die Auflösung der „Erinnerungssymbole“ und ihre „Umschrift“ in den Sekundär-Prozeß eröffnet den Spielraum für die „freibewegliche“ Funktion des Ichs.

XII. Verschiedene Übertragungs- und Gegenübertragungsebenen

Wir dürfen jedoch eine wichtige Differenzierung nicht vergessen. Das Freisein, die Vernichtung der Übertragung wie Gegenübertragung betreffen deren neurotische Form. Wir wissen aber, R. A. Spitz (1956, 256) und M. Gitelson (1962) haben darauf verwiesen, indem sie *Freuds* Ideen von der „milden“ Übertragung ausbauten, daß die therapeutische Haltung an die Entstehung einer diatrophisch-anaklitischen Übertragung und Gegenübertragungsgleichung gebunden ist.

Bezüglich dieser zwischen Patient und Arzt bestehenden diatrophisch-anaklitischen Gleichung ist zu bedenken, daß sie nicht nur Vorbedingung für den äußeren Fortgang der Analyse ist (das fundamentale Vertrauen, „basic trust“, E. H. Eriksons, 1957, ist der sie begleitende Affektzustand), sondern eine ökonomische Voraussetzung für die Leistung der vom Patienten geforderten „psychischen“ Arbeit (S. Freud, 1912). Nicht daß diese milde Übertragung die für die psychische Strukturänderung benötigten Energien liefert, sie stammen aus der Auflösung der Symptome, dem Abbau der Abwehr (E. Kris, 1956) und aus der durch die Deutung der Übertragung entbundenen Libido (H. Racker, 1954), wohl aber hat der Wandlungs- und Lernprozeß in den höheren seelischen Schichten ein Gleichgewicht, eine Homöostase auf den tieferen zur *unabdingbaren* Voraussetzung. Nur wenn zwischen Ich und Es ein erster Ausgleich, eine gewisse Stabilität, erreicht worden ist, wird eine weitere *normale* Strukturbildung der Psyche möglich (ich lasse die Entstehung eines falschen Selbstes, einer „Als-ob-Persönlichkeit“, aus). Nur wo — jetzt externalisiere ich diese Verhältnisse auf die analytische Situation, was legitim ist, denn es ist das Wesen der analytischen Situation, ein äußeres Abbild der innerseelischen Verhältnisse zu sein — nur wo zwischen dem Patienten als Es (nämlich als Reservoir verdrängter, gehemmter und ungebändigter Triebe) und dem Analytiker als primordialem Ich (bzw. Hilfs-Ich, P. Heimann) eine tragende Verbindung besteht, wird das weitere analytische Geschehen möglich. In der Stabilität der diatrophisch-anaklitischen Relation liegt deshalb der „Drehpunkt“ der Therapie. Wo das nicht zutrifft, wird im Extremfall der Analytiker mit Triebelementen besetzt, die gleichsam in statu nascendi sind, d. h. noch nicht ihre psychische Repräsentanz, ihre Transformierung in Wünsche (s. oben) gefunden haben. Dies nämlich ist doch der Zustand jener sehr ursprüng-

lichen, insbesondere von der *Kleinschen* Schule und bei den Psychotikern studierten aggressiven Regungen der Neid- und Haßgefühle, deren Nähe zu rein triebhaften Prozessen auch *P. Heimann* (1962) betont. In derartigen Fällen ist sicher neben der Analyse der projektiven Identifikationen und Re-Introjektionen immer auch eine von *Winnicott* (1963) „basic environment provision“ und von *H. F. Searles* „relationship building“ (1963) genannte Phase der Therapie erforderlich, Maßnahmen also, die zum Ausbau einer nicht gelungenen Uridentifikation (*Loch*, 1963) unerlässlich sind. (*Winnicott* unterscheidet übrigens „environmental provision“ von „deprivation“!)

Neben den soeben besprochenen Übertragungen und Gegenübertragungen auf der basalen und auf der neurotischen Ebene kann man auch die zwischen den beiden „fiktiven Normal-Ichs“ von Patient und Arzt bestehenden Beziehungen als Übertragung im weiteren Sinne¹¹ auffassen, eine Verbindung, die die Voraussetzung für jede sachliche Arbeit zwischen Arzt und Patient abgibt. Es ist außerdem die Form der Übertragung, die auch die Verständigung oder richtiger Vermittlung zwischen den seelischen Systemen einleitet.

XIII. Die doppelte Verneinung als operatives Prinzip

Wenn nun aber das Wesen der analytischen Therapie in der Aufhebung der neurotischen Verklammerung an das Objekt besteht, sei es gemäß dem Modus der phallischen Organisationsstufe oder dem der analen bzw. oralen, und wenn die Erreichung dieses Zieles die Vernichtung der neurotischen Gegenübertragung zur Voraussetzung hat, so finden wir auch hier wieder jene schon hinsichtlich der Übertragungsebenen erwähnte Entsprechung zwischen Patient und Arzt, d. h. „Frei-Sein“ des Analytikers, also Aufhebung der Gegenübertragung, bedeutet Aufgabe seiner infantilen Objekte. Dies (und noch einmal komme ich auf die zentrale Einsicht *Freuds* über die Rolle der Verneinung zurück) wird vollzogen durch eine Negation. Z. B.: diese Patientin ist nicht meine Tochter. Für mein, des Analytikers Erleben bedeutet das, den infantilen Übertragungsanteil, der in der Gegenübertragung mit dem Perzept des Kranken verbunden war, von diesem abtrennen können¹². Zugleich erfolgt damit eine Bestätigung des Eigenwesens des Kranken. Erst nach dieser Vorbereitung gelangt der Analytiker in den Stand, die Übertragung des Patienten zu durchschauen und zu deuten. Es

¹¹ Von Übertragung im weiteren Sinne wäre dann zu sprechen, wenn nicht pathologische Abwehr, sondern normal: Hemmung ihr Korrelat bildet (Siehe S. 5). Diese Form der Übertragung trägt die zwischenmenschlichen Beziehungen nach Abbau der neurotischen Abwehr.

¹² Es ist keine „Verleugnung“, wie *Szasz* (1963) meint. Verleugnung bedeutet m. E. Aufhebung des Realitätscharakters einer (von außen kommenden) Sinneswahrnehmung (s. dazu *W. Loch*, 1964).

ist eine notwendige Vorleistung des Analytikers, die den Kranken freigibt, nun seinerseits die Verneinung anzuwenden: Der Arzt ist nicht mein Vater, sondern der Arzt. Jetzt kann der Patient im weiteren einsehen, er hätte sich im Hinblick auf seinen Vater in der Analyse so oder so verhalten, d. h. über und mit der gewonnenen Selbsterkenntnis wird eine Realitätsprüfung und eine neue Realitätserkenntnis möglich. Man beachte, daß die zweimalige Verneinung, erst auf seiten des Arztes, dann auf der des Patienten geübt, Vorbedingung für die Bestätigung der Realität ist. Es ist wohl ohne weiteres deutlich, wie nahe die psychoanalytische Technik damit der dialektischen Methode kommt (W. Schraml, 1963).

XIV. Zusammenfassung

Wenn ich jetzt zusammenfasse, so darf rückblickend gesagt werden, die Phänomene der Übertragung und Gegenübertragung wurden auf drei Feldern untersucht:

1. In ihren Quellgebieten und in ihrer Genese; das ist Verweis in die determinierende Vergangenheit.
2. In der Struktur der Neurosen und in der Technik der Behandlung; das ist Verweis in die Dynamik und Aktualität der determinierten Gegenwart.
3. Im psychoanalytischen Prozeß, der zum Drehpunkt der psychischen Kräfte und Felder mittels der Übertragungsdeutung und Auflösung und damit zum „Neubeginn“ (M. Balint, 1952) wird.

Ich hoffe, die vorstehenden Ausführungen lassen 1. erkennen, daß das Phänomen der Übertragung der zentrale Forschungsgegenstand der Psychoanalyse ist. Er ist ihr Materialobjekt, wie die bewegten Körper das Materialobjekt der Mechanik, die Verbrauchs- und Gebrauchsgüter das der Nationalökonomie, die sinnlichen Wahrnehmungen das der Wahrnehmungspsychologie sind. Die Erörterungen sollen 2. zeigen, daß — und darin liegt eine Auszeichnung wie eine außerordentliche Schwierigkeit der Psychoanalyse — das *Materialobjekt*, die Übertragung, *zugleich Formalobjekt* ist, d. h. Untersuchungsgegenstand und Forschungswerkzeug; *Untersuchungsgegenstand und das, woraufhin er untersucht wird, gehören zur selben Klasse*. An diesem Tatbestand liegt es, daß die *Dialektik der doppelten Negation operatives Prinzip unserer Technik* ist. 3. sollte gezeigt werden, daß der Analytiker die Gegenübertragung benötigt, um für das Verstehen überhaupt gestimmt zu sein, daß er sie „aufheben“ muß, um dem Patienten sein Verhalten zu deuten, daß er sie in ihrer fundamentalsten Schicht, der diatrophischen, sowohl anbieten wie zurückhalten muß, um dem seelischen

Wachstum das rechte Klima zu bieten, ja es heißt, er sollte sie als Liebe zur Höhe der „generativen Empathie“ (R. Schafer, 1959, 342) sublimieren. Ich glaube, es ist richtig, wir sollen nach all dem streben, und der gehörte nicht zum „wilden Heer“, der hier versagte. Doch es brauchte übermenschliche Kraft, wollte man absolute Perfektion erreichen. Zudem — und hier liegt eine jener Paradoxien, die uns an den Grenzen begegnen — wir gewinnen unsere analytische Partie als Mensch und lassen damit den Partner Mensch sein, wenn wir das Ideal um Haaresbreite verfehlen, denn absolute Omnipotenz schließt die Autonomie des anderen aus. Wir müssen an einer Stelle fehlen, damit der andere allein weitermachen kann (siehe auch D. W. Winnicott, 1963). Aber hier ist noch eine Paradoxie: Wer aufgrund eines „Fehlers“ frei wird, ist schon dadurch wieder gebunden. Analytisch ausgedrückt: Die Lösung der neurotischen Bindung fordert (zumindest) eine Verdrängung. Damit ist zugleich der im interpersonalen Bereich wirkende Kausalnexus neu gestiftet. M. a. W. *der fundierende therapeutische Akt „ist“ die Dialektik zwischen Notwendigkeit und Freiheit*, deren Reflex sich als die Dialektik Eros—Thanatos in der psychoanalytischen Praxis und Theorie thematisiert. Die Dialektik Notwendigkeit und Freiheit können wir noch einmal transponieren, indem wir eine neue „Umschrift“ (S. Freud, 1895) vornehmen: Aus der Metaperspektive einer soziomorphen und biomorphen Modellvorstellungen (E. Topitsch, 1958) hinter sich lassenden Natur- und Weltbetrachtung gilt dann, hegelianisch (R. Havemann, 1964) gesprochen: *Die Geburt des Augenblicks*, in unserem Falle das therapeutische Ereignis, *existiert im Zugleich von Möglichkeit und Zufall*.

(Anschrift des Verf.: Priv.-Doz. Dr. Wolfgang Loch, Univ.-Nervenklinik, Tübingen, Osianderstraße)

BIBLIOGRAPHIE

- Alexander, F. (1955/56): Zwei Formen der Regression und ihre Bedeutung für die Therapie. *Psyche* 9, 668.
 Balint, M. (1952): New Beginning and the Paranoid and the Depressive Syndromes. *Int. J. Psycho-Anal.* 33, 214.
 Benedek, Th. (1956): Toward the Biology of the Depressive Constellation. *J. Amer. Psychoanal. Ass.* 4, 389.
 Bibring, E. (1943): The Conception of the Repetition Compulsion. *Psychoanal. Quart.* 12, 486.
 Binswanger, L. (1962): Erinnerungen an Freud. Bern (Francke).
 Bion, W. R. (1955): Language and the Schizophrenic. In: *New Directions in Psychoanalysis*. Hsbg. M. Klein, P. Heimann, R. Money-Kyrle. London (Tavistock Publ.).
 — (1957): Differentiation of the Psychotic from the Non-psychotic Personalities. *Int. J. Psycho-Anal.* 38, 266.
 Bowlby, J. B. (1958): The Nature of the Child's Tie to his Mother. *Int. J. Psycho-Anal.* 39, 350; deutsche Übersetzung: *Psyche* 13 (1959/60), 415.
 Erikson, E. H. (1953): Wachstum und Krisen der gesunden Persönlichkeit. Stuttgart (Klett).
 — (1957): Kindheit und Gesellschaft. Stuttgart (Klett).
 Fenichel, O. (1945): The Psychoanalytic Theory of Neurosis. New York (W. W. Norton & Lange).
 Fliess, R. (1953): Counter-Transference and Counter-Identification. *J. Amer. Psychoanal. Ass.* 1, 298.
 Freud, S.: *Gesammelte Werke*. Frankfurt a. M. (S. Fischer).
 — (1894): Die Abwehr-Neuropsychosen, Bd. I.
 — (1900): Die Traumdeutung, Bd. II/III.
 — (1909): Bemerkungen über einen Fall von Zwangsneurose, Bd. VII.
 — (1912): Zur Dynamik der Übertragung, Bd. VIII.
 — (1914): Erinnern, Wiederholen und Durcharbeiten, Bd. X.
 — (1915): Die Verdrängung, Bd. X.
 — (1919): Wege der analytischen Therapie, Bd. XII.
 — (1920): Jenseits des Lustprinzips, Bd. XIII.

- (1923): Das Ich und das Es, Bd. XIII.
- (1925): Die Verneinung, Bd. XIV.
- (1925): Selbstdarstellung, Bd. XIV.
- (1933): Neue Folge der Vorlesungen zur Einführung in die Psychoanalyse, Bd. XV.
- (1937): Die endliche und die unendliche Analyse, Bd. XVI.
- Freud, S. an W. Fliess am 6. Dezember 1896, in: *Sigmund Freud*, Aus den Anfängen der Psychoanalyse. London (Imago) 1950.
- Freud, S.: Briefe 1873—1939. Frankfurt (S. Fischer) 1960.
- Fromm-Reichmann, F. (1959): Intensive Psychotherapie. Stuttgart (Hippokrates).
- Gill, M. M. und Brenman, M. (1959): Hypnosis and Related States. New York (Int. Univ. Press).
- Gill, M. M. (1963): Topography and Systems in Psychoanalytic Theory. New York (Int. Univ. Press).
- Gitelson, M. (1952): The Emotional Position of the Analyst in the Psychoanalytic Situation. *Int. J. Psycho-Anal.* 33, 1.
- (1962): Curative Factors in Psycho-Analysis. *Int. J. Psycho-Anal.* 43, 194.
- Glover, E. (1943): The Concept of Dissociation. *Int. J. Psycho-Anal.* 24, 1.
- Hartmann, H. (1937): Ich-Psychologie und Anpassungsproblem. *Psyche* 14 (1960/61): 81.
- Havemann, R. (1964): Dialektik ohne Dogmen. Reinbek bei Hamburg (Rowohlt).
- Hebb, D. O. (1949): The Organisation of Behavior. New York (Wiley).
- Heimann, P. (1950): On Counter-Transference. *Int. J. Psycho-Anal.* 31, 81.
- (1962): Curative Factors in Psychoanalysis. *Int. J. Psycho-Anal.* 43, 228.
- Hendrick, I. (1942): Instinct and the Ego during Infancy. *Psychoanal. Quart.* 11, 33.
- Hoffer, W. (1950): Three Psychological Criteria for the Termination of Treatment. *Int. J. Psycho-Anal.* 31, 195.
- Jones, E. (1960): Das Leben und Werk von Sigmund Freud. Bern und Stuttgart (Huber), Bd. 1.
- Katan, M. (1954): The Importance of the Non-psychotic Part of the Personality in Schizophrenia. *Int. J. Psycho-Anal.* 35.
- Klein, M. (1946): Notes on some Schizoid Mechanisms. In: *Developments in Psycho-Analysis*. Hrsg.: M. Klein et al. London (The Hogarth Press) 1952.
- Kris, E. (1956): Some Vicissitudes of Insight in Psycho-Analysis. *Int. J. Psycho-Anal.* 37, 445.
- Lilly, J. C.: Mental Effects of Reduction of Ordinary Levels of Physical Stimulation on Intact, Healthy Persons. *Psychiatr. Res. Rep.* 5, 1.
- Lipin, T. (1963): The Repetition Compulsion. *Int. J. Psycho-Anal.* 44, 389.
- Loch, W. (1961/62): Anmerkungen zur Pathogenese und Metapsychologie einer schizophrenen Psychose. *Psyche* 15, 684.
- (1962/63): Psychoanalyse und Kausalitätsprinzip. *Psyche* 16, 401.
- (1963/64): Regression. *Psyche* 17, 516.
- (1965): The Patient, „Reality“ and the Doctor. In: *Report on the Int. Conf. on General Practitioner Training*. Versailles 1964.
- (1964): Voraussetzungen, Mechanismen und Grenzen des psychoanalytischen Prozesses (Im Druck).
- Macalpine, I. (1950): The Development of Transference. *Psychoanal. Quart.* 19, 501.
- Mitscherlich, A. (1963): Auf dem Weg zur vaterlosen Gesellschaft. München (Piper).
- Nunberg, H. (1951): Transference and Reality. *Int. J. Psycho-Anal.* 32, 1.
- Orr, D. W. (1954): Transference and Countertransference: A historical survey. *J. Amer. Psychoanal. Ass.* 2, 621.
- Racker, H. (1954): Notes on the Theory of Transference. *Psychoanal. Quart.* 23, 78.
- (1957): The Meaning and Uses of Counter-Transference. *Psychoanal. Quart.* 26, 303.
- Radó, S. (1926): Das ökonomische Prinzip der Technik. *Int. Z. Psychoanal.* 12, 15.
- Rapaport, D. (1954): The Conceptual Model of Psycho-Analysis. In: *Psychoanalytic Psychiatry and Psychology*. Hrsg.: R. P. Knight, C. R. Friedmann. New York (Int. Univ. Press).
- (1958): The Theory of Ego Autonomy: A Generalization. *Bull. Menninger Clinic* 13.
- (1960): On the Psychoanalytic Theory of Motivation. In: *Nebraska Symposium on Motivation*. Hrsg.: M. R. Jones (University of Nebraska Press).
- Reich, A. (1951): On Counter-Transference. *Int. J. Psycho-Anal.* 32, 25.
- Richter, H. E. (1963): Eltern, Kind und Neurose. Stuttgart (Klett).
- Schäfer, R. (1959): Generative Empathy in the Treatment Situation. *Psychoanal. Quart.* 27, 342.
- Schaeffler, R. (1964): Wege zu einer ersten Philosophie. Frankfurt (Klostermann).
- Schefflen, A. E. (1963): Communication and Regulation in Psychotherapy. *Psychiatry* 26, 126.
- Scheunert, G. (1957/58): Zum Problem der Gegenübertragung. *Psyche* 11, 574.
- Schraml, W. (1963): Das dialektische Denken in der Psychoanalyse. In: *Festschrift für R. Heiss zum 60. Geburtstag*. Hrsg.: H. Hiltmann und F. Vonessen. Köln (Kiepenheuer & Witsch).
- Searles, H. F. (1963): Transference Psychosis in Schizophrenia. *Int. J. Psycho-Anal.* 44, 249.
- Spitz, R. A. (1956/57): Übertragung und Gegenübertragung. *Psyche* 10, 63.
- (1956): Counter-Transference. *J. Amer. Psychoanal. Ass.* 4, 256.
- Strachey, J. (1934): The Nature of the Therapeutic Action of Psychoanalysis. *Int. J. Psycho-Anal.* 15, 127.
- Szasz, T. (1963): The Concept of Transference. *Int. J. Psycho-Anal.* 44, 432.
- Topitsch, E. (1958): Vom Ursprung und Ende der Metaphysik. Wien (Springer).
- Uexküll, Th. v. (1963): Grundfragen der psychosomatischen Medizin. Reinbek bei Hamburg (Rowohlt).
- Waelder, R.: Introduction to the Discussion on Problems of Transference. *Int. J. Psycho-Anal.* 37, 367.
- Wangh, M. (1963/64): Die Mobilisierung eines Stellvertreters. *Psyche* 17, 129.
- Winnicott, D. W. (1962): The Theory of the Parent-Infant Relationship. Further Remarks. *Int. J. Psycho-Anal.* 43, 238.
- (1963): Dependence in Infant Care, in Child Care and in the Psycho-Analytic Setting. *Int. J. Psycho-Anal.* 44, 339.
- Zetzel, E. R. (1956): Current Concepts of Transference. *Int. J. Psycho-Anal.* 37, 369.