

## **Gegenübertragung – Einführung**

Horst Kächele (Berlin)

Schon bei ihrer Entdeckung wurde die Gegenübertragung von Freud (1910d) in einen dynamischen Zusammenhang mit der Übertragung des Patienten gestellt: sie stelle sich "durch den Einfluss des Patienten auf das unbewusste Fühlen des Arztes" ein. Er betont, "dass jeder Psychoanalytiker nur so weit kommt, als seine eigenen Komplexe und inneren Widerstände es gestatten" (1910d, S. 108). Daraus ergibt sich für den Analytiker die Notwendigkeit, sich einer Lehranalyse zu unterziehen, um von seinen blinden Flecken befreit zu werden.

Im Zusammenhang mit den wörtlich genommenen behandlungstechnischen Empfehlungen Freuds, die in wirkungsvollen Metaphern („reflektiere wie ein Spiegel“, „sei wie ein gefühlskalter Chirurg“) ihren Ausdruck fanden, behielt die Gegenübertragung über Jahrzehnte hinweg eine negative Bedeutung: An der "psychoanalytischen Purifizierung" (1912e, S. 382) mit dem Ziel, den Patienten unvoreingenommen und wertfrei verstehen zu können, musste dem Freud als Gründer der Psychoanalyse aus Sorge um die Gefährdung der psychoanalytischen Methode durch Missbrauch ebenso gelegen sein wie aus wissenschaftlichen Gründen. Dass auch nach Bewältigung des entstellenden Einflusses der Gegenübertragung, idealiter also ihrer Beseitigung, noch die persönliche Gleichung des Analytikers verbleiben würde, wurde mit Bedauern in Kauf genommen. Freud konnte sich damit trösten, dass auch in der Astronomie, wo sie entdeckt wurde, die

persönliche Gleichung beim Beobachten nicht zu eliminieren ist. Allerdings erhoffte er sich von der Lehranalyse eine so weitgehende Egalisierung der persönlichen Gleichung, dass eines Tages befriedigende Übereinstimmungen unter Analytikern zu erreichen sein würden (Freud 1926e, S. 250). Dieses blieb ein frommer Wunsch, wie vielfältige systematische Untersuchungen inzwischen aufgezeigt haben (Thomä et al 1976).

Lange Zeit, zulange Zeit blieb an der Gegenübertragung der ganze Komplex der suggestiven Beeinflussung hängen – ein erhebliches praktisches und wissenschaftliches Problem (Thomä 1977). Bei der Angst vor der Gegenübertragung handelt es sich also nicht nur um eine persönliche Angelegenheit. Das berufliche Verantwortungsgefühl gebietet es, ungünstige Einwirkungen zu vermeiden. Die Gegenübertragung wurde ihr Inbegriff. Sie war das Aschenputtel der psychoanalytischen Technik. Andere Qualitäten konnte man auch diesem Aschenputtel erst nach der Verwandlung zur Prinzessin ansehen.

Hier sind die Beiträge von Paula Heimann (1950, 1960) exemplarisch zu nennen. Ihr Vortrag aus dem Jahre 1950 markiert den Wendepunkt zur ganzheitlichen Auffassung, die alle Gefühle des Analytikers seinen Patienten gegenüber als Gegenübertragung betrachtet. Sie betonte wie kein anderer Autor den positiven Wert der Gegenübertragung als wesentliches diagnostisches Hilfsmittel, ja als psychoanalytisches Forschungsinstrument, und sie erklärte die Gegenübertragung als Schöpfung des Patienten. Damit wurden die Gegenübertragungsgefühle in gewisser Weise entpersönlicht. Sie entstehen zwar im Analytiker, aber als Produkte des Patienten. Je vollkommener sich der Analytiker für die

Gegenübertragung öffnet, desto besser eignet sie sich als diagnostisches Hilfsmittel. Denn die Entstehung der Gegenübertragung wurde auf den Patienten zurückgeführt und anfänglich von Heimann als projektive Identifikation im Sinne Kleins erklärt.

Diese ganzheitliche Auffassung der Gegenübertragung hat Heimann in die Wege geleitet, aber nach 1950 selbst mehrfach kritisch zu Missverständnissen Stellung genommen.

Die Geschichte der Gegenübertragung verdeutlicht die Wieder-Entdeckung der Komplementarität als fundamentales Prinzip der sozialen Interaktion in der Psychoanalyse. Von den vielfältigen Theorien der Interaktion ist das Konzept des „Symbolischen Interaktionismus“ besonders nützlich. Dessen Prämisse lautet vereinfacht, Individuen verhalten sich anderen gegenüber auf der Basis dessen, was diese ihnen bedeuten. Intersubjektivität stellt die Basis der Gegenübertragung dar. Ein Aspekt der professionellen Rolle des Analytikers ist seine Fähigkeit, sensibel für sowohl für des Patienten als auch sensible für eigene Affekte zu sein. Und diese Sensibilität für eigenes Handeln zu nutzen.

Es ist nun interessant, dass Gabbard (1995) glaubt feststellen zu können, dass das Verständnis der Gegenübertragung als gemeinsamer Boden für Psychoanalytiker verschiedener Provenienz fungieren könne. Diese Konvergenz könne auf zwei Schlüsselkonzepte zurückgeführt werden –auf das Konzept der projektiven Identifikation und dem Gegenübertragungsagieren. Dies führt Gabbard zu einem Verständnis der Gegenübertragung als einer gemeinsamen Schöpfung („joint creation“) (S. 475). Womit wir wieder bei Paula Heimann angelangt sind.

Inzwischen hat sich die Gegenübertragung als ein robuster und populärer Eckstein psychoanalytischer Arbeit erwiesen, eine der sieben Säulen psychoanalytischer Weisheit (Luborsky). Der Berliner Psychoanalytiker Kemper (1969) etablierte den heute hoch geschätzten Sprachgebrauch der "funktionalen Einheit" von Übertragung und Gegenübertragung. Weshalb im gängigen klinischen Jargon Übertragung und Gegenübertragung wie Castor und Pollux als ein Zwiesgespann erscheinen, das selten allein in Erscheinung tritt.

Zudem ist das Konzept ein wunderbares Beispiel für ein elastisches Konzept (Sandler), das globale klinische Phänomene und Mikroprozesse umfasst.

An einem schönen Beispiel möchte ich die mikroprozesshafte Stärke des Konzeptes illustrieren:

Eine Analytiker verabschiedet eine Patientin, die ihm doch erhebliche Schwierigkeiten zu bereiten wusste. Als diese nach einiges Zeit sich telephonisch meldet, antwortet er: Was ist denn jetzt schon wieder!

Nehmen wir den Heimann / Gabbard schen Gedanken einer gemeinsamen Schöpfung an dieser Stelle wieder auf, dann müssen wir annehmen, dass das Unbewusste des Analytikers das drängende, gebieterische Moment dieser Anfrage verstanden hat und mittels seiner Wortwahl eine wohl nicht ganz passende Antwort gegeben hat.

Im Kontrast hierzu dürfte es nicht ungewöhnlich sein, dass ein Therapeut von einer positiven Gegenübertragung spricht, womit nicht nur eine freundlich zugewandte Haltung gemeint war. Als Beispiel einer solchen

sich rasch einstellenden positiven Gegenübertragung erinnere ich an eine Frau, die im Erstgespräch meine Verwunderung auslöste, dass sie noch nie an eine intensive psychoanalytische Therapie gedacht habe, wo sie doch so eine kluge gebildete Person sei. Allerdings dürfte es sich hier auch um eine protektive, mich schützende Einstellung handeln. Ausgelöst wurde diese positive, wertschätzende Einstellung durch deren Berichte über ungewöhnliche, feindselige Äußerungen anderer Kollegen: Auf der Suche nach einem zu ihr passenden Therapeuten hatte diese Patientin folgende Bemerkung einer mir bekannten und geschätzten Analytikerin ausgelöst: „So jemand wie Sie behandelt man nur einmal im Leben – und das habe ich schon hinter mir“.

Stärker als die Idee der gemeinsamen Schöpfung wurde die klinische Literatur von den störenden Aspekte der Gegenübertragung bestimmt. So bekannten Singer und Luborsky schon 1977 in einer Zusammenfassung der Forschungslage folgende Punkte: :

- a) Gegenübertragung stellt ein Hindernis für effektive Behandlung eines Patienten dar.
- b) Gegenübertragung behindert die Behandlung, indem sie den Therapeuten in seiner Fähigkeit einschränkt, sich angemessen mit dem Patienten zu identifizieren.
- c) Anzeichen für Gegenübertragungsverwicklungen sind eine unangemessene Intensität sexueller oder aggressiver Gefühle dem Patient gegenüber.
- d) Gegenübertragung kann akut oder chronisch sein. Eine akute Gegenübertragung tritt als Reaktion auf spezifische Umstände und spezifische Patienten auf; chronische Gegenübertragung basiert auf habituellen Bedürfnissen des Therapeuten; sie tritt mit den

meisten seiner Patienten auf und dies nicht im Kontext spezieller Konfliktsituationen.

- e) Gegenübertragung kann ein wertvolles therapeutisches Werkzeug sein, da es hilft dem dem Patienten empathisch umzugehen.
- f) Die emotionale Reife des Therapeuten stellt einen Schutz gegenüber möglichen Gegenübertragungsbedürfnissen dar, die mit der Gestaltung der therapeutischen Beziehung interferieren können.
- g) Gegenübertragungsreaktionen können vermieden durch Selbst-Analyse oder Supervision/Intervision vermieden werden.
- h) Gegenübertragungen werden oft durch kommunikative 'leakages', durch non-verbal clues transportiert.

(übersetzt vom Verf. S.447-448)

Wenden wir uns – auf den Spuren des Therapieforschers Luborsky, den ich als den Doyen der psychodynamischen Therapieforschung hoch schätze (Kächele 2009) – der Frage zu, wie sich Gegenübertragung überhaupt in einem experimentellen Design untersuchen lässt. Hierzu hat der Medizinpsychologie D. Beckmann (1974) eines der seltenen Experimente durchgeführt.

An der Psychosomatischen Universitätsklinik in Giessen wurden anfang der siebziger Jahre 40 Erstgespräche mit ambulanten Patienten durchgeführt. Diese füllten den in der BRD in den siebziger Jahren etablierten psychodynamisch orientierten Fragebogen aus, den Giessen-Test. Zum besseren Verständnis der Leistungsfähigkeit dieses Instrumentes führe ich kurz die wesentlichen Informationen an.

## **Giessen Test:**

Messdimensionen:

Der GT ist ein Selbstbeurteilungsverfahren, mit dem jemand beurteilen soll, wie er sich selbst oder jemand anderen hinsichtlich der Dimensionen

- 1) Emotionale Befindlichkeit (Ängstlichkeit, Grundstimmung und Selbstkontrolle)
- 2) Ich-Qualitäten (Introspektion, Phantasie, Durchlässigkeit)
- 3) Elementare Merkmale des sozialen Befindens ( Nähe, Abhängigkeit, Vertrauen u.a.)
- 4) Soziale Reaktionen und Soziale Resonanz

Er wurde von den Autoren, dem Psychoanalytiker H.E. Richter und dem Medizin-Psychologen D. Beckmann (Giessen), mit der Intention konzipiert, vorwiegend für den klinischen Bereich ein individualdiagnostisches Instrument zur Verfügung zu stellen, da sich im Gegensatz zu aufwendigen projektiven Verfahren (z.B. Rohrschach) durch seine Objektivität und Ökonomie auszeichnet, und anders als die meisten Persönlichkeits-Inventare soziale Einstellungen und Reaktionen besonders berücksichtigt.

Der Konstruktion des Verfahrens liegen entsprechend Gesichtspunkte zugrunde, rollentheoretische und interaktionistische Gesichtspunkte zugrunde. Entscheidend ist der Grundgedanke, die Person nicht als isoliertes Wesen zu betrachten, deren 'reine' Eigenschaften zu erfassen sind. Vielmehr soll mit dem Instrument in Erfahrung gebracht werden, "wie sich ein Proband in psychoanalytisch relevanten Kategorien in Gruppenbeziehungen darstellt. Es wird ihm angeboten, seine intraindividuellen Merkmale so zu beschreiben, wie sie in seine psychosozialen Tendenzen und Erfahrungen eingehen" (Beckmann, Brähler u. Richter 1990, S. 12).

Die Erfassung von Selbst-, Fremd- oder Idealbildern erfolgt auf sechs

Skalen zu den Dimensionen: - Soziale Resonanz / - Dominanz / - Kontrolle /- Grundstimmung /- Durchlässigkeit /- Soziale Potenz

Die Erstgespräche wurden von 20 Ausbildungskandidaten per Einwegscheibe begleitet; diese hatten ebenfalls vor der Teilnahme die Selbstform des Giessen-Tests für sich selbst ausgefüllt. Nach der Teilnahme füllten diese den Giessen-Test in der Fremdfassung über die Patienten aus. Das Fazit der Auswertung ergab – vereinfacht gesagt – folgendes:

Kandidaten, die sich selbst eher dem hysterischen Persönlichkeitsmodus zuordneten, überschätzen das Ausmaß der Depressivität der Patienten; vice versa überschätzen depressiv strukturierte Kandidaten das Ausmaß der hysterischen Persönlichkeitsaspekte der Patienten. Und zwanghaft strukturierte Kandidaten überschätzen das Ausmaß an Zwanghaftigkeit bei den Patienten. Das Ausmaß der Überschätzung war durchaus klinisch relevant; am Ende der Ausbildung wäre zu erwarten, dass diese Tendenz zur diagnostischen Überschätzung reduziert sein würde, wenn die Lehrtherapie ihren Zweck erfüllt. Beckmann (1988) hat in seinem Rückblick auf das Forschungsprogramm zur Gegenübertragung dazu Stellung genommen.

In einer Situation der Aus- und Weiterbildung wäre es solches Experiment durchaus hilfreich, um frühzeitig die eigene diagnostische Wahrnehmung mit der Fremdwahrnehmung abzugleichen.



Nun möchte ich noch weitere Forschungsbemühungen in den Blick nehmen. Wie lassen sich so komplexe Prozesse in situ überhaupt in systematischer Weise erfassen.

Franz Alexander hatte in seinen letzten Berufsjahren die wagemutige Idee den Analytiker mit zwei Mikrofonen auszustatten, vom Patienten schalldicht getrennt, und seine private Assoziationen auf das eine, und die Interpretation auf das andere Mikrophon zu sprechen (Eisenstein et al. 1994). Adolf-Ernst Meyer folgte diesem wagemutigen Schritt in modifizierter, Patienten-verträglicher Form und lud Helmut Thomä und mich ein, ähnliches zu versuchen (Meyer 1988). Unsere Gegenübertragungsreaktionen während der Sitzungen waren doch recht unterschiedlicher Natur. Thomäs Aufzeichnungen schienen einem Textbuch entsprungen; meine waren recht chaotisch (Kächele 1985) und Meyers Selbstbeobachtungen führten ihn auf die erkenntnis-förderliche Spur "How the analyst ticks".

Zunächst gebe ich eine Zusammenfassung mit Ausschnitten aus der Verbatimaufzeichnung einer Sitzung wieder, von der ich dann den Liegungsrückblick ungekürzt berichten werde.

#### Fallbericht

Der 30-jährige Patient mit einer Borderline-Pathologie ist akademisch vorgebildet und kam wegen recht chaotischer Lebensverhältnisse zur Behandlung, die drei-stündig im Liegen durchgeführt wurde.

Analyse 011283, Stunde Nr. 216

*P. : das ist ja ein komisches Mikrophon, ein dreiteiliges  
(Pause 30 Sek.)*

*bin heute morgen so müde, hab gestern abend zwei Viertel Wein getrunken.*

*(Pause ca. 2 Minuten )*

*A. : gibt es weitere Gedanken zum komischen Mikrophon ?*

*P. : bin etwas erschrocken, dachte an einen Frosch oder so einen Düsenhubschrauber , die auch da oben so zwei Düsen haben .....so ein Abhörmikrophon .*

Der Patient beschäftigt sich dann damit , wo die Tonbandaufzeichnungen hingelangen; überhaupt hat er lange Zeit geglaubt ,dass ich seinen Mist doch nicht aufnehme , jetzt macht er sich Sorgen ,wegen seines beruflichen Weiterkommens, wenn das Zeug in die falschen Hände gerät.

*P. : Mir wird langsam unheimlich, was ich alles hier so rede . vielleicht ist es das Bedürfnis vor meinem eigene Mist davon zu laufen.....*

*ich habe eigentlich noch nie von meinen dummen Sprüchen erzählt, da habe ich mich bis jetzt immer saumäßig geschämt.. vielleicht verstehen Sie es , dies fällt mir gerade ein , aber ich bin da irgendwo behaftet damit, dass mir irgendwie dumme Worte einfallen, also Namen, Begriffe irgendwie völlig verhundse*

Der Patient schildert dann, dass er Namen verdreht, die Namen seiner Kinder, seiner Freunde, dass für ihn diese Hundselwörter mit einem besonderen Gefühl besetzt sind, so eine Art Geheimsprache darstellen. Er erinnert dann, dass er in der Pubertät ganze Passagen von Silbensequenzen erfunden hat und sich amüsiert hat, dass er König war in diesem Reich. Er kann beobachtend feststellen, dass diese Namensverdrehungen ihm nur bei Menschen passieren, mit denen er sich positiv verbunden weiß. Zu seiner Ehefrau, mit der er viel streite, sei ihm nie sowas eingefallen .

*A. : das könnte also ein Mist sein , der nur nach außen als Mist erscheint, Sie aber persönlich da etwas sehr wertvolles haben .*

*P. : ja , so ist es ,obwohl das verdammt kindisch ist.  
aber ich amüsiere mich königlich mit diesen Lauten  
wie wenn das ein Spielzeug wäre .....  
da mache ich die anderen irgendwo ein bißchen zu  
meinem Spielzeug .....  
da reduziere ich ein bißchen meine Angst , hab ich das Gefühl,  
auch bei meinen Kindern , wenn ich so manchmal die Angst  
habe , die fressen mich auf .*

Im weiteren Verlauf der Stunde wird deutlich, dass die erste Namensverdrehung die wichtigste Bezugsperson seiner Kinderjahre betrifft, seine Tante, eine sieben Jahre ältere Halbschwester, die er mit dem Namen Laila belegte. Mit diesem Kosenamen konnte er sich trösten, die Verlassenheit seiner frühen Jahre füllen. Nachdem gegen Ende der Stunde er auch die Verhuzung meines Namens preisgibt, kann er auch die Sorge äußern, dass er, am Mikrophon festgemacht, die Analyse als einen bedrohlichen Saugapparat erlebt, die diese innere Welt festhält und aus ihm herauszieht.

Im Liegungsrückblick, der unmittelbar im Anschluß an die Sitzung diktiert wurde, finden wir folgenden "freien Bericht", der nur geringfügig stilistisch überarbeitet wurde :

*eine ganz herrliche Stunde, ich bin wirklich überrascht, was da so zutage kommt, ich hoffte schon vor Beginn der Stunde, dass er sich weiter mit den Tonbandaufzeichnungen beschäftigt, weil ich dann nur das Gefühl hatte, ich kann nochmal überprüfen, ob die Vereinbarungen, die wir getroffen haben, hinsichtlich der Aufzeichnungen auch weiterhin zu vertreten sind, das würde meine Beunruhigung und Sorgen mindern. toll fand ich, dass die Idee des Mistes sich so weiterentwickelt hat, dass der Patient sowohl über seine Beziehungen spricht, dass Ängste aufkommen, dass er deswegen bestraft wird, als auch in einer ganz übergangsobjekthaften Weise eine Welt sich aufbaut, die bisher noch überhaupt nicht angesprochen wurde.*

*Ich hatte schon das Gefühl, dass mit der Thematisierung des Mistes auch die zauberhafte magisch - animistische Stufe zum Ausdruck kommt .Auf seine Frage nach meinem Kontrollanalytike (Anmerkung: es handelt*

*sich nicht um einen Ausbildungsfall) am Anfang der Stunde habe ich nichts zu sagen gewußt, ich dachte, er muß die Vorstellung haben, dass auch ich kontrolliert werde und damit Angstbewältigung verbunden sein könnte, die Angst vor Indiskretion ist sehr groß.....*

*Von der Stunde bleibt für mich wichtig, dass das Thema "Laila", diese bizarre überwertige Idee aus der Kindheit jetzt wieder mal aufgekommen ist, nachdem sie das ganze letzte Jahr ja dominierend war .... ich empfand schon diese Mitteilung, dass er diese spielerischen Wortneubildungen benutzt als ein großes Geschenk. Ich erinnerte mich an eine Patientin mit einer Hautkrankheit, die mir auch erst vor kurzem so Spiele mitgeteilt hat, ganz private Dinge, die sehr viel intimer sind und auch beschämender als alle möglichen objektbezogenen Handlungen, dieses Wortgebabbel, dieses Stammeln, die Lautmalerei und deswegen war es dann für mich sehr rund und schlüssig wie plötzlich die Idee aufkam, dass die Mutter in der Wahrnehmung des kleinen Kindes nur aus einem Laila, aus einem lieben Laila besteht und dass er diese Wort-Bildung so lebendig gehalten hat. ich habe ja auch nie verstanden, woher der Name Laila kam, noch weiß ich eigentlich im Moment ich nicht genau, wer ist die Laila nun eigentlich, ist sie eine Stiefschwester, ist sie ein anderes uneheliches Kind der Mutter, ich weiß nichts darüber, sie ist einfach die Verborgene und die Anwesende, die, die die Mutter ersetzt hat, das war eigentlich das Bild, dass Laila überhaupt nur eine Erfindung des Patienten war und doch eine unglaublich wichtige Erfindung gewesen ist, ich habe die Laila ja immer verglichen mit Filmen von Agnes Varda, das Glück (Anm. gemeint ist der Film >Le Bonheur< von Agnes Varda), diese leuchtenden Farben, diese übergemalte, scheinbar überhaupt nicht tangierte Glückswelt, die Namensverzauberung führt mich über den Gedanken an Carlos Castaneda und Schrebers Ursprache zu der Idee, dass er also hier sich eine Welt geschaffen hat, die ihm Autonomie ermöglicht.*

*Sein Ausdruck von der privaten Lautverschiebung hat mir auch gut gefallen als Wort und von da aus kommt mir die Idee, dass er depressive Stimmungen vermeiden kann. Er hat ja auch offensichtlich bei der Lektüre des Buches von A. Miller mit der depressiven Konstellation sich verstanden gefühlt, und dass er diese depressiven Stimmungen durch die Erfindung des Kinderzoos der Zauberfee überbrücken konnte.*

*Ich finde dann, dass er etwas schnell Abschied nimmt, die Trauer ist echt, die er mir vermittelt, aber ich glaube nicht, dass das schon überwunden sein wird, es ist eigentlich mehr die erste Mitteilung.*

*Ich versuche dann auch, den Zusammenhang rauszukriegen zwischen Mikrophon, Tonbandaufnahme und dieser heutigen Mitteilung, die doch eine Beichte ist, denke an das Bild vom Container, dass ich aufbewahre für ihn und damit ihm auch etwas abnehme.*

*Die Deutung, dass das eine kreative Leistung war, entlastet ihn sehr, beruhigt ihn auch, nimmt ihm die doch immer wieder aufkommende Angst, schizophren zu sein.... wahrscheinlich wird er deswegen dennoch am Schluß mir ganz bestimmte Hundselnamen mitgeteilt haben, seines Chefs, seines zweiten Chefs und zum Schluß auch die Verhundsung meines Namens, ich hätte es fast nicht mehr erwartet, er hat ihn in seinen schweizerischen Heimatdialekt transformiert.*

*Das gibt eigentlich diesen ganzen letzten Stunden, ist ja immer wieder das Thema der Rückkehr in die Schweiz, und es ist die Rückkehr zum Vater denke ich, gibt es Unterstützung, dass er Vater - und Muttersprache wiederfindet, sogar meinen Namen verhundst, liebevoll verhundst, und das ist auch sehr deutlich geworden, dass der Patient dann verhundsen muß, wenn er liebevolle, zärtliche Beziehungen hat, den blöden Verwaltungschef braucht er nicht zu verhundsen, weil die Enttäuschung ihn da nicht so berührt. Die Frustration zärtlicher, verschmelzender Impulse führt offensichtlich zu dem Bedürfnis, die Zauberfee lebendig werden zu lassen. Ich glaube der Patient hat hier einen großen Schritt gemacht, weil er seine Clownerien, seine Kasperlesachen selber in diese Perspektive bringen kann, ohne dass ich eigentlich viel dazutun mußte, ..*

Freuds Empfehlung, sich bei der gleichschwebenden Aufmerksamkeit, "sich seiner eigenen unbewußten Geistestätigkeit zu überlassen" präzisiert die Art der teilnehmenden Beobachtung, die der Wahrnehmung unbewußter Motivationen förderlich ist. Die Vielfältigkeit der freien Einfälle des Analytikers, die innerhalb der gleichschwebenden Aufmerksamkeit sich einstellen können, ist in diesem Rückblick auf eine Sitzung gut zu erkennen. Die Assoziationen lassen verschiedene Schichten erkennen, von denen einige vermutlich schon während der Sitzung dem Analytiker deutlich geworden sind, andere erst im

nachhinein als eigenständige Fortsetzungen der Assoziationen sich erweisen lassen .

Die Aufgabe, über eine eben abgelaufene Stunde frei zu assoziieren, kann nun nicht einfach als eine ununterbrochene Fortsetzung der "unbewußten Geistestätigkeit" während der analytischen Stunde begriffen werden. Eine meiner wichtigsten Erfahrungen in diesem Versuch ist die Auswirkung des Erlebnisses, dass mit dem Stundenende auch eine Trennung von einer befriedigenden Objektbeziehung sich vollzieht, auf den Rückblick selbst. Der Übergang von der therapeutischen Situation, in der parallel eine dyadische Kommunikationsebene und eine monologische - teils verbalisiert, teils nicht verbalisiert, Ebene bestehen, die sich gegenseitig bedingen und sich fördern und hemmen, in die äußerlich monologische Position, in der über eine nur noch innerlich vorhandene dyadische Situation assoziierend reflektiert werden soll, führt zu einer raschen Umorganisation der seelischen Situation des reflektierenden Analytikers. Dies läßt sich an dem vorgelegten Material des Liegungsrückblicks zeigen:

Ganz unmittelbar gebe ich meiner Freude Ausdruck, indem ich die mich offensichtlich berührenden Mitteilungen selbst als Geschenk begreife. Hintergründig ist die Beunruhigung zu spüren, die im Umgang mit dem Tonband als Dritten immer präsent bleibt und nur durch die analytische Bearbeitung dieses "Parameters" abgemildert werden kann. Schon im sprachlichen Duktus ist eine Identifikation mit dem Spiel des Patienten zu spüren, über die ich den Gewinn des Patienten nachvollziehen kann. Im Hinweis auf den Film von A. Varda "Le Bonheur" ist ein Rückgriff auf meine persönliche Erfahrungswelt deutlich, in der der hypomanisch-defensive Charakter des selbst erfundenen Glücks für mich überzeugend dargestellt wurde. Der Hinweis auf das Motiv der Ursprache verdeutlicht den Charakter dieses Sprachspiels, dem ja nicht nur eine kindliche Welt zugrunde liegt, sondern eine in der Gegenwart des Patienten aktuelle Abwehrformation zum Vorschein kommt. Im weiteren Verlauf der Assoziationen gewinne ich wieder Abstand, reflektiere mehr die Bilanz der Stunde und verabschiede mich vom imaginären Zuhörer (der als Forscher eine durchaus reale Größe darstellt) mit einer kritischen Distanzierung, die weniger durch den faktischen Gehalt meiner

Mitteilungen berechtigt erscheint als durch den emotionalen Gehalt der Sitzung.

Mit diesem Ansatz, Gegenübertragungsreaktionen direct online zu erfassen, kontrastieren die Versuche indirekt durch Nachbefragungen oder gar durch externe Beobachter Hinweise zu gewinnen.

Versucht man nun Gegenübertragungsreaktionen aus der Dritte-Person Perspektive zu beobachten – falls das überhaupt gehen kann – so bietet sich heute das sog. Psychotherapy Process Q-Sort Instrument von Jones (2000) an.

Ein geschulter externer Beobachter identifiziert mit dem Item 24 (eines von 100 Items), ob die emotionale Antwort des Therapeuten mit der Patient-Therapeuten Beziehung störend interferiert. Im Vergleich von psychodynamischen Kurztherapien und analytischen Langzeittherapien fanden Seybert et al. (2011), dass solche Interferenzen eher in den kürzeren Therapie beobachten werden konnten.

Einen ausgearbeiteten Forschungsüberblick liefert die Gruppe von Gelso von der University of Maryland, die drei einschlägige Metaanalysen unter Verwendung des *Countertransference Factors Inventory (CFI)* publiziert haben (Hayes, Gelso, & Hummel, 2011). Ihre erste Frage "Beeinflusst der Grad an Gegenübertragung das Therapieergebnis? Die Antwort ist JA a) Gegenübertragungsreaktionen zeigen eine negative, wenn auch numerisch kleine Korrelation mit dem Ergebnis.

Ob die Fähigkeit Gegenübertragungsreaktionen zu handhaben die Aktualisierung solcher beeinflusst, war die zweite Frage. Die Antwort war ein JA, ein bisschen.

Ein relative deutliches Ergebnis war die Antwort auf die dritte Frage: JA, die kompetente Handhabung der Gegenübertragungstendenzen führt zu einem besseren Ergebnis. Diese Fähigkeit des Managments der Gegenübertragung wird von persönlichen Qualitäten des Therapeuten als auch des Patienten bestimmt (Hayes et al. 2011).

Therapeuten, die über 'self-awareness' verfügen oder gar meditieren (!), zeigen bessere Ergebnisse. Wie wir alle vermuten, sind jedoch bestimmte Patientengruppen wie die der Borderline Patienten schwieriger zu handhaben als andere und lösen deutlich mehr negative Gegenübertragung bei Therapeuten aus (Hayes et al. 1998). Es ist zu vermuten, dass der obengenannte Zusammenhang von Handhabung und Ergebnis durch ein komplexes Zusammenspiel von Patienten- und Therapeutenfaktoren vermittelt wird.

Wie schon eingangs erwähnt hat sich das Konzept der Gegenübertragung vom Störenfried zu einem unvermeidbaren Faktor als Teil der therapeutischen Interaktion entwickelt. Heutzutage sprechen wir alle von der fest verschweissten Übertragung-Gegenübertragungsverknüpfung.

Allerdings kann man vermuten, wenn alles was der Patient sagt als Übertragung bezeichnet wird und alles was der Analytiker äußert als seine Gegenübertragung angesehen wird, dass die traditionelle Unterscheidung von realer Beziehung, der therapeutischen Allianz und der Übertragung verliert an Boden (Gelso 2011). Das Konzept der umfassenden Gegenübertragung nivelliert diese Unterscheidung – vermutlich eine Folge der Kleinianischen Wende in vielen Instituten. Dem hält Lohmer (2011) m.E. zu Recht entgegen:

„Bei einem so weit gefassten Konzept von Übertragung besteht



allerdings auch die Gefahr, dass die Begriffe von „therapeutischer Beziehung“ und „Übertragungsbeziehung“ nicht mehr klar voneinander unterschieden werden“ (S. 98).

Deshalb ist es nach wie vor vernünftig für die Gegenübertragung nach Kernberg (Kernberg et al. 2008) folgende *vier Quellen* anzunehmen: der Übertragung des Patienten, der Realität im Leben des Patienten, der eigenen Übertragungsdisposition des Therapeuten auf den Patienten und schließlich der Realität im Leben des Therapeuten. Eine entsprechende Auffassung vertritt auch Ermann (2016):

- # die Übertragung des Patienten als mitgebrachtes Organisationsmuster für sein Erleben in der Behandlung

- #der interaktionelle Anteil der Gegenübertragung, mit dem der Analytiker darauf reagiert und antwortet (König 1982)

- #die Eigenübertragung des Analytikers, die durch den Patienten in ihm angestossen wird (Heuft 1990)

- # die Gegenübertragung des Patienten auf die Eigenübertragung des Analytikers

und schliesslich

- # die Widerstände, die sich gegen diese Übertragungsdynamik und ihre Wahrnehmung und Anerkennung richten (Gill 1993)

Interessanterweise lösen sich diese diese kunstvollen Unterscheidungen in neueren empirischen Forschungsansätze zur therapeutischen Interaktion auf. Der mikroskopische Blick auf therapeutische Interaktionen führt zum Verschwinden der Übertragungs-Gegenübertragungsperspektive. Psychoanalytiker haben inzwischen die non-verbalen Aspekte der Patient-Therapeuten Interaktion entdeckt. Joseph Sandler (1976) konzipiert die non-verbale Interaktion als das

Bindeglied zwischen Übertragung und Gegenübertragung:

“Die Einführung mikro-analytischer Instrumente um die affective Interaktion zu untersuchen führte zu interaktiven Mustern, die wohl die Schlüsselemente der psychotherapeutischen Beziehung sind,, (Rasting & Beutel 2005, S.188).

Seitdem Psychotherapie formal als eine Form der Konversation konzipiert wurde (Labov and Fanshel 1977), bewegt sich das Untersuchungsfeld jenseits der traditionellen Formate; stattdessen prägen die Konzepte der Diskursanalyse, der Konversationsanalyse die Diskussion und liefern die Werkzeuge zur Untersuchung dessen, was in Sitzungen verhandelt wird . “Ach lass, Luise, das ist ein weites Feld” – in der Tat, über die Ergebnisse dieser neuen Methodologie zu sprechen, würde uns weit hinweg führen (Kächele et al. 2015).

.

Literatur:

- Beckmann, D. (1974). *Der Analytiker und sein Patient. Untersuchungen zur Übertragung und Gegenübertragung*. Bern Stuttgart Wien: Huber.
- Beckmann, D. (1988). Aktionsforschungen zur Gegenübertragung. Rückblick auf ein Forschungsprogramm. In P. Kutter & D. Beckmann (Eds.), *Die psychoanalytische Haltung* (pp. 231-244.). München: Verlag Internationale Psychoanalyse.
- Beckmann, D., Brähler, E., & Richter, H.-E. (1990). *Der Gießen-Test (GT). Ein Test für Individual- und Gruppendiagnostik. Handbuch* (4 ed.). Bern Stuttgart Wien: Huber.
- Benecke, C., Krause, R. (2005). Facial affective relationship offers of patients with panic disorder. *Psychotherapy Research*, 15, 178–187.
- Betan, E., Heim, A.K., Conklin, C.Z. & Westen, D. (2005) Countertransference phenomena and personality pathology in clinical practice: An empirical investigation. *American Journal of Psychiatry*, 162, 890–898.
- Betan, E.J. & Westen, D. (2009) Countertransference and personality pathology: Development and clinical application of the Countertransference Questionnaire. In: R.A. Levy & J.S. Ablon (Eds.) *Handbook of evidence-based psychodynamic psychotherapy. Bridging the gap between science and practice*. New York: Humana Press, pp 179-198.

- Eisenstein, S., Levy, J., & Marmor, J. (1994). *The Dyadic Transaction*. New Brunswick: Transaction Publisher.
- Ermann, M. (2016). Prozedurale Faktoren in der psychoanalytischen Behandlung. *Forum der Psychoanalyse*, 32(1), 53-68.
- Gabbard, G.O. (1995). Countertransference: The emerging common ground. *International Journal of Psycho-Analysis*, 76, 475-485.
- Gelso, Ch.J., Latts, M., Gomze, M., & Fassinger, R.E. (2002). Countertransference management and therapy outcome. *Journal of Clinical Psychology*, 58, 861-867
- Gelso, Ch.J. (2011). *The real relationship in psychotherapy. The hidden foundation of change*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Gill, M. (1993). Die Analyse der Übertragung. *Forum der Psychoanalyse*, 9, 46-61.
- Hayes, J.A., Riker, J.B., & Ingram, K.M. (1997). Countertransference behavior and management in brief counseling: A field study. *Psychotherapy Research*, 7, 145-154
- Hayes, J.A., McCracken, J.E., Mc Clanahan, M.K., Hill, C.E., Harp, J.S., & Carozzoni, P. (1998). Therapist perspectives on countertransference: Qualitative data in search of a theory. *Journal of Counseling Psychology*, 45, 468-482.
- Hayes, J.A., Gelso, J.Ch. & Hummel, A.M. (2011). Managing countertransference. *Psychotherapy*, 48, 88-97.
- Heimann, P. (1950). On counter-transference. *International Journal of Psychoanalysis*, 31, 81-84; dt (1964). Bemerkungen zur Gegenübertragung. *Psyche - Zeitschrift für Psychoanalyse*, 18, 483-493.
- Heuft, G. (1990). Bedarf es eines Konzeptes der Eigenübertragung? *Forum der Psychoanalyse*, 6, 299-315.
- Jones, E.E. (2000). *Therapeutic action: A guide to psychoanalytic therapy*. Northvale, NJ: Jason Aronson.
- Kächele, H. (1985). Zwischen Skylla und Charybdis. Erfahrungen mit dem Liegungsrückblick. *Psychotherapie Psychosomatik medizinische Psychologie*, 35, 306-309.
- Kächele H (2009) Der Doyen der psychodynamischen Therapieforschung: Luborsky, Lester 1920-2009. *Psychotherapie Psychosomatik medizinische Psychologie* 59: 431
- Kächele H, Erhardt I, Seybert C & Buchholz M B (2015) Countertransference as object of empirical research? *International Forum of Psychoanalysis*, 24 (2), 96-108
- Kemper, W. W. (1969). Übertragung und Gegenübertragung als funktionale Einheit. *Jahrbuch der Psychoanalyse*, 6, 35-68.
- König, K. (1982). Der interaktionelle Anteil der Übertragung in Einzelanalyse und analytischer Gruppentherapie. *Gruppenpsychotherapie und Gruppendynamik*,

18, 76-83.

- König, K. (1991). *Praxis der psychoanalytischen Therapie*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Krause, R., & Merten, J. (1999). Affects, regulation of relationship, transference and countertransference. *International Forum of Psychoanalysis*, 8, 103-114.
- Krause, R. (2005). Das Gegenwartsunbewusste als kleinster gemeinsamer Nenner aller Techniken - Integration und Differenzierung als Zukunft der Psychotherapie, in: Poscheschnik, G. (Ed). Empirische Forschung in der Psychoanalyse. Grundlagen - Anwendungen - Ergebnisse, Giessen: Psychosozial-Verlag.
- Labov, W. & Fanshel, D. (1977). *Therapeutic discourse. Psychotherapy as conversation*. New York: Academic Press.
- Löffler-Stastka, H. (2009). Von der empirisch psychoanalytischen Prozess- und Ergebnisforschung zur klinischen Praxis (From the empirical psychoanalytic process and outcome research to clinical practice). *Psychotherapeut*, 17, 21–28.
- Lohmer, M. (2011). Übertragung und Gegenübertragung. *Psychotherapeut*, 56, 98–104.
- Meyer, A.E. (1988). What makes psychoanalysts tick? In: H. Dahl, H. Kächele & H. Thomä (Eds.) *Psychoanalytic process research strategies*. Berlin, Heidelberg, New York, London, Paris, Tokyo: Springer, pp 273-290.
- Racker, H. (1968). *Transference and countertransference*. New York: International University Press; dt. (1982). *Übertragung und Gegenübertragung. Studien zur psychoanalytischen Technik*. München/Basel: Ernst Reinhardt.
- Rasting, M. & Beutel, M. (2005). Dyadic affective interaction patterns in the intake interview as a predictor of outcome. *Psychotherapy Research*, 15, 188-198.
- Sandler, J., & Sandler, A.-M. (1984). Vergangenheits-Unbewußtes, Gegenwarts-Unbewußtes und die Deutung der Übertragung. *Psyche - Zeitschrift für Psychoanalyse*, 39, 800-829.
- Seybert, C., Desmet, M., Erhardt, I., Hörtz, S., Mertens, W., Ablon, S., . . . Kächele, H. (2001). Therapists techniques in psychoanalysis and short-term and long-term psychoanalytic therapy: Are they different? *Journal of the American Psychoanalytic Association* 59(3) (3), 592-602.
- Singer, B.A. & Luborsky, L. (1977). Countertransference: The status of clinical versus quantitative research. In A.S. Gurman & A.M. Razin (Eds.) *Effective psychotherapy*. Oxford: Pergamon Press, pp 433-451.
- Thomä, H. & Kächele, H. (2006a). *Psychoanalytische Therapie: Grundlagen*. Heidelberg: Springer Medizin Verlag
- Thomä, H. & Kächele, H. (2006b). *Psychoanalytische Therapie: Praxis*. Heidelberg: Springer Medizin Verlag

International Psychoanalytic University

Stromstr. 3 10555 Berlin

e-mail: [horst.kaechele@ipu-berlin.de](mailto:horst.kaechele@ipu-berlin.de)