

Siegfried Bettighofer

## Psychoanalyse und psychodynamische Therapie: Die therapeutische Beziehung zwischen Retraumatisierung und korrigierender emotionaler Erfahrung

Psychoanalysis and psychodynamic therapy: The therapeutic relationship between re-traumatization and a corrective emotional experience

Die moderne Psychoanalyse und andere psychodynamische Therapieformen sehen in der therapeutischen Beziehung den alles entscheidenden therapeutischen Wirkmechanismus, der den Verlauf und das Ergebnis der gesamten Behandlung wesentlich bestimmt. Der einzigartige Beitrag der Psychoanalyse zum Gelingen der therapeutischen Beziehung besteht dabei in der besonderen Arbeit mit Übertragung und Gegenübertragung. Denn die therapeutische Beziehung, inklusive der realen Beziehung und des Arbeitsbündnisses, wird zutiefst beeinflusst von unbewussten Übertragungsfantasien des Patienten. Hier im interpersonellen und intersubjektiven Raum der therapeutischen Beziehung inszeniert sich die Neurose des Patienten mit ihren maladaptiven sozialen Strukturen und unreifen Abwehrmechanismen. Deshalb entscheidet sich auch im Hier und Jetzt der therapeutischen Begegnung, ob sich die schmerzlichen früheren Beziehungserfahrungen des Patienten wiederholen. Die Gefahr, sich als Therapeut in diese oft sehr subtilen maladaptiven Verhaltensmuster verwickeln zu lassen, besteht immer und vergrößert sich insbesondere in längeren Therapien noch um ein Vielfaches. Damit sich ein konstruktiver therapeutischer Prozess entwickeln kann, ist vom Therapeuten gefordert, dass er nicht nur die Prozesse im Patienten und seine verbalen Aussagen im Blick hat, sondern auch die intersubjektiven und nonverbalen Vorgänge zwischen ihnen und insbesondere seine eigenen Gedanken, Affekte und Handlungsimpulse, die der Patient in ihm erzeugt, d. h. seine Gegenübertragung mit ständiger wachsender Aufmerksamkeit wahrzunehmen und zu verstehen versucht. Dieser reflektierte Umgang mit diesen Prozessen führt dazu, dass sich der Therapeut partiell in die neurotischen Muster des Patienten verwickeln lässt, sie dadurch diagnostizieren und durch die Vermittlung einer korrigierenden emotionalen Erfahrung verändern kann.

Schlüsselwörter

Übertragung – Gegenübertragung – Wiederholungszwang – Inszenierung – Arbeitsbündnis – reale Beziehung

*In modern psychoanalysis and other psychodynamic therapies, the therapeutic relationship is seen as the most important factor influencing both the analytic process and the therapeutic outcome. The special contribution of psychoanalysis to the therapeutic success*

*consists in the way the therapist uses the processes of transference and countertransference. The therapeutic relationship, including the real relationship and the working alliance, is deeply influenced by transference fantasies of the patient. Here, the patient's neurosis with its maladaptive strategies and immature or pathological defense mechanisms is enacted in the interpersonal and intersubjective space of the relationship between the patient and his analyst. Therefore, in the here and now of this relationship, it is decided whether the patient experiences a repetition of his familiar cumulative trauma. There is a great danger that the therapist becomes entangled with the pathological games the patient plays and hurts him the way he is accustomed to. To avoid destructive processes in the therapeutic relationship it is necessary for the therapist to be always aware of his own countertransference and of what the patient is enacting with him. He has to contain his own feelings to gain diagnostic insight and to intervene in a way that is a corrective emotional experience for the patient.*

#### Keywords

*transference – countertransference – re-traumatization – enactment – working alliance – real relationship*

*Ich glaube tatsächlich, dass es für einen Therapeuten kaum etwas Wichtigeres gibt, als zu vermeiden, sich in die Konflikte und Machtkämpfe eines Patienten verwickeln zu lassen. (Strupp, 1996, S. 86)*

## 1. Deutung und Beziehung – zwei Wirkmechanismen

Die Psychoanalyse und alle psychodynamischen Therapieformen galten immer schon als Einsichtstherapien. Die Deutung von intrapsychischen Konflikten und dysfunktionalen Schemata sollte den Patienten die Möglichkeit eröffnen, die dadurch vermittelte Erkenntnis in konstruktives und adäquates Handeln umzusetzen. Daneben spielten jedoch Prozesse in der therapeutischen Beziehung schon immer eine weitere zentrale Rolle in der Psychoanalyse. Lange bevor Balint (1973) die therapeutische Beziehung neben der Deutung als den zweiten therapeutischen Wirkfaktor beschrieben hat, hatte die positive Beziehung als „unanstößige Komponente“ schon bei Freud (1912, S. 371) einen wichtigen Stellenwert, verstanden als eine vertrauensvolle, positive Grundhaltung des Patienten, die zu einer positiven Bindung an den Therapeuten führt und die Offenheit schafft, die Interventionen des Therapeuten anzunehmen. Diese Ebene der unanstößigen positiven Beziehung war für Freud noch so natürlich und selbstverständlich, vergleichbar dem Vertrauen in einen Arzt, dass er ihr keine weitere theoretische Bedeutung beigemessen und dieses Konzept deshalb auch nicht weiterverfolgt hat.

Etwas später wies als Erster Ferenczi zusammen mit Rank (1924) darauf hin, dass Veränderung primär nicht durch die rationale Einsicht in die Struktur der Neurose entsteht, sondern dass der Patient dafür eine emotionale Erfahrung in der therapeutischen Beziehung im Hier und Jetzt brauche. Dieser Aspekt wurde später zur korrigierenden

emotionalen Erfahrung weiterentwickelt und dann von Balint als ein wesentlicher Bestandteil der analytischen Methode konzeptualisiert, zunächst insbesondere bei der Behandlung von frühen psychischen Störungen, bei denen die Fähigkeit, eine grundsätzlich positive Vertrauensbeziehung herzustellen, grundlegend gestört ist. Luborsky (1976) entwickelte in der Folge das Konzept der hilfreichen Beziehung, womit er auf die entscheidende Fähigkeit des Therapeuten hinwies, eine Beziehung herzustellen, die der Patient als hilfreich empfindet. Unter Berücksichtigung der Unterscheidung von explizitem und implizitem Gedächtnissystem vertreten auch Fonagy, Target und Allison (2003) den Standpunkt, dass psychische Veränderung mehr durch emotionales Erleben als durch rationale Einsicht entsteht, und kommen damit der Boston Change Process Study Group (2002; Stern, 2002) sehr nahe, die psychische Veränderung überwiegend auf die unendlich vielen unauffälligen Mikrointeraktionen zwischen Therapeut und Patient und zusätzlich auch auf die manchmal spontanen und besonders emotionalen Momente der persönlichen Begegnung zurückzuführen.

Die empirische Psychotherapieforschung der letzten Jahre (Willutzki, Reinke-Kappenstein & Hermer, 2013) hat unmissverständlich ergeben, dass in dieser hilfreichen Beziehung tatsächlich der grundlegende Wirkfaktor einer Psychotherapie zu sehen ist und dass der Erfolg einer Behandlung im Wesentlichen davon abhängt, ob es gelingt, diese positive und als hilfreich erlebte Beziehung zum Therapeuten über den gesamten Prozess der Therapie aufrechtzuerhalten.

Gerade diese Notwendigkeit, dass die hilfreiche Beziehung über die gesamte Behandlungsdauer aufrechterhalten bleibt, ist allerdings keine einfache Selbstverständlichkeit. Das wohlwollende und annehmende Beziehungsangebot des Therapeuten wird seitens des Patienten sehr schnell durch dessen neurotische Übertragungsprojektionen beeinflusst und ist oft vielfältigen Belastungsproben ausgesetzt. Die konstruktive Beziehung muss deshalb durch den Therapeuten aktiv und auch in Krisen aufrechterhalten werden. Das Spezifische der Psychoanalyse und der psychodynamischen Verfahren liegt nun gerade im Umgang mit dem, was Grawe (1995) in seinem Entwurf einer Allgemeinen Psychotherapie als „Problemaktualisierung“ bezeichnet, d. h. der Übertragung. Der Patient erlebt in der Beziehung zum Therapeuten mehr oder weniger seine neurotischen und dysfunktionalen Kognitionen und Verhaltensmuster. Diesen Aspekt hatte bereits Freud (1905) in der Behandlung einer hysterischen Patientin (Dora) entdeckt, als er versucht hatte, ihren Therapieabbruch zu verstehen, und hat ihn damals erstmals als Übertragung bezeichnet.

Es ist vor allem dieser besondere und spezifische Umgang mit Übertragungs- und Gegenübertragungsprozessen, der die Psychoanalyse am meisten kennzeichnet. Im Gegensatz zum strategischen Vorgehen im Sinne einer bewusst gezielten komplementären (Grawe, 1992) oder bedürfnis- und motivorientierten Beziehungsgestaltung (Caspar, 2015; Stucki & Grawe, 2007) in der Verhaltenstherapie besteht das Ziel darin, die spontan entstehenden Vorgänge in der Begegnung zwischen Therapeut und Patient diagnostisch zu reflektieren, sie zu verstehen und für die therapeutische Veränderung nutzbar zu machen. Die externalisierten intrapsychischen Konflikte des Patienten können zu mehr oder weniger ausgeprägten Störungen der therapeutischen Beziehung führen. Die Aufgabe des Therapeuten besteht darin, mit diesen Übertragungen des Patienten diagnostisch

und therapeutisch so umzugehen, dass er sich in die dysfunktionalen Verhaltensmuster zwar ansatzweise verwickeln lässt und mitagiert, diesen Prozess allerdings gleichzeitig mit kritischer Selbstreflexion begleitet und mit dem Patienten bearbeitet, wenn er das für nötig und sinnvoll hält. Für diese Prozesse hat die Psychoanalyse einige Konzepte erarbeitet, die im Folgenden dargestellt werden sollen.

## 2. Das Trias aus realer Beziehung, Arbeitsbündnis und Übertragung

Wenn man die gesamte Beziehung zwischen Therapeut und Patient betrachtet, können verschiedene Komponenten unterschieden werden. Diese sind neben der Übertragung die reale Beziehung und die therapeutische Arbeitsbeziehung. Dabei fand die reale Beziehung immer schon relativ wenig Beachtung, und auch das therapeutische Arbeitsbündnis wurde nach Zetzel (1956) erst durch Greenson (1982) wieder gewürdigt und als behandelungstechnisches Konzept eingeführt. Die Begründung für diese Vernachlässigung liegt in der alles überragenden Bedeutung, die der Übertragung in der therapeutischen Beziehung immer schon zugeschrieben wird.

### **Die reale Beziehung**

In der therapeutischen Situation begegnen sich zwei Menschen und vereinbaren, eine zielgerichtete Beziehung miteinander einzugehen. In dieser Begegnung erleben sie sich als reale Menschen, als Personen mit einem Körper und einem bestimmten Aussehen, mit einem individuellen verbalen und nonverbalen Verhalten. Beide wirken auf dieser Ebene gegenseitig aufeinander ein, wobei der Patient auch den Therapeuten als eine reale Person in einer durch ihn individuell gestalteten Umgebung wahrnimmt. Hinzu kommen weitere Faktoren, die die Basis und den Rahmen der therapeutischen Situation grundlegen. Dazu zählen Settingfaktoren und der Therapierahmen, sämtliche vertragsähnliche Vereinbarungen wie Honorarregelung, Aufklärungspflicht, Kassenregelung und Antragstellung sowie spezielle Vereinbarungen, wie z. B. Absprachen hinsichtlich Suizidalität.

Diese Faktoren bilden den äußeren Rahmen, können jedoch nicht nur einfach als eine objektive Realität verstanden werden, denn sie bekommen von Anfang an für den Patienten persönliche individuelle Bedeutungen. Auch der Therapeut selbst führt diese Rahmenbedingungen auf eine für ihn spezifische und persönliche Art und Weise ein. Sie treffen dann auf die im Patienten bestehenden Übertragungsd dispositionen. Dieser Vorgang beginnt bereits vor der Kontaktaufnahme, wobei beim Patienten nach dem Entscheidungsprozess, eine Psychotherapie aufzusuchen, bereits Hoffnungen und Befürchtungen entstehen, die in seiner Lebensgeschichte begründet sind. Beim ersten telefonischen Kontakt und noch mehr beim Kennenlernen im Erstgespräch werden diese Hoffnungen und Befürchtungen bestätigt oder entkräftet, und es entstehen weitere Übertragungsfantasien. Der Patient nimmt die spezielle, persönlich geprägte Art und Weise, in der der Therapeut sich verhält und spricht, wie er mit ihm umgeht und wie er die Settingbedingungen einführt und erläutert, aufmerksam wahr und nimmt diese Hinweise unbewusst als Aufhänger für seine Übertragungsfantasien. Der Therapeut kann diese Vorgänge nicht vermeiden, denn es ist nicht möglich, sich derart neutral zu verhalten, dass Interpretationen des Pa-

tienten verhindert werden. Selbst wenn eine derartige Neutralität möglich wäre, würde sie vom Patienten auf der Basis seiner Übertragungsdispositionen interpretiert und mit Bedeutung gefüllt.

Angesichts dieser sofortigen und unvermeidbaren Aktualisierung von meist vorbewussten oder unbewussten Projektionen kann kein Zweifel daran bestehen, dass es eine unkontaminierte reale Beziehung nie geben kann. Von Anfang an ist die reale Beziehung Anlass für Übertragungsfantasien, und sie wird im Laufe des therapeutischen Prozesses oft selbst Teil der Übertragungsbeziehung. Settingfaktoren werden mit persönlichen Bedeutungen erlebt, sie bekommen durch ihre Kontinuität oft die Funktion einer Halt vermittelnden Umgebung, und auch ihre Veränderung beeinflusst deshalb das Erleben des Patienten und sollte dementsprechend dann auch bearbeitet werden. Langs (1989) hat ausführlich dargestellt, wie sich gerade an diesen objektiven Settingfaktoren und Rahmenvereinbarungen durch ihre Funktion als Schnittstelle zwischen äußerer Realität und psychischer Bedeutung (Staehe, 2014) die inneren Konflikte des Patienten entzünden können und zum neurotischen Agieren einladen.

### **Das Arbeitsbündnis**

Ähnliches gilt auch für das Konzept der therapeutischen Allianz (Zetzel, 1956) oder – begrifflich später – des Arbeitsbündnisses, ein Begriff, der durch Greenson (1982) eingeführt worden ist. Das Konzept eines Arbeitsbündnisses oder einer therapeutischen Arbeitsbeziehung (Rudolf, 1991) ist behandlungstechnisch von großer Wichtigkeit. Man bezeichnet damit die positive Identifikation des Patienten mit dem therapeutischen Denken des Analytikers, d. h., dass der Patient die Haltung des analytischen Denkens und Verstehenwollens auch selbst übernimmt und eine eigene Motivation zur Zusammenarbeit entwickelt. Der Patient sieht den Sinn der therapeutischen Strategien ein, arbeitet motiviert und kooperativ mit dem Therapeuten zusammen, um ein Verständnis für seine Symptomatik und seine Störung zu entwickeln. Besonders wichtig und geradezu therapieentscheidend wird das Bestehen eines Arbeitsbündnisses in schwierigen und kritischen Therapiephasen, in denen der Patient mit schmerzlichen Affekten konfrontiert ist oder wenn er eine kritische oder vorübergehend sogar ablehnende negative Übertragungsbeziehung zum Therapeuten hat und die Behandlung möglicherweise sogar abbrechen will. In solchen Phasen entscheidet der kompetente Umgang des Therapeuten mit der Übertragung und das Bestehen einer gemeinsamen Arbeitsbasis, ob sich beide angesichts der schwierigen emotionalen Situation, in der Kritik, Hoffnungslosigkeit, Sinnlosigkeit und fehlende Motivation vorherrschen können, noch auf eine gemeinsame therapeutische Weiterarbeit verständigen können. Auch wenn gerade in der Psychoanalyse der Aktivierung und Durcharbeitung von negativer Übertragung viel Gewicht beigemessen wird (Reisinger, 2013), muss dabei doch immer gewährleistet sein, dass der Patient die therapeutische Beziehung immer noch als grundsätzlich positiv und hilfreich einschätzt, damit die Behandlung nicht in der aktualisierten negativen Übertragung untergeht. Freud (1926) sprach hier von der „Handhabung der Übertragung“ (S. 318) (s. Will, 2001) und Mertens (2013) vom „gekonnten“ Umgang mit der Übertragung. Auch der klassische Ich-Psychologe Greenson musste schon eingestehen, dass in solchen schwierigen Situationen das Standardkonzept der Deutung der Übertragung und der Hinweis auf das Vorliegen eines Widerstandes meistens nicht ausreichen, um den Patienten weiterhin zur

Mitarbeit zu motivieren. Auch er hält in solchen Situationen den Einsatz sog. unanalytischer Vorgehensweisen für sinnvoll und notwendig, wie z. B. Empfehlungen, Ratschläge, Suggestionen, Ermutigungen, Unterstützung, Anerkennung.

Aufseiten des Patienten ist insbesondere in diesen konfliktreichen Phasen die Fähigkeit zur therapeutischen Ich-Spaltung (Sterba, 1934) hilfreich. Der Patient sollte im Idealfall die Fähigkeit haben bzw. auch in emotionalen Situationen zwischen seinen momentanen negativen Gefühlen und einem beobachtenden Selbstanteil zu unterscheiden, um dadurch seine Motivation für Behandlung aufrechterhalten zu können. Therapieabbrüche zeigen jedoch, dass das in der Praxis oft nur schwer zu realisieren ist und manchmal auch nicht gelingt. Auch ist ein beobachtendes und von seinem Erleben getrenntes Ich im Sinne einer konfliktfreien Zone wohl eine Fiktion und kann unter Umständen sogar als Intellektualisierung in den Dienst der Abwehr gegen die Bedrohung durch heftige Affekte gestellt werden (Körner, 1989).

Wie die reale Beziehung so bewegt sich somit auch das Arbeitsbündnis im intersubjektiven Kontext der Begegnung von zwei Menschen und wird durch die gerade aktuelle Übertragungssituation stark beeinflusst und bestimmt. Es gibt wohl keinen Bereich in der therapeutischen Beziehung, der frei ist von aktuellen Übertragungsbedeutungen. Wie bereits erwähnt, können sich gerade auch an den Rahmenbedingungen und auch bezüglich der Arbeitsbeziehung als Aufhänger für Übertragungsreaktionen psychodynamische Konflikte und Widerstände der Patienten entzünden (Langs, 1989).

Selbst der Therapeut kann dieser Gefahr nicht entgehen, denn auch er sieht das Arbeitsbündnis wie auch die reale Beziehung zum Patienten unter dem unvermeidlichen Einfluss der Übertragung und seiner Gegenübertragung – nicht zu vergessen auch seine Eigenübertragung, die er seinerseits in die Beziehung mit einbringt. So weist z. B. Deserno (1990) in einer eingehenden Untersuchung zum Arbeitsbündnis nach, wie fehleranfällig die Einschätzung des Therapeuten sein kann. Anhand einer Fallvignette zeigt er, wie sich Greenson zufrieden über das wiederhergestellte Arbeitsbündnis äußert und dabei völlig verkennt, dass die wiederhergestellte Kooperation des Patienten eigentlich eine neurotische Anpassung ist. Der Patient unterwirft sich der Autorität des Analytikers, der dies unerkant mitagiert.

### 3. Übertragung bestimmt die therapeutische Beziehung

Die bisherige Darstellung und die häufige Erwähnung der Übertragung weist schon deutlich darauf hin, dass die Übertragung das alles dominierende Geschehen in der Behandlung ist. Von ihrer Entwicklung und Handhabung hängen weitgehend Erfolg oder Misserfolg der Therapie ab. Voraussetzung für einen konstruktiven therapeutischen Prozess ist, dass sich auf der Basis verbindlicher Rahmenvereinbarungen eine stabile Form therapeutischer Zusammenarbeit entwickelt hat (Rudolf 1991). Auf dieser Basis stellt der Umgang mit Übertragung und Gegenübertragung ein zentrales Instrument psychodynamischer Arbeit dar, durch das die intrapsychische Situation des Patienten erforscht, verstanden und in diesem Kontext auch verändert werden kann. Allerdings ist bereits schon die Entwicklung einer hilfreichen Beziehung zum Patienten kein zwangsläufiger und naturgemäßer Prozess, sondern bedarf schon der bewussten Förderung durch den Therapeuten. Die Patienten kommen im Allgemeinen mit bedrohlichen und enttäuschenden Beziehungserfahrungen,

so dass allein schon der Aufbau einer tragenden therapeutischen Beziehung manchmal eine erste und unter Umständen auch eine sehr schwierige Aufgabe darstellen kann.

### **Die interaktionelle Entwicklung der Übertragungs-Gegenübertragungs-Beziehung**

Während der Patient von Symptomen und seinen Erfahrungen mit seinen Beziehungspersonen berichtet, entstehen in einem unterschwelligem begleitenden Prozess allmählich Übertragungsgefühle, -fantasien und -reaktionen, die dem Patienten generell nur vorbewusst sind oder die er für unwichtig oder evtl. auch peinlich hält und deshalb nicht thematisiert. Auf der Basis seiner inneren kognitiven und emotionalen Strukturen bzw. Organisationsprinzipien (Stolorow, Brandchaft & Atwood, 1996; Bettighofer, 2010) interpretiert der Patient die Gegebenheiten der therapeutischen Situation, der Person und des Verhaltens des Therapeuten und konstruiert daraus seine Wahrnehmungen. Daraus ergibt sich eine Mischung aus realen Wahrnehmungen, eigenen Interpretationen und Zuschreibung von Bedeutungen sowie den begleitenden Affekten, die mehr oder weniger angemessen erscheinen und in denen auch die dysfunktionalen Muster des Patienten zum Ausdruck kommen.

Die Entstehung dieser neurotischen Muster beruht auf der Introjektion von Kindheitserfahrungen, den inneren Objekten, die Daniel Stern (2005) als generalisierte Interaktionsrepräsentanzen (RIGs) bezeichnet, also als verinnerlichte Interaktionserfahrungen. Sie geben dem Patienten als unbewusstes implizites Beziehungswissen (Stern, 2005) die Möglichkeit, soziale Beziehungen schnell zu sondieren und einzuordnen. Die Bindungstheorie spricht hier von inneren Arbeitsmodellen, mit deren Hilfe alle aktuellen Situationen interpretiert werden und Handlungsoptionen erkennbar sind. Auch in der therapeutischen Beziehung führen die in diesem impliziten Beziehungswissen enthaltenen Erwartungshaltungen (Beebe & Lachmann, 2004) und unbewussten Pläne (Weiss & Sampson, 1986, 1990) dazu, sowohl das eigene Verhalten zu steuern wie auch die Interaktion mit dem Therapeuten nonverbal zu regulieren. Diese internalisierten Subjekt-Objekt-Erfahrungen werden dabei externalisiert, wobei die verinnerlichteten Objektbilder und vor allem auch die damit einhergehenden unbewussten Erwartungen und Hoffnungen bezüglich seines Verhaltens auf den Therapeuten projiziert werden. Sie bilden sich im Therapeuten in seinen Gedanken und Emotionen als Gegenübertragung ab und produzieren in ihm einen mehr oder weniger subtilen interaktionellen Druck, sich verbal und nonverbal auf eine bestimmte Weise zu verhalten. Dadurch bekommt jede Therapeut-Patient-Beziehung auch eine ganz spezifische und einmalige individuelle Prägung. Keine Behandlung gleicht letztlich einer anderen. Sich diesem Interaktionsdruck zu entziehen ist nicht möglich, da diese interaktionellen Prozesse durch nonverbale, prosodische, gestische und mimische Signale (Krause, 2006, 2012; Streeck, 2004, 2009) gesteuert werden und beiden Interaktionspartnern nicht bewusst sind. Unbewusst werden dadurch alle Beziehungen des Patienten und so auch die therapeutische Beziehung bestimmt und gestaltet. Die Analyse von videografierten Sitzungen (Streeck, 2004, 2009) weist sehr deutlich nach, wie sehr sich der Therapeut durch das verbale und insbesondere nonverbale Verhalten des Patienten unweigerlich in gestische Mikroinszenierungen verwickeln lässt – vergleichbar mit einem gemeinsamen Tanz –, die bei ihm die für den Patienten typischen Gegenübertragungsgefühle auslösen. Der Therapeut gestaltet seinerseits die therapeutische Beziehung auf der bewussten Ebene entsprechend seiner Methodik, wird dabei jedoch maßgeblich beeinflusst von

den unbewussten Erwartungen und Rollenzuweisungen des Patienten. Aufgrund seiner „Bereitschaft zur Rollenübernahme (Sandler, 1976) und unter dem Einfluss seiner persönlichen Eigenübertragung reagiert er auf den Patienten und gestaltet also kokonstruktiv die jeweils sich entwickelnde therapeutische Beziehung mit (Beebe & Lachmann, 2004). In diesem Prozess zirkulärer Interaktion reagieren Therapeut und Patient Schritt für Schritt in einem bidirektionalen gegenseitigen systemischen Abstimmungsprozess aufeinander, den Stern (2005) als „moving along“ bezeichnet hat.

Auch wenn dieser sich gegenseitig bedingende Prozess ganz wesentlich von der Person und das Interaktionsangebot des Therapeuten mitgestaltet wird, bleibt dennoch das professionelle Gefälle der Therapeut-Patient-Beziehung bestehen. Auch gelten die grundsätzlichen Prinzipien von Abstinenz und Neutralität, die der therapeutischen Beziehung ihren asymmetrischen Charakter verleihen. Zugleich gewährleistet die zurückhaltende, offene und reflektierende therapeutische und analytische Haltung (Preß & Gmelch, 2014), dass sich trotz des interaktiven Einflusses, den der Therapeut ausübt, in der Übertragung vorwiegend die Persönlichkeit und die neurotischen Anteile des Patienten abbilden können.

### **Übertragung und Gegenübertragung als Teil einer gemeinsamen Szene: Handlungsdialoge und Inszenierung**

Diese interaktionellen Prozesse, in denen der Patient quasi unbewusst dem Therapeuten seine Problematik ohne Wort „mitteilt“, verlaufen oft über eine längere Zeit unbemerkt, sie geben der Beziehung zu jedem Patienten eine einmalige Prägung und führen manchmal zu intuitiven Reaktionen, die der Therapeut oft erst im Nachhinein versteht. Mit Freud (1912, S. 381) könnte man sagen, dass hier eine Kommunikation zwischen dem Unbewussten des Patienten und dem des Therapeuten stattfindet, die oft auch zu intuitiven Eindrücken und spontanen Interventionen aus dem Moment herausführt, für die der Therapeut keine rationale Begründung hat.

In der oben dargestellten heutigen Auffassung wird die Übertragung als eine Inszenierung von konflikthaften Szenen des Patienten verstanden, wobei die antwortende Gegenübertragung des Therapeuten in all ihren Komponenten wie Gefühlen, Fantasien, Gedanken, Handlungsimpulsen und insbesondere auch dem realen therapeutischen Verhalten als Teil einer unbewussten Szene gesehen werden. Das bedeutet zugleich, dass der Versuch des Therapeuten, sich durch Abstinenz, Neutralität und Anonymität aus diesem Involviertwerden herauszuhalten, illusorisch ist. Sinnvoller ist es deshalb, diesem unweigerlichen Prozess des Involviertwerdens zuzustimmen, d.h., sich verwickeln zu lassen und die dabei zustande kommende Inszenierung begleitend bzw. anschließend therapeutisch zu reflektieren, zu verstehen und sie für die Veränderung des Patienten nutzbar zu machen (Scharff, 2009). Ursprünglich wurden derartige Handlungen als ein Mitagieren des Therapeuten abgelehnt, das die neurotischen Konflikte des Patienten verstärkt, statt sie zu analysieren und zu verstehen. Seit Gill (1982) und insbesondere im Rahmen der intersubjektiven Theorie- und Behandlungsansätze hat sich zunehmend die Erkenntnis durchgesetzt, dass diese Formen des Mitagierens für alle menschlichen Begegnungen natürlich und insofern auch in der Psychotherapie nicht vermeidbar sind (Klüwer, 1983; Bettighofer, 2010). Sie sind das beste Erkenntnismittel, das der Therapeut besitzt und auf das kein psychodynamischer Therapeut verzichten kann. In diesen interaktiven Begegnungen zeigen sich die neurotischen dysfunktionalen Mechanismen des Patienten oft



deutlicher als in seinen verbalen Beschreibungen (Plab, 2014), da über die nonverbalen Kommunikationskanäle Erfahrungen vermittelt werden können, die dem Patienten unbewusst sind und bei frühen Störungen auch gar nicht verbal bearbeitet werden können, weil sie Erfahrungen aus den ersten Kindheitsjahren beinhalten, die aufgrund der noch nicht entwickelten Gehirnstrukturen des Hippocampus noch gar nicht als Erinnerungsbild gespeichert werden konnten und deshalb auch nicht als Erinnerung abrufbar sind (Turnbull & Solms, 2005; Grawe, 2004; Roth & Strüber, 2014).

Man spricht hier von einem Handlungsdialog, der sich ohne bewusste Absicht zunächst latent und unbemerkt zwischen Therapeut und Patient entfaltet und die reale Interaktion zwischen beiden bestimmt. Es handelt sich also hierbei nicht mehr um reine Projektionen des Patienten, deren Unangemessenheit leicht erkannt werden kann. Vielmehr spürt der Therapeut selbst in seiner Gegenübertragung tatsächlich die ihm zugeordnete positive oder negative Rolle; oft verhält er sich unbewusst verbal oder nonverbal in einer Art und Weise, wie es der auf ihn übertragenen Rolle entspricht. Dabei ist er entweder mit dem Subjektaspekt des Patienten konkordant identifiziert und erlebt empathisch die bewussten oder dem Patienten noch nicht zugänglichen Affekte, oder er ist mit dem auf ihn übertragenen früheren Objekt identifiziert und erlebt die auf ihn projizierten und meist negativen Objekterfahrungen des Patienten in seiner Gegenübertragung. Dies sind oft Affekte aversiver Natur gegenüber dem Patienten, die dessen früheren enttäuschenden Beziehungserfahrungen entsprechen. Insbesondere wenn diese negative Gegenübertragung mit starken Affekten oder sogar mit Handlungsimpulsen oder Impulsdurchbrüchen einhergehen, wird von projektiver Identifikation gesprochen (Ogden, 1988). In solchen Momenten kann es sein, dass der Therapeut zeitweise einen starken aggressiven Druck empfindet und sich bewusst kontrollieren muss. Gelegentlich ist ein aggressives oder entwertendes Gegenübertragungs-Agieren nicht vollständig zu vermeiden, was dann zu einer ernsthaften Behandlungskrise führen kann, die allerdings auch die Möglichkeit bietet, diese Inszenierung mit dem Patienten zu bearbeiten.

Diese lange Zeit unbemerkt verlaufenden Prozesse der Identifizierung mit unbewussten, auf den Therapeuten gerichteten Externalisierungen von introjizierten enttäuschenden Beziehungserfahrungen wurden entdeckt in der Behandlung von schwer ichstrukturell gestörten Patienten, wobei Melanie Klein (1972) sie zunächst als Abwehrmechanismus verstanden hat, während ihr Schüler Bion (1990) später den kommunikativen Aspekt herausgearbeitet und betont hat, dass solche Inszenierungen für diese Patienten die einzige Möglichkeit sind, ihre unbewusste, noch nicht symbolisierte und nicht verbalisierbare Not mitzuteilen. In geringerer Intensität und deshalb auch weniger auffällig finden sie sich jedoch auch in allen menschlichen und therapeutischen Beziehungen wieder. Diese unbewussten Inszenierungen und Handlungsdialoge sind ubiquitär und oft verantwortlich für die wiederholten Enttäuschungen der Patienten in ihren gegenwärtigen sozialen Beziehungen und Partnerschaften. Das Auftauchen dieser negativen Beziehungserfahrungen, die der Patient eigentlich fürchtet und zu vermeiden versucht, gerade auch in der therapeutischen Beziehung, ist deshalb für den Patienten die größte Chance, diesen Aspekt zu verstehen und zu verändern (Barwinski, 2014; Fonagy et al., 2003 & Schmidt, 2003). Dies setzt allerdings voraus, dass der Therapeut mit diesen Prozessen vertraut ist und mit ihnen konstruktiv umgehen kann.

## **Der Wiederholungszwang in der Übertragung**

Mit dem Begriff des Wiederholungszwangs hat Freud (1914, 1920) ein Konzept entwickelt, das erklären soll, warum Menschen schmerzliche Beziehungserfahrungen wiederholte Male erleben, obwohl sie das vermeiden möchten, und deshalb nicht verstehen können, wie es dazu kommt (Reichard, 2014). Mit dem oben dargestellten Modell einer ubiquitären Externalisierung von verinnerlichten Interaktionsrollen und der Initiierung von Handlungsdialogen ist es möglich, diese wiederholt auftretenden dysfunktionalen sozialen Verhaltensmuster zu verstehen und auch zu behandeln.

Ein psychodynamischer Therapeut sollte die oben beschriebenen Gesetzmäßigkeiten kennen und sich immer darüber im Klaren sein, dass er nie nur ein objektiver Beobachter quasi am Rande des Spielfeldes sein kann, sondern dass er immer zutiefst in den Prozess involviert sein wird. In kurzen Behandlungen mag das nicht auffallen und auch nicht so wichtig sein. Bei allen Patienten jedoch, die eine längere und intensivere therapeutische Beziehung brauchen, ist es jedoch kaum möglich, als Person unbeteiligt zu bleiben und nicht irgendwie in die neurotischen Muster des Patienten verwickelt zu werden. Der Therapeut ist als Mitspieler immer auch mit auf der Bühne, während sich die Modell-szenen des Patienten inszenieren – ich sage bewusst „sich inszenieren“, denn der Patient tut dies nicht bewusst und absichtlich, sondern ist sich dessen, was sich in der Beziehung entfaltet, nicht bewusst.

## **Die Dialektik zwischen Wiederholung und Neubeginn in der therapeutischen Beziehung „Tests“ in der Übertragung**

Um die Belastbarkeit und die Loyalität des Therapeuten auf ihre Verlässlichkeit hin zu überprüfen, schaffen Patienten manchmal für den Therapeuten schwierige Situationen, um ihn unbewusst zu testen, ob er reagiert, wie der Patient entsprechend seiner Biografie befürchtet oder ob der Therapeut seine indirekt angedeutete Hoffnung versteht. Derartige Tests durch den Patienten sind auch mit einer einfachen und festgelegten komplementären Behandlungsstrategie nicht zu vermeiden und benötigen ein spontanes und oft auch intuitiv geleitetes Vorgehen.

Wie ein solcher Test misslingen kann, möchte ich an einer Fallvignette von Stern (2002) darstellen.

David, ein junger Mann, hatte eine Analyse aufgenommen, und nachdem einige Monate vergangen waren, kam er in einer Sitzung auf eine schwere Verbrennung zu sprechen, die er sich als Kleinkind zugezogen hatte. Die Wunden hatten einen Großteil seines Oberkörpers bedeckt, und er machte sich Gedanken darüber, wie sich dieser Unfall auf seine spätere Entwicklung ausgewirkt haben mochte. Zurückgeblieben war eine entstellende Narbe, die nicht zu übersehen war, wenn er eine Badehose oder Shorts trug. Sie machte ihn sehr befangen und diente als Fokus für eine Reihe von Problemen, die sich auf seinen Körper konzentrierten. In jener Sitzung ergriff David spontan den Saum seines Hemdes und wollte es hochziehen. Dabei sagte er: „Hier, ich zeig’s Ihnen. Dann verstehen Sie mich besser.“ Abrupt, noch bevor David die Narbe entblößt hatte, unterbrach ihn der Analytiker: „Nein! Halt, das ist nicht nötig!“ Beide waren von dieser Reaktion überrascht. Später konnten sie sich gemeinsam darüber verständigen, dass dieses Verhalten nicht hilfreich gewesen war. David hatte aber das Gefühl und

fasste es auch in Worte, dass die nachfolgende Reaktion des Analytikers den Fehler noch verstärkt hatte. Statt zu sagen, dass er seine Reaktion bedauere, hatte er lediglich angemerkt, dass er seinen eigenen Standards nicht gerecht geworden sei. (S. 997)

### **Containing in der therapeutischen Beziehung**

In vielen therapeutischen Situationen reicht die analytische Grundhaltung, die dem Patienten offen empathisch zuhört, Verständnis und damit narzisstische Unterstützung vermittelt, ohne zu werten und zu beurteilen, aus, die konstruktive und hilfreiche therapeutische Beziehung zum Patienten aufrechtzuerhalten. Es kommt jedoch immer wieder, meist unerwartet, zu intensiven emotionalen Situationen, die vom Therapeuten mehr fordern als ein wertfreies Spiegeln. Um mit solchen komplexen Beziehungssituationen konstruktiv umgehen zu können, hat Bion (1990) das Konzept des Containings entwickelt, das auf der Erkenntnis beruht, dass manche Patienten ihr Leid nur unbewusst durch Handlungen und subtile Manipulation mitteilen können (Plab, 2014). Diese therapeutische Erfahrung konnte inzwischen auch durch neurobiologische Befunde bestätigt werden (Roth & Strüber, 2014). Die für den Therapeuten oft nicht einfache Aufgabe besteht in solchen unübersichtlichen und komplexen Situationen zunächst hauptsächlich darin, seine Gegenübertragung auszuhalten, die durch den Patienten in ihm erzeugten Gefühle nicht direkt auszuagieren und sich dabei so wie seine Bezugspersonen zu verhalten, sondern mithilfe seiner Gegenübertragung die Bedeutung der Situation zu verstehen und reflektiert und therapeutisch sinnvoll auf den Patienten zu reagieren – gleich einer Mutter, die ihre emotionale Belastung auch nicht unmittelbar an ihrem Kind auslässt.

Ein psychodynamischer Therapeut sollte sich immer bewusst sein, dass bei der Arbeit an den Verletzungen des Patienten immer auch die Gefahr besteht, den Patienten wieder zu verletzen. Problemaktualisierung in der therapeutischen Beziehung bedeutet immer auch, dass der Patient seiner Verletzlichkeit auch in der Beziehung zum Therapeuten begegnet, um sie verarbeiten zu können. Die Patienten führen uns unbewusst an den Rand ihrer Wunde, die sie bearbeiten und bewältigen möchten. An dieser Wunde zu arbeiten schließt aber immer auch die Möglichkeit ein, den Patienten zu sehr zu verletzen, indem man als Therapeut partiell und für eine gewisse Zeit ein neurotisches Muster mitagiert und die Hoffnung des Patienten auf eine alternative heilsame Reaktion zeitweise enttäuscht, bevor es erkannt und bearbeitet werden kann. Allerdings lässt sich die Begegnung mit schmerzlichen Gefühlen in der Übertragung auch nicht ganz vermeiden, denn genau das ist der Kern der Problemaktualisierung.

Das konstruktive Umgehen mit derartigen diffizilen Prozessen hängt wesentlich davon ab, wie der Therapeut mit seiner Gegenübertragung umgeht. Alle Gegenübertragungsreaktionen zunächst einmal zuzulassen, auch wenn sie nicht immer unserem Therapeutenideal entsprechen und uns beschämen, ist dennoch von zentraler Bedeutung. Zusätzlich begleitet der Therapeut sein Erleben und Verhalten, auch wenn es methodisch korrekt erscheint, ständig mit einer selbstkritischen Haltung, die immer wieder fragt, was der Patient in ihm auslöst, wie und als was er sich verwendet fühlt, wozu er sich etwa gedrängt fühlt, was es bedeuten könnte und ob die eigene emotionale Reaktion möglicherweise Teil einer unbewussten Szene des Patienten ist. In vielen Einzelsituationen stellt sich auch die Frage, ob man den Wünschen des Patienten entgegenkommen sollte oder ob es eher sinnvoll ist, die Erfüllung dieser Bedürfnisse zu versagen, um stattdessen den motivierenden Hintergrund zu bearbeiten. Braucht der Patient in der momentanen Situation etwa

einen verständnisvollen und empathischen Therapeuten oder eher eine Konfrontation? Wie lange ist Empathie sinnvoll, und wann ist eine notwendige Konfrontation angezeigt? Hätte der Analytiker im obigen Beispiel von Stern ein neurotisches Bedürfnis des Patienten befriedigt oder hätte er ihm eher eine heilsame korrigierende Beziehungserfahrung vermittelt? In solchen Momenten ist immer auch die Frage entscheidend, ob man sich in einer gemeinsamen Szene mit dem Patienten befindet und ob das eigene Gegenübertragungsgefühl ein integraler Bestandteil dieser aktualisierten Situation sein könnte. Der Therapeut in der Vignette von Stern wiederholt möglicherweise eine zurückweisende Beziehung durch einen überforderten oder unempathischen Elternteil. Er könnte diese Situation jedoch noch ins Konstruktive, Wachstumsfördernde wenden, wenn er sein Gefühl der Überrumpelung offen mitteilen würde, um mit dem Patienten die durch diese Zurückweisung entstandene Beziehungssituation zu klären. Er wäre dann zwar nicht mehr der immer empathische und verständnisvolle Idealthérapeut, sondern für den Patienten auch in seiner Menschlichkeit und Fehlbarkeit (Cooper, 1993) zu erkennen. Der Patient würde infolgedessen nicht eine annähernd ideale therapeutische Beziehung als neue Beziehungserfahrung internalisieren, sondern die Erfahrung mit einem Menschen, der auch nicht ideal ist, nicht immer die Bedürfnisse des Patienten wahrnimmt, sondern auch Fehler macht und dem Patienten Verletzungen zufügt. Entscheidend ist jedoch dabei die Erfahrung, dass solche Empathie-Fehler nicht die positive Beziehung völlig zerstören, sondern naturgemäß auch dazugehören und gemeinsam ertragen und in einem Wiederherstellungsprozess (Wolf, 2000; Beebe & Lachmann, 2004) verarbeitet werden können. Hier ist wiederum die Container-Funktion relevant, d.h., dass der Therapeut auf der Basis seiner Gegenübertragungs-Reaktionen nicht einfach wie in einem Alltagsdialog unmittelbar handelt, sondern dass er sie für sich behält, sie in sich so lange aushält, bis er sie für eine Deutung nutzen oder sie auf eine andere Weise dem Patienten spiegelnd und nicht verletzend mitteilen kann. So sinnvoll und notwendig dieses Containing auch ist, müssen Therapeuten jedoch auch anerkennen, dass es zwar ein lange Zeit vorherrschendes analytisches Ideal war, ein möglichst vollkommener Container zu sein, das jedoch nicht erreichbar ist. Der Versuch, ein solches heroisches Ideal zu erreichen, schafft unter Umständen eher einen angespannten Therapeuten, der sich sehr unnatürlich und für den Patienten gar nicht mehr konstruktiv verhält. Andererseits birgt auch die unreflektierte Äußerung von Gegenübertragungsgefühlen große Gefahren für den Patienten und sollte deshalb nur auf der Basis guter Reflexion eingesetzt werden (Bettighofer, 2014).

### **Unterbrechungs- und Wiederherstellungsprozess**

Das Konzept des Containings wurde entwickelt, um dem Therapeuten ein Verständnis für gewisse schwierige Situationen zur Verfügung zu stellen und es ihm dadurch zu erleichtern, sich trotz der emotionalen Belastung weiterhin konstruktiv zu verhalten, denn die therapeutische Wirkung hängt vor allem davon ab, ob die vom Patienten als hilfreich erlebte positive therapeutische Beziehung aufrechterhalten werden kann. Auch bei einer guten Beziehung bleibt es jedoch nicht aus, dass der Patient durch gelegentliche Empathie-Mängel, Fehlabbimmungen, zu heftige Konfrontationen oder andere unpassende Reaktionen des Therapeuten gekränkt, verärgert oder wütend ist und vielleicht sogar daran denkt, die Therapie abzubrechen. In solchen Situationen ist zunächst die positive therapeutische Beziehung bzw. Selbstobjekt-Beziehung gestört und unterbrochen. Derartige Störungen in der therapeutischen Beziehung sind nie beabsichtigt, sie

entstehen immer unerwartet und überraschend und sind letztlich durch keine therapeutische Regel oder Vorsicht wirklich zu vermeiden. Sie sind integraler Bestandteil jeder Form menschlicher Interaktion, auch der therapeutischen, die zwar eine sehr außergewöhnliche Beziehungsform herstellt, jedoch zugleich auch prinzipiellen natürlichen Interaktionsregeln gehorcht (Streeck, 2002, 2004, 2009). Beebe und Lachmann (2002) betonen, dass es auch in der Interaktion aller Mutter-Kind-Paare häufig zu spontanen Fehl Abstimmungen kommt, die im Rahmen der weiteren Interaktion nach und nach korrigiert werden. Sobald die Mutter am Verhalten des Kindes gemerkt hatte, dass ihr Verhalten für das Baby nicht passend war, begann sie, es verbal und nonverbal so lange zu korrigieren, bis eine gemeinsam entspannte und wieder harmonische Beziehung bestand. Beebe und Lachmann (2004) übertrugen diesen systemischen Aus- und Angleichungsprozess auf die Behandlung erwachsener Patienten und nennen ihn das „Prinzip von Unterbrechung und Wiederherstellung“ (S. 180), wie ihn auch schon der Kohut-Mitarbeiter Wolf (1989, 2000) beschrieben hatte. Bei geringfügigen Störungen der therapeutischen Beziehung gestaltet sich dieser Prozess relativ einfach, bis sich der Patient der unterstützenden Beziehung wieder sicher ist. Jessica Benjamin (2007) beschreibt für schwerwiegende Beziehungssituationen, in denen ein Patient durch das Verhalten des Therapeuten sehr verletzt worden oder ein gravierender Fehler geschehen ist, einen Mittelweg zwischen heroischem Containment und unreflektiertem Ausagieren. Ist ein Bruch in der positiven therapeutischen Beziehung durch eine verletzende Intervention des Therapeuten entstanden, sollte diese Verletzung und der Fehler des Therapeuten wie auch der Bruch in der Beziehung eingestanden und benannt werden. Absicht dieses Vorgehens ist jedoch, nicht nur ein versöhnliches Bedauern zu ermöglichen, sondern wenn möglich diese Situation als eine gemeinsame unbewusste Inszenierung zu sehen und für die stattgefunden reale Interaktion ein „wechselseitiges Containment“ (Benjamin, 2007, S. 91) zu schaffen. Dabei können dann in der konkreten Analyse dieser Interaktion die beidseitigen Beiträge auf der inneren und der Verhaltensbasis herausgearbeitet werden. Dabei kann es sinnvoll sein, die eigene Gegenübertragung dem Patienten selektiv und ohne Vorwurf mitzuteilen bzw. zur Verfügung zu stellen, um die gegenseitige Verflochtenheit der inneren und Verhaltensvorgänge in ihrer bidirektionalen Bedingung erkennen zu können (Bettighofer, 2014; Jacobs, 2000; Renik, 2008). Wenn dieser Prozess gelingt, kann die positive therapeutische Beziehung wiederhergestellt werden, und beide, insbesondere auch der Patient, erleben ein „wechselseitiges Überleben des Bruches“ (Benjamin, 2007, S. 87). So werden die entstandenen Kränkungen in einem gegenseitigen Containing verarbeitet und fördern den Aufbau innerer Strukturen beim Patienten.

### **Zwei Übertragungsebenen: Der Therapeut als Täter und als Neues Objekt**

Dieser Umgang mit Kränkungen und Beziehungskonflikten im Rahmen der therapeutischen Beziehung vermittelt dem Patienten eine korrigierende emotionale Erfahrung, die strukturbildend internalisiert wird. Solche Situationen im Sinne einer Problemaktualisierung werden jedoch nicht bewusst und strategisch geplant, sondern sie ergeben sich im Laufe des voranschreitenden Prozesses von selbst. In ihnen verschaffen sich unbewusste Konflikte des Patienten Ausdruck, die auf diese Weise der Bearbeitung zugänglich werden. Jede Übertragungssituation beinhaltet zwei verschiedene Ebenen. Auf der Ebene der sog. objektalen Übertragung tendieren die dysfunktionalen neurotischen Abwehr- bzw. Bewältigungsmuster des Patienten dazu, sich in der realen therapeutischen Beziehung

zu wiederholen und zu inszenieren. Die darin enthaltenen verdrängten und frustrierten, oft unbewussten Bedürfnisse nach einer positiven Resonanz richten sich ebenfalls auf den Therapeuten, allerdings oft nur sehr indirekt als Anspielung, in Form eines Narrativs oder in der Gegenübertragung spürbar. Das geschieht zudem im Allgemeinen sowohl für den Patienten wie auch für den Therapeuten unbewusst.

Auf der *objektalen Ebene* der Wiederholung in der Übertragung externalisiert der Patient sein unbewusstes Erwartungsmuster auf den Therapeuten und verleitet ihn zu einem interaktionellen Mithandeln (Heisterkamp, 2002, 2007). Der entsprechende Gegenpart sind die Fantasien, Gedanken und Emotionen sowie Handlungsimpulse, die der Therapeut als Gegenübertragung erlebt. Während die neurotischen Projektionen des Patienten oft noch relativ eindeutig als inadäquat zu erkennen sind, ist die Beziehungssituation bei zunehmender struktureller Störung des Patienten insofern schwieriger, als diese Patienten im Therapeuten manchmal die Gefühle, die sie eigentlich fürchten und vermeiden möchten, geradezu erzeugen und der Therapeut in Gefahr ist, sich von diesen Emotionen bestimmen zu lassen und sich mit dem Patienten zu sehr zu verwickeln. Hier kann eine komplementäre Identifikation in der Gegenübertragung (Racker, 1978) zugrunde liegen, bei der der Therapeut in die Rolle eines früheren Objekts geraten ist und meist abwehrende und ablehnende Gefühle erlebt, die der Rolle der damaligen Beziehungsperson entsprechen. Der Therapeut erlebt also die Gefühle des negativen Mutter- oder Vaterintrojekts, ein Vorgang bzw. Abwehrmechanismus, der im Anschluss an Melanie Klein als projektive Identifikation bezeichnet wird (Ogden, 1988). In schwierigen Situationen besteht die Gefahr, diese Gefühle auszuagieren und den Patienten sehr zu verletzen.

Wenn therapeutische Beziehungen allmählich destruktiv eskalieren oder Therapien abgebrochen werden oder sogar schaden, liegt häufig eine derartige Übertragungssituation vor, die in ihrer Bedeutung nicht erkannt und deshalb auch nicht konstruktiv gehandhabt werden konnte. Inzwischen gibt es eine zunehmende Literatur über destruktive Prozesse in Psychotherapien, die alle zu dem Resultat kommen, dass es die oben beschriebenen unbewussten interaktionellen Abläufe sind, die allmählich beginnen und zu einer zunehmenden Eskalation führen (Junkert-Tress et al., 2000; Hoffmann, Rudolf und Strauß, 2008 & Zwettler-Otte, 2007). Deshalb kann dieser Prozess, in dem die verinnerlichten negativen Beziehungserfahrungen des Patienten sich auch in der therapeutischen Beziehung wiederholen und im Sinne eines Wiederholungszwanges zu einer Retraumatisierung führen, gar nicht genug hervorgehoben werden. Dies ist der Prozess, auf den der Psychotherapieforscher Strupp in der eingangs zitierten Bemerkung hinweist und die er mit Recht für die größte Gefahr in einer Psychotherapie hält.

Diese Gefahr besteht darin, dass der Therapeut, im intersubjektiven Feld der Übertragung stehend, ein ihm durch den Patienten unbewusst zugedachtes Rollenangebot identifikatorisch annimmt, er dadurch seine Neutralität zu sehr verliert und auf dieser Basis mitagiert, was bedeutet, dass er im neurotischen dysfunktionalen Verhaltensmuster des Patienten eine ihm zugeschriebene Rolle fühlt und sich dementsprechend verhält. Derartige Übertragungsmuster zu erkennen und zu bearbeiten ist einer der wichtigsten Inhalte einer psychodynamischen, insbesondere der analytischen Therapie. In den meisten Fällen ist es jedoch nicht möglich, dieses reinszenierte Muster sofort zu erkennen.

Vielmehr ist es häufig so, dass Therapeut und Patient auf der Basis dieses Musters für eine gewisse Zeit gemeinsam handeln, bis es durch Symptome, Einfälle, Träume oder ambivalente Gegenübertragungsgefühle erkannt und bewusst gemacht werden kann. Wenn ein solches Enactment nicht erkannt und damit auch nicht bearbeitet werden kann, besteht durchaus die Gefahr, dass der therapeutische Prozess versandet, der Patient sich zurückzieht, weil er die negativen Affekte in der Übertragung verdrängt und die Motivation verliert. Bei sehr kränkbaren Patienten kann es zu Symptomverschlimmerungen, Schädigungen durch die Behandlung oder zum Therapieabbruch kommen (Lutz et al., 2004). Psychodynamisch bedeutet das, dass sich das dysfunktionale neurotische Muster des Patienten als Konflikt in der Übertragung aktualisiert und zu einer ähnlichen negativen Beziehungserfahrung in der therapeutischen Beziehung geführt hat, die der Patient schon aus seiner früheren Erfahrung kennt, als solche befürchtet und sie unbewusst u.U. auch provoziert hat, allerdings in der Hoffnung, diesmal eine entsprechende und seine Reifung fördernde Resonanz seitens des Therapeuten zu erfahren. Tritt diese nicht ein, dann hat der Patient die ursprüngliche pathogene Beziehungssituation im Sinne des Wiederholungszwangs nochmals erlebt, und es wurde dadurch zwangsläufig auch die neurotische Abwehrhaltung nochmals bestätigt.

Eine anorektische Patientin, die regelmäßig zu ihren Sitzungen kommt, betont immer wieder ihre Autonomie, gibt sich in ihrem interpersonellen Verhalten selbständig und wenig auf andere angewiesen und wirkt insgesamt wenig authentisch. Es fällt ihr schwer, sich auf die therapeutische Beziehung einzulassen und ihre inneren Konflikte zu erkennen, was man als einen Widerstand gegen die Entwicklung einer positiven Übertragung von Abhängigkeitsbedürfnissen ansehen kann. Angesichts dieses Widerstandes ist die Therapeutin frustriert und hat das Gefühl, nicht an die Patientin heranzukommen. Eines Tages kommt die Patientin aufgewühlt in die Sitzung und beginnt subtil vorwurfsvoll, sie komme nun schon einige Zeit hierher, und ihr Zustand habe sich gar nicht gebessert. Die Therapeutin erschrickt und ist beunruhigt, sie erlebt Gefühle von Inkompetenz und Selbstzweifel und fragt sich, ob sie etwas übersehen habe oder ob es notwendig wäre, bei dieser Patientin eher supportiv, ressourcenorientiert und verhaltenstherapeutisch zu arbeiten. So weit die Szene. Hinsichtlich des biografischen Hintergrunds der Patientin ist es wichtig zu erwähnen, dass sie ihre Mutter als schwach und nicht belastbar erlebt hatte.

Diese Szene kann nun folgendermaßen verstanden werden: Angesichts ihrer als nicht belastbar erlebten Mutter, d.h. aus Angst, ihre Mutter zu überfordern und dadurch möglicherweise sogar zu verlieren, hatte die Patientin die Haltung einer verfrühten Pseudoautonomie entwickelt mit dem Grundgefühl, auf sich allein gestellt zu sein und alles selbständig bewältigen zu müssen. Sich auf die Bindungsbedürfnisse einzulassen bedeutete, vielleicht ins Leere zu fallen und keinen Halt zu haben. In der Übertragung wurde diese reservierte Abwehrhaltung als Autonomie und Autarkie erlebt. Die Patientin managte alles selber und zeigte trotz der beeindruckenden Symptomatik wenig hilfesuchende Bedürftigkeit, da diese abgespalten war. Die unmittelbar korrespondierende Gegenübertragung der Therapeutin war das Gefühl, nicht gebraucht zu werden und für die Patientin nichts tun zu können. Offensichtlich hatte die Patientin jedoch im Laufe der Begegnungen genügend Vertrauen entwickelt, so dass ihr eine für die Therapeutin

unerwartete Kehrtwendung möglich wurde. In ihrer Aussage, es habe sich noch nichts verändert, kommt ein bisher unbekanntes spontanes und authentisches Gefühl zum Ausdruck, das die bisher zur Schau getragene autarke Abwehrhaltung jäh durchbrach und bei der Therapeutin eine starke Betroffenheit hinterließ. Der entscheidende Punkt, auf den es ankommt, ist nun, wie man diese Beziehungssituation psychodynamisch und systemisch versteht, denn auf der Basis dieses Verständnisses entsteht die therapeutische Intervention, die der Patientin in diesem Moment hilfreich sein kann.

Die unmittelbare Gegenübertragungsreaktion der Therapeutin zeigt Erschrecken, Gefühle von Inkompetenz und Hilflosigkeit sowie den starken Drang zu handeln. In dieser Reaktion bildet sich das Bild der schwachen Mutter ab, die auf Beunruhigung des Kindes nicht mit haltender Mütterlichkeit, sondern mit eigener Verunsicherung und Selbstzweifeln reagiert. In diesem Moment verliert das Kind den mütterlichen Halt, es erlebt, dass es sich nicht auf seine Mutter verlassen kann, sondern seine verwirrten Gefühle selbst regulieren muss. *Was braucht nun die Patientin in der Übertragung von ihrer Therapeutin?* Unter Umständen kann es sehr wohl sein, dass ein mehr ressourcenorientiertes oder verhaltenstherapeutisches Vorgehen indiziert wäre. Auf der Basis ihrer aktuellen Übertragungssituation würde dieses Aktivwerden der Therapeutin jedoch vielleicht als Aktivismus und als Schwäche erlebt. Die Patientin spürte die Verunsicherung ihrer Therapeutin und könnte sich wieder in das alte Muster der Autarkie zurückziehen. Dadurch wäre ein hoffnungsvoller Neuanfang im Keim erstickt, denn die Patientin hatte sich erstmals getraut, sich authentisch mit ihrer Bedürftigkeit, natürlich auch indirekt vorwurfsvoll, zu zeigen. Sie hatte eine beginnende negative Übertragung indirekt geäußert und gehofft, in der Therapeutin eine starke und kompetente Übertragungs-Mutter zu erleben, die diese Affekte aushalten und mit ihnen konstruktiv umgehen kann. Eine Abkehr vom bisherigen therapeutischen Vorgehen und ein auffallender methodischer Aktivismus zeigt der Patientin eine Schwäche in der Containing-Funktion, wodurch sie sich wieder als belastend und schwer auszuhalten erlebt. In diesem Fall brauchte die Patientin deshalb eher eine haltende, reflektierende und explorierende Funktion der Therapeutin, sie musste erleben, dass ihre spontane Reaktion nicht die Beziehung stört, sondern ausgehalten und konstruktiv überstanden werden kann. Anders als die nicht belastbar erlebte Mutter erträgt die Therapeutin die Unzufriedenheit, Zweifel und Aggression und antwortet darauf empathisch und integrationsfördernd. Dies wäre der Beginn der Verinnerlichung einer neuen und alternativen Beziehungserfahrung, die durch weitere therapeutische Mikrointeraktionen verstärkt und konsolidiert werden könnte.

Hier findet auf der Ebene der Übertragung die Inszenierung der pathogenen Mutterbeziehung statt. Sie beinhaltet die unbewusste Erwartung, dass die Therapeutin ähnlich reagieren würde wie früher die Mutter. Die bewusste Komponente dieser impliziten Erwartungshaltung ist oft die Befürchtung bestimmter negativer Reaktionen seitens des Therapeuten. Der aktive Anteil dieses Musters, nämlich das verbale und nonverbale interaktionelle „Provozieren“ einer Situation, in der der Therapeut sich tatsächlich so verhält, wie es der Patient befürchtet, bleibt im Allgemeinen eher unbewusster Teil des impliziten Beziehungswissens. Derartige Situationen entstehen in einer Behandlung immer wieder, manchmal auch emotional intensiver und zugespitzt in Now-Moments und Begegnungsmomenten (Stern, 2005). In ihnen entscheidet sich oft in Form von Mikrointeraktionen



in der therapeutischen Beziehung, ob ein pathologisches Muster nochmals erlebt und damit vertieft wird oder eine heilsame Begegnung stattfindet und eine neue Erfahrung verinnerlicht wird. Der Patient erwartet und befürchtet unbewusst die negative Reaktion, sehnt sich aber zugleich nach einer positiven Resonanz auf sein Entwicklungsbedürfnis (Mertens, 2011) und hofft, dass der Therapeut dieses verborgene, nicht Gedachte und nicht Gesagte erkennt und sich dementsprechend unterstützend verhält.

In wiederholten derartigen Situationen entscheidet sich letztlich, ob der Therapeut ein Wiederholungsobjekt wird oder ob er als ein neues alternatives Objekt erlebt wird, das die unbewussten und unentwickelten Bedürfnisse und Affekte erkennt und gerade diejenige emotional korrigierende Erfahrung vermittelt, die der Patient braucht. Diese Situationen, wie überhaupt die gesamte therapeutische Beziehung, beinhalten also im Keim sowohl eine Wiederholung des dysfunktionalen Beziehungsmusters als auch einen Neuanfang im Sinne einer alternativen entwicklungsfördernden Erfahrung. Sie lassen sich jedoch kaum im Sinne einer therapeutischen Strategie bewusst planen, sondern entstehen eher autonom und spontan aus dem Moment heraus im Rahmen des üblichen Umgang des Patienten mit dem Therapeuten.

Auch Weiss und Sampson (1986) gehen in ihrem Modell des analytischen Prozesses davon aus, dass Patienten unbewusste Pläne entwickeln, um zu testen, ob sich der Therapeut, wie von ihnen befürchtet, verhält oder ob er das wirkliche Entwicklungsbedürfnis erkennt und entsprechend „planfördernd“ reagiert. Ein kurzes Beispiel von Weiss (1990) soll dies veranschaulichen:

„Man stelle sich einen jungen Mann vor, der sich seines Selbständigkeitswunsches wegen seinen Eltern gegenüber schuldig fühlt; unbewusst bildet er sich ein, durch Lockern der Bindungen würde er sie vernichten. In die Therapie bringt er nun den unbewussten Plan ein, dieser Überzeugung entgegenstehende Beweise dafür zu sammeln, dass er sich unbesorgt eine eigene Wohnung nehmen dürfe. Er könnte sein Vorhaben angehen, indem er zuerst einmal bei seinem Therapeuten unbewusst vorfühlt, ob der eine angedeutete Trennung toleriert: Vielleicht erzählt er, wie es wohl wäre, wenn er in einer anderen Stadt eine Arbeit annähme. Planfördernd – für ihn hilfreich – wäre dann, wenn der Therapeut ihm sagte, aus Angst, Arzt und Familie zu kränken, widerstrebe ihm, einen solchen Schritt konkret zu erwägen; planhemmend und schädlich müsste sich dagegen auswirken, wenn er zu hören bekäme, dass er sich unbewusst dagegen sträube, sich seine Abhängigkeit von Arzt und Familie einzugestehen.“ (S. 128)

Diese Fallvignetten machen deutlich, dass in der Interaktion mit dem Patienten immer wieder die Gefahr besteht, auf das unbewusste neurotische Rollenangebot der Übertragung einzugehen und die innere Neutralität zu sehr zu verlieren. Dabei entsteht die Gefahr, dass der Therapeut sich einseitig und zu lange mit einzelnen Anteilen im Patienten verbündet, diese unterstützt und andere Selbstzustände teilweise oder ganz übersieht. So gerät eine Behandlung irgendwann unweigerlich ins Stocken, wenn der Therapeut z.B. einem abhängigen Patienten zu ausschließlich das Bedürfnis und die Notwendigkeit von mehr Abgrenzung deutet, ohne auch die wichtigen regressiven Tendenzen, Ängste und Bindungsbedürfnisse zu erkennen, die eine Abgrenzung fürchten, weil sie damit Verlust und Verlassenheit verbinden.

Die Aufgabe des Therapeuten besteht also immer darin, sich darüber im Klaren zu sein, dass die therapeutische Beziehung, und damit auch er selbst als Person und Fachmann, immer im intersubjektiven Feld der unvermeidlichen, weil natürlichen Übertragung steht. Eine völlige Neutralität und Abstinenz, wie sie ursprünglich von Analytikern angestrebt wurde, ist unserer heutigen Ansicht nach nicht mehr in diesem Sinne möglich, da es unvermeidlich ist, interaktionell mit dem Patienten mitzuschwingen, sich von ihm verwickeln zu lassen und diesen Prozess des Mithandelns und Mitagierens mit der Grundhaltung einer engagierten Selbstreflexion (Mitchell, 2005, 2003) zu begleiten und zu analysieren. Dann sind diese Enactments nicht nur Wiederholungen, die unvermeidlich sind und einfach geschehen, sondern können nachträglich analysiert werden und stellen ein zentrales Instrument dar, unbewusste Muster zu erkennen und in der Inszenierung auch frühe traumatische Anteile zu erreichen, die nicht im deklarativen Gedächtnis repräsentiert oder dissoziiert sind. Derartige oft sehr latente Inszenierungen in der Übertragung zu erkennen ist eine Voraussetzung für sinnvolle Interventionen.

Die beste Möglichkeit, angesichts des natürlichen und unvermeidlichen Involviertseins eine ausreichende Neutralität und Abstinenz zu realisieren, besteht in der bewussten Reflexion dieses Involviertseins und wird dann zu einer „reflexiv abstinenter Haltung“ (Privitera, 2013). Sie anerkennt auch, dass die früher angestrebte vollständige Abstinenz weder möglich noch notwendig ist und außerdem auch für den Patienten nicht unbedingt hilfreich wäre.

### **Bedürfnisse in der Übertragung: Sollen sie frustriert oder erfüllt werden?**

Auf der Suche nach der richtigen entwicklungsfördernden Intervention geraten Therapeuten immer wieder in Dilemmata, wenn Patienten ihrerseits den üblichen Rahmen verlassen, indem sie nach einem Ratschlag fragen, dem Therapeuten persönliche Fragen nach Lebensumständen, Urlaub, Einstellungen stellen, einen Blumenstrauß bringen, ihn in eins seiner Konzerte oder andere Auftritte einladen oder mit der Bitte kommen, von dem als distanziert erlebten Sie zum Du zu wechseln. Oft sind psychodynamische Therapeuten in solchen Situationen zunächst sehr befangen und kommen in einen inneren Konflikt. Manche mögen dabei das Gefühl haben, dass die Patienten auf diese Weise mit ihnen eine Nähe herstellen möchten, die ihnen in diesem professionellen Rahmen unangenehm ist. Abgesehen von solchen persönlich bedingten Reaktionen, galt als grundsätzliche behandlungstechnische Regel, Fragen des Patienten nicht zu beantworten (s. Thomä & Kächele, 2007) und Bedürfnisse nicht zu erfüllen, sondern die Motivation und den psychodynamischen Hintergrund zu explorieren und zu bearbeiten. Das setzt allerdings voraus, dass auf dieses geäußerte Bedürfnis oder Verhalten nicht positiv antwortend eingegangen, sondern es vielmehr frustriert wird, denn ein erfülltes Bedürfnis verringert die aktualisierte Verunsicherung und lässt den Patienten zur Ruhe kommen. Damit ist nach dieser Auffassung die in dieser Situation implizite Möglichkeit der Erkenntnis und der Veränderung verloren (Focke, 2004). Das Nichterfüllen von Bedürfnissen des Patienten gilt als Voraussetzung, den dadurch inszenierten Konflikt zu konfrontieren und dem Patienten bei der Verarbeitung der dadurch abgewehrten Affekte und Lebensaufgaben zu unterstützen. Dies soll an einer kürzlich veröffentlichten Fallvignette von Teising (2014) illustriert werden, die verkürzt dargestellt wird, jedoch den hier wesentlichen Punkt verdeutlicht.

Der bei Beginn der Behandlung 67-jährige Patient war während und nach dem Krieg die ersten Lebensjahre ohne seinen Vater aufgewachsen und hatte das Gefühl, noch nicht richtig gelebt zu haben.

„In der bisherigen Analyse hatte er am Stundenende fast immer den Eindruck, die Zeit sei zu schnell vorbei und wir seien noch gar nicht zum Eigentlichen gekommen, er wurde jedes Mal von der Couch verstoßen. Zu Beginn einer Montagsstunde bittet mich der Patient um den Text eines Vortrages, den ich am Wochenende bei einer öffentlichen Veranstaltung gehalten habe.

Es entsteht eine Pause, in der ich mir überlege, ob ich ihm den Wunsch erfüllen soll. Ich bin mir unsicher und entscheide mich zu tun, was ich mühevoll gelernt habe, nämlich abzuwarten, gerade wenn ich unsicher bin.

Er wisse, fährt er nach der Pause fort, dass er den Text auch auf anderem Wege bekommen könne. Er hätte ihn so gern mit warmer Hand erhalten. Er modifiziert damit eine in der Analyse bekannte Metapher. Mit „kalter Hand“ hat er das Erbe der Eltern erhalten. Wie gern, so hatte er sich oft gewünscht, hätte er das Gefühl gehabt, von ihnen etwas mit „warmer Hand“ erhalten zu haben.

„Wir kommen nicht zusammen“, sagt er nach einer Weile mit tränenerfüllter Stimme. Seine Bemerkung ist für mich zunächst schmerzhaft, und ich empfinde ein Schuldgefühl. Nun muss ich, wird mir klar, meinerseits auf die von mir phantasierte Anerkennung verzichten, die ich wohl hätte erfahren können, wenn ich ihm den Text gegeben hätte.

Und nach einer Pause: „Dass ich aber mit Ihnen darüber sprechen kann, ist eine ungeheuer wichtige Erfahrung. Dass ich mich sehne, zeigt mir, dass ich eine Beziehung zu Ihnen habe, auch wenn ich allein bin.“

Mit meiner abstinenter Haltung habe ich seiner illusionären Wunschvorstellung eines „Doch-noch-Zusammenkommens“ widersprochen, seine Einsicht in das Getrennt- und doch in Beziehung-Seins ist aber gefördert worden.“ (S. 128-129)

Der Autor beabsichtigt in diesem Fall nicht, dem Patienten Erfahrungen von narzisstischer Verschmelzung mit seinem Analytiker zu ermöglichen, sondern er verfolgt das Ziel, den Patienten mit dem bisher Abgewehrten, nämlich der Erfahrung von Endlichkeit und Getrenntheit, zu konfrontieren. Deshalb versagt er ihm die Erfüllung des Wunsches nach seinem Vortragsmanuskript und auch andere Übertragungswünsche wie den nach Schlaftabletten. Es gilt, einen Prozess der Trauer einzuleiten und einen Abschied „vom Wunsch nach einem zeitlos zur Verfügung stehenden und damit paradiesischen Objekt“ (S. 130) zu fördern. Dieses Ziel war auch wichtig, weil der Patient es „lebenslang in vielen Situationen vermieden hat, sich verbindlich einzulassen, um Trennungsschmerz zu vermeiden.“ (S. 131) In der Erfahrung des Patienten, trotz der Frustration seiner Bedürfnisse weiter in Beziehung bleiben und über die Erfahrung reden zu können, sieht der Autor eine Chance zum Neuanfang und zur Nachreifung.

Dieses Vorgehen, das dem klassischen Modell von Heilung in der analytischen und tiefenpsychologischen Methodik entspricht, kann jedoch auch kritisch bewertet werden. Die Argumentation des Autors ist gut nachvollziehbar, letztlich lässt sich aber nicht wirklich entscheiden, ob es tatsächlich die Versagung der Wunscherfüllung war, die für

den positiven Effekt verantwortlich war. Es wäre ebenso möglich, dass die weiterbestehende positive Selbstobjekt-Beziehung von größerer Bedeutung und heilsam war. Man kann sich fragen, ob es vielleicht konstruktiver gewesen wäre, den Patienten beim Wort und ernst zu nehmen, ihm die Erfahrung des Gesehenwerdens zu vermitteln, also seine narzisstischen Bedürfnisse zu erfüllen. Das Gefühl der Nichterfüllbarkeit seiner Wünsche durch ein idealisiertes und zeitlos zur Verfügung stehendes Objekt wäre vermutlich auch dann irgendwann zum Thema geworden und hätte den Prozess des Abschiednehmens eingeleitet.

Jeder Therapeut wird hier die für seine persönlichen Vorlieben und infolgedessen auch für seine Behandlungstechnik entsprechenden Argumente und Prozesse finden, die seine Vorgehensweise unterstützen und richtig erscheinen lassen.

In der modernen psychoanalytischen Praxis hat sich während der letzten zwanzig Jahre auf der Basis der Bindungsforschung und der Selbstpsychologie ein intersubjektives und relationales Paradigma entwickelt, zusammenfassend als „intersubjektive Wende“ (Altmeyer & Thomä, 2006; Bettighofer, 2010) bezeichnet, das eine Abkehr vom ehemals strengen und oftmals rigide gehandhabten Prinzip der Versagung beinhaltet und trotz aller Differenzen grundsätzlich doch eher darin übereinstimmt, manchen Bedürfnissen des Patienten entgegenzukommen und antwortend auf diese einzugehen. Schon Winnicott (1965, S. 318) hatte diese grundsätzliche Methode der Frustration relativiert, indem er auf die wichtige Unterscheidung zwischen Trieb- und Ich-Bedürfnissen hinwies. Wenn der Therapeut dem labilen regredierten Ich des Patienten durch Deutung oder eine Handlung den nötigen Halt vermittele, handle es sich dabei nicht um die Befriedigung neurotischer Bedürfnisse und libidinöser Triebe in der Übertragung, sondern um eine zeitweise notwendige Unterstützung des Patienten – ganz im Sinne von Freuds (1937) Aussage, man solle „die für die Ichfunktionen günstigsten psychologischen Bedingungen herstellen“ (S. 389) und mit seiner Intervention dem Patienten das geben, was er gerade in dieser spezifischen Übertragungssituation für sein Wachstum braucht.

Das folgende Beispiel soll deshalb eine andere Vorgehensweise darstellen, in der auf das Angebot eines Geschenkes positiv antwortend eingegangen wird, auch wenn es deutliche neurotische Züge zeigt.

Eine Patientin bringt an Weihnachten ihrer Therapeutin ein Geschenk mit, um ihrer großen Dankbarkeit Ausdruck zu verleihen. Es handelt sich um eine teure Eintrittskarte für einen Theaterbesuch, über die sich die Therapeutin einerseits freut, sie jedoch andererseits als eine nicht adäquate Geste, sondern eindeutig als ein Zuviel empfindet. Sie befindet sich nun in einem schwierigen Dilemma, denn sie kann dieses unpassende Geschenk nicht einfach mit gutem Gewissen annehmen, möchte aber die Patientin auch nicht empfindlich kränken, indem sie es zurückweist. Grundsätzlich wäre es die Regel, das Geschenk nicht anzunehmen, stattdessen den motivationalen Hintergrund zu bearbeiten und dadurch Zugang zu bekommen zu den abgewehrten inneren Vorgängen und den Weg frei zu machen für wachstumsfördernde Impulse. So ist der Therapeutin nämlich bekannt, dass diese Patientin in einer oral-progressiven Haltung in allen Beziehungen dazu neigt, zu viel zu geben, um beim Anderen Sympathie zu erzeugen und in der Hoffnung, liebenswert zu sein und nicht zurückgewiesen zu werden, wie sie es angesichts ihres negativen Selbstbildes eigentlich erwartet.

Das Geschenk soll die Therapeutin freundlich stimmen, soll ihre Zuwendung quasi erkaufen und manipulativ erzwingen, indem sie zu viel gibt und die Therapeutin in eine Schuld bringt. Mit dem Geschenk begleicht sie zudem ihr eigenes Schuldgefühl, dass die Therapeutin sie aushalten muss. Das Geschenk bekommt damit als Symbol die Qualität eines Deals, der die neurotischen Ängste der Patientin für kurze Zeit beruhigen würde. Das Geschenk einfach anzunehmen, würde also bedeuten, dieses neurotische Arrangement zu bestätigen und zu verstärken.

Mit diesen Überlegungen im Blick nahm die Therapeutin das Geschenk dennoch an und teilte mit der Patientin die Freude, indem sie die (noch neurotisch inadäquate) Art der Patientin, ihre Dankbarkeit zu zeigen, respektierte und ernst nahm. Sie vermittelte ihr dadurch die positive Selbstobjekt-Erfahrung, dass ihr eigentliches Bedürfnis gesehen und in feinfühligter Resonanz darauf geantwortet wird. Der Aspekt, der Patientin die Erfahrung einer positiven Resonanz auf ihr geäußertes Bedürfnis zu vermitteln, erschien der Therapeutin in dieser Situation wichtiger, als über die Frustration den Abwehraspekt und die psychodynamischen Hintergründe zu klären. Diese wurden, nachdem die Therapeutin sich bedankt hatte und die Freude gemeinsam geteilt war, durch die Therapeutin angesprochen, indem sie ihre Gegenübertragung selektiv mitteilte und der Patientin erklärte, dass sie die Absicht der Patientin sehen könne, jedoch auch sagte, dass sie dieses Geschenk als zu groß empfand und sie dadurch widersprüchliche Gefühle erlebe. Die Patientin erkannte mit Erstaunen, dass ihr Verhalten durchaus ambivalente Gefühle bei ihrer Bezugsperson erzeugte und dass sie auf diese Weise auch ein dysfunktionales Beziehungsmuster inszenierte. Die weiteren psychodynamischen Aspekte, das spezifische Abwehrmuster, die abgewehrten Bedürfnisse konnten im Anschluss bearbeitet werden.

In der Praxis wird in solchen Situationen, die ja häufig unerwartet entstehen, eher zurückhaltend reagiert, um Zeit zur Reflexion zu haben, jedoch spielt gerade in solchen Momenten auch die unbewusste Beziehungsebene eine entscheidende Rolle. Die Therapeuten lassen sich dabei manchmal auf der Basis von intuitiven Gefühlen zu einer bestimmten Intervention animieren und geben diesen spontanen Eingebungen auch nach, ohne in diesem Moment schon genau zu wissen, welche Intervention für den Patienten die konstruktivste wäre. Hier liegt ein methodischer Graubereich vor, der sich durch Konzepte nicht wirklich erfassen lässt und der auch durch behandlingstechnische Regeln letztlich nicht abgedeckt werden kann. Da in diesen Momenten die spezifische intersubjektive Gefühlssituation, die unbewusst oder vorbewusst ist, das entsprechende Verhalten und die verbale Intervention hervorbringt, der Therapeut also sehr aus seinem spontanen Gefühl heraus handelt, wurde in diesem Zusammenhang immer von der „Kunst“ in der Psychotherapie (Basch, 1992; Lichtenberg, 2005) gesprochen. Diese intuitiven und auch als „richtig“ empfundenen Interventionen überschreiten dabei nicht selten die offiziell definierte Methodik, die sogenannte klassische Methode (Will, 2003), so dass der Therapeut derartige die üblichen Regeln umgehenden Verhaltensweisen häufig mit einem Schuldgefühl erlebt, weil er es offiziell eigentlich nicht tun dürfte und deshalb auch nicht darüber spricht. Auf diese Weise ist in der Tradition eine Diskrepanz zwischen der in der offiziell beschriebenen Technik und dem, was Analytiker in ihren Praxen wirklich tun, entstanden, die erst während der letzten zwanzig Jahre zunehmend durch die Veröffentlichung von wörtlichen Transkripten zu überwinden versucht wird.

Diese intuitive und konzeptuell schwer fassbare Komponente in der therapeutischen Beziehung schließt jedoch nicht aus, dass solche Interventionen kritisch hinterfragt und diskutiert werden müssen. So liegt bei dem oben beschriebenen Vorgehen der Vorwurf auf der Hand, dass durch die positive Antwort der Therapeutin die Patientin daran gehindert wurde, im Zuge der Frustration ihres Bedürfnisses auch Zugang zu ihrer abgewehrten Wut zu bekommen, die sie bisher noch wenig und schon gar nicht in der Übertragung zulassen und äußern kann. Diesem Vorwurf kann man kaum widersprechen, denn er betrifft den entscheidenden Punkt, dass auch die Integration von Abgrenzung und Aggression bei dieser Patientin ein zentrales Ziel ist. Insofern ist Aggression in dieser Situation durch das Vermeiden der Frustration des neurotischen Geschenks tatsächlich vermieden worden. In dieser Frage scheiden sich allerdings die behandlungstechnischen Ansichten, wobei die ursprüngliche klassische analytische Methode im Allgemeinen eher die Frustration dieser Übertragungsbedürfnisse favorisiert (s. obiges Beispiel von Teising, 2014) und andere analytische Ansätze wie die Selbstpsychologie und die aktuellen intersubjektiven (Jaenicke, 2007) und relationalen Ansätze (Mitchell, 2005, 2003) bestrebt sind, einen natürlicheren Umgang mit den Patienten zu pflegen und in diesem Zusammenhang auch unbedenklicher, jedoch nicht unreflektiert (!) den Bedürfnissen des Patienten entgegenkommen. Die Patientin wird zweifellos auch mit ihrer Aggression, die sie noch vermeidet, konfrontiert werden. Die Therapeutin hat sich entschieden, sich in dieser speziellen Situation noch gratifizierend und nicht frustrierend zu verhalten, da sie den Eindruck hatte, dass diese Enttäuschung für die Patientin zu diesem Zeitpunkt noch zu groß gewesen wäre. Sie hätte diese Kränkung möglicherweise nicht konstruktiv verarbeiten können und anstelle einer konstruktiven Erfahrung im Umgang mit Verletzung und Aggression vermutlich eher eine Retraumatisierung in der Übertragung erlitten. Die Therapeutin hatte den Eindruck, dass die Patientin noch nicht über die Ichstärke verfügte, um trotz der Kränkung die positive therapeutische Beziehung halten oder wiederherstellen zu können.

In diesem Zusammenhang weisen Weiss und sein Kollege Sampson (Weiss, 1990) in ihrer control-mastery-Theorie darauf hin, dass Patienten Beziehungssituationen auch in der Übertragung nicht nur einfach in der Wiederholung alter Muster auf der Basis von dysfunktionalen neuronalen Gehirnetzwerken herstellen, sondern dass diesem Wiederholen das unbewusste Bedürfnis zugrunde liegt, diesen aktualisierten Konflikt besser zu bewältigen. Die behandlungstechnisch entscheidende Frage ist nun, ob die Bewältigung des in der Übertragung aktualisierten Konflikts durch Frustration gelingt oder ob sie eher gefördert wird, wenn der Therapeut den Aspekt der neuen korrigierenden Erfahrung stärker betont, indem er sich zunächst unterstützend als reales Neues Objekt bzw. Entwicklungsobjekt (Mertens, 2011) zur Verfügung stellt.

Diese Diskrepanz kann weder auf der Ebene der konkreten Behandlungstechnik noch theoretisch eindeutig entschieden werden, denn beide Varianten basieren auf unterschiedlichen Vorstellungen davon, was in der Behandlung heilsam wirkt und welche Rolle die therapeutische Beziehung dabei spielt. Verallgemeinernd lässt sich im Grunde nur sagen, dass durch die Dialektik zwischen Frustration und Erfüllung von Übertragungsbedürfnissen immer ein natürliches Spannungsfeld entsteht, wobei es darum geht, eine Retraumatisierung durch zu starke Frustration zu vermeiden, dem Patienten aber auch nicht so sehr entgegenzukommen, dass die durch die neurotischen Projektionen bedingte Spannung zu sehr abnimmt. Letztlich geht es immer darum, die Spannung in

der Übertragung auf einem optimalen Niveau zu halten, was allerdings wiederum nicht objektivierbar ist, sondern von der subjektiven Einschätzung des jeweiligen Therapeuten abhängt. Insofern spielt hier die Persönlichkeit des Therapeuten mit all ihren persönlichen Wertvorstellungen und Haltungen eine entscheidende Rolle dabei, welches Vorgehen für eine „optimale Frustration“ (Kohut, 1984) und Responsivität gehalten wird. Mit diesem Dilemma scheint auch Freud (1919) schon gerungen zu haben, denn er schreibt: „In der analytischen Kur muss jede solche Verwöhnung vermieden werden. Der Kranke soll, was sein Verhältnis zum Arzt betrifft, unerfüllte Wünsche reichlich übrigbehalten. Es ist zweckmäßig, ihm gerade die Befriedigungen zu versagen, die er am intensivsten wünscht und am dringendsten äußert.“ (S. 189) Aus Erfahrung wusste er offensichtlich schon, dass diese Frustration manche Patienten überfordern kann, und fügt deshalb relativierend hinzu: „Einiges muss man ihm ja wohl gewähren, mehr oder weniger, je nach der Natur des Falles und der Eigenart des Kranken. Aber es ist nicht gut, wenn es zu viel wird.“ (S. 189) Ergänzend sei hinzugefügt, dass es allerdings auch Behandlungssituationen gibt, z. B. bei narzisstischen Patienten, in denen der Therapeut auch bereit und fähig sein muss, für eine gewisse Zeit die ihm übertragene Rolle eines negativen frustrierenden Objekts zu tragen, um dem Patienten Aggression und Entwertung zu ermöglichen, bevor er bereit ist, sich auf die abgewehrten positiven Bindungsbedürfnisse einzulassen. Hier besteht die hilfreiche Beziehung paradoxerweise darin, dass die negative Übertragung zugelassen, vom Therapeuten „getragen“ (Lichtenberg, 1996) und ausgehalten und von ihm „überlebt“ (Winnicott) wird, was bedeutet, dass er seine negative Gegenübertragung nicht ausagiert und sich zu negativen oder aggressiv-entwertenden Interventionen hinreißen lässt. Diese spezifische Variante der Übertragungsbeziehung ist äußerst relevant, da hier die Gefahr einer destruktiven Interaktionsdynamik sehr groß ist und empirische Forschung nachweisen konnte, dass negative Therapieverläufe, Therapieabbrüche und Schädigungen durch Psychotherapie häufig in solchen Entwertungssituation beginnen und allmählich eskalieren (Junkert-Tress et al., 2000; Märten & Petzold, 2002; Zwettler-Otte, 2007). Aus analytischer Sicht ist dabei oft festzustellen, dass sich hier leider in der therapeutischen Beziehung ein dysfunktionales Verhaltensmuster wiederholt hat.

### **Handhabung und Analyse der Übertragung**

Der therapeutische Umgang mit Übertragungsprozessen, die die gesamte Beziehung zwischen Therapeut und Patient prägen, ist tatsächlich der entscheidende behandelungstechnische Beitrag der Psychoanalyse. Übertragungsprozesse beeinflussen alle Komponenten der therapeutischen Beziehung, auch das Arbeitsbündnis und die reale Beziehung mit ihren mehr oder weniger expliziten vertraglichen Vereinbarungen.

Der Therapeut steht von Anfang an in einem intersubjektiven Feld mit dem Patienten, wo beide sich gegenseitig beeinflussen. Der Patient versucht unbewusst, den Therapeuten in bestimmte Rollen zu drängen, von ihm etwas zu bekommen, was er braucht, ihn zu manipulieren, ihn zu provozieren, ihn zur guten Mutter oder zur bösen zu machen – er kann nicht anders, als den Therapeuten in einem ganz natürlichen interaktionellen Vorgang in seine konflikthaftern Muster einzubeziehen und zu verwickeln. Um einen konstruktiven Therapieverlauf zu gewährleisten, müssen und können diese Muster auch nicht unbedingt und immer angesprochen und analysiert werden. Wie wir heute wissen, wirkt eine Therapie auch dadurch, dass der Therapeut es schafft, nicht entsprechend diesen unbewussten und meist destruktiven Erwartungsmustern des Patienten mitzu-

agieren. Indem er sich, spontan oder reflektiert, situativ anders und alternativ verhält, verändert sich auf der Ebene des unbewussten prozeduralen Gedächtnisses das implizite Beziehungswissen des Patienten.

Die Psychoanalyse hatte lange Zeit in der durch Deutung vermittelten Einsicht in die neurotischen Muster den wichtigsten Wirkfaktor gesehen. Jedoch schon Freud erkannte, dass für eine erfolgreiche Analyse mehr nötig ist als eine richtige Deutung. Neben der Förderung der positiven therapeutischen Beziehung nannte er in diesem Zusammenhang die „Handhabung der Übertragung“ (Freud, 1926, S. 318), die er deutlich von der Deutungskunst unterscheidet. Damit bezog er sich auf die interaktionelle Fähigkeit des Analytikers, die Beziehung zum Patienten so zu gestalten, dass trotz der Übertragungsverwicklung der konstruktive therapeutische Prozess nicht unterbrochen wird und der Patient in der Behandlung bleibt (Will, 2001). Das ist insbesondere in schwierigen Behandlungssituationen von entscheidender Bedeutung, wenn die Übertragung sehr intensiv, negativ oder erotisierend als Abwehr benutzt wird oder wenn der Widerstand sehr stark ist.

Das Wesentliche in solchen schwierigen Behandlungssituationen besteht darin, dass der Therapeut die Art und Weise, wie der Patient die Beziehung zu ihm gestaltet, reflektiert und die affektive Resonanz, die er in der Gegenübertragung in ihm auslöst, containing in sich spürt und aushält. Er reflektiert diese Eindrücke, widersteht dabei dem emotionalen Handlungsdruck, der manchmal entsteht, und interveniert auf eine für den Patienten annehmbare Weise. Durch diesen bewussten Umgang mit der Gegenübertragung wird die in der Übertragung immer wieder gestörte hilfreiche Beziehung zum Patienten aufrechterhalten bzw. wiederhergestellt. Lange Zeit wurde die dafür notwendige interaktionelle Kompetenz eher für selbstverständlich gehalten, oder man war der Ansicht, dass sie sich durch das Erlernen einer Therapiemethode von selbst entwickelt. Inzwischen zeigen jedoch zunehmend Berichte über negative Therapieverläufe, dass das nicht zwangsläufig der Fall ist. Deshalb wird den für diesen konstruktiven Prozess nötigen „psychoanalytischen Kompetenzen“ (Will, 2006) in den letzten Jahren zunehmend mehr Aufmerksamkeit geschenkt.

Auch die Befunde der neueren Psychotherapieforschung weisen zunehmend darauf hin, dass die interpersonelle Kompetenz des Therapeuten und infolgedessen auch sein konstruktiver Umgang mit Übertragungsprozessen der entscheidende Prädiktor für den Therapieerfolg ist (Hermer, 2012; Körner, 2013). Lambert (2010) fand ebenso einen großen Einfluss hilfreicher zwischenmenschlicher Fähigkeiten, die es dem Therapeuten ermöglichen, gut mit schwierigen Situationen umzugehen. Dem Psychotherapieforscher Strupp (1989) zufolge „ist die größte Herausforderung, der der Therapeut gegenübersteht, die geschickte Handhabung des Enactments, das ihn häufig in die Defensive treibt, Längeweile, Irritation, Ärger und Feindseligkeit hervorruft und ihn unter Druck setzt, so dass er sich auf eine Art verhält, die mit seiner Haltung als einfühlsamer Zuhörer und Erklärender nicht vereinbar ist.“ (S. 719, zit. n. Schore, 2003, S. 126) So scheint die Häufigkeit von Therapieabbrüchen tatsächlich mit der Person des Therapeuten zusammenzuhängen und Willutzki, Reinke-Kappenstein und Hermer (2013) kommen in ihrer Übersicht zu dem Ergebnis, dass „das interpersonelle Funktionsniveau und interpersonale Merkmale



einschließlich der nonverbalen Kommunikation innerhalb der Sitzungen am wichtigsten zu sein“ (S. 431) scheinen. Es deutet also alles darauf hin, dass dieser gekonnte Umgang mit dem Patienten und seinen Inszenierungen in seiner Bedeutsamkeit gar nicht überschätzt werden kann und letztlich über Erfolg und Misserfolg der Behandlung entscheidet.

Die „Neuaufgabe“ (Freud) des neurotischen Konflikts in der Übertragung „ist nichts anderes als der andauernde unbewusste Dialog von Patient und Analytiker ... Das Können des Analytikers besteht darin, diesen übertragungsneurotischen Dialog in kleinen Schritten zu ändern, was nur optimal gelingen kann, wenn er selbst zu einem anderen Dialog mit seinem Patienten findet. Dies macht aber keineswegs erforderlich, dass er deswegen permanent die (Übertragungs-)Beziehung zu seinem Patienten anspricht. Wichtig ist vielmehr, dass er das mitlaufende Beziehungsgeschehen wahrnimmt, reflektiert und seinen eigenen Anteil daran zu transformieren versucht. Jede vorschnelle Beziehungsdeutung könnte vom Patienten zu Recht als eine Unlust des Analytikers wahrgenommen werden, schwierige Beziehungskonflikte in sich zu behalten“ (Mertens, 2009, S. 233).

Auch wenn dies die Grundlage jeden therapeutischen Handelns ist, da sich jeder Therapeut immer in einem intersubjektiv mit dem Patienten kreierte intersubjektiven Feld der Übertragung befindet, spielt daneben zusätzlich doch auch die gezielte und explizite Analyse von Übertragungsprozessen eine zentrale Rolle für das Verständnis und die Veränderung des Patienten. Wenn für den Therapeuten Übertragungsreaktionen erkennbar oder zu vermuten sind, insbesondere wenn diese störend oder dysfunktional sind, wenn sie für das Verständnis der Störung und der Symptomatik des Patienten wichtig sind oder wenn es der Therapeut aus anderen Gründen für sinnvoll und notwendig hält, können diese dann auch direkt benannt und angesprochen werden. Im Anschluss daran besteht die Möglichkeit, diese Übertragungsgefühle und -muster detaillierter und tiefer zu explorieren und zu klären, um die subjektiven psychodynamischen Zusammenhänge mit dem Patienten verstehen und durcharbeiten zu können. Auf der Basis dieser Einsichten eröffnen sich für den Patienten neue emotionale Spielräume, und es können sich alternative Handlungsmöglichkeiten ergeben.

## Literatur

- Altmeyer, M. & Thomä, H. (2006). *Die vernetzte Seele. Die intersubjektive Wende in der Psychoanalyse*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Balint, M. (1973). *Therapeutische Aspekte der Regression*. Reinbek: Rowohlt.
- Barwinski, R. (2014). Differenzierung der Gegenübertragung anhand entwicklungspsychologischer Konzepte. *Psyche – Zeitschrift für Psychoanalyse*, 68, 517-536.
- Basch, M.F. (1992). *Die Kunst der Psychotherapie*. München: Pfeiffer.
- Beebe, B. & Lachmann, F.M. (2002). *Säuglingsforschung und die Psychotherapie Erwachsener*. Stuttgart: Klett-Cotta, 2004.
- Benjamin, J. (2007). Unser Treffen in Theben. Anerkennung und Angst, den Patienten zu verletzen. In M. Müller & F. Wellendorf (Hrsg.), *Zumutungen – die unheimliche Wirklichkeit der Übertragung* (S. 86-102). Tübingen: edition diskord.

- Benjamin, J. (2006). Tue ich oder wird mir angetan? Ein intersubjektives Triangulierungs-konzept. In M. Altmeyer & H. Thomä (Hrsg.), *Die vernetzte Seele* (S. 65-107). Stuttgart: Klett-Cotta.
- Bettighofer, S. (2010). *Übertragung und Gegenübertragung im therapeutischen Prozess* (4., erweit. Aufl.). Stuttgart: Kohlhammer.
- Bettighofer, S. (2014). Interaktionale Analyse von Übertragungs-Inszenierungen. In P. Geißler & Heisterkamp, G. (Hrsg.), *Einführung in die analytische Körperpsychotherapie* (S. 108-115). Gießen: Psychosozial-Verlag.
- Bion, W.R. (1990). *Lernen durch Erfahrung*. Frankfurt a.M.: Suhrkamp.
- Boston Change Process Study Group (2002). Das Implizite erklären: Die lokale Ebene und der Mikroprozess der Veränderung in der analytischen Situation. *Psyche – Zeitschrift für Psychoanalyse*, 58, 935-952.
- Caspar, F. (2015). Therapeutische Beziehung zwischen Grundlagenforschung, Prozessforschung und Praxis. In I. Sammet, G. Dammann, G. Schiepek (Hrsg.), *Der psychotherapeutische Prozess* (S. 143-155). Stuttgart: Kohlhammer.
- Cooper, S.H. (1993). Interpretative fallibility and the psychoanalytic dialogue. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 41, 95-126.
- Deserno, H. (1990). *Die Analyse und das Arbeitsbündnis. Eine Kritik des Arbeitsbündniskonzepts*. München: Verlag Internat. Psychoanalyse.
- Ferenczi, S. & Rank, O. (1996). *Entwicklungsziele der Psychoanalyse*. Wien: Turia und Kant.
- Focke, I. (2004). Das Schicksal unerträglicher Affekte in der Übertragung. In C. Rohde-Dachser & F. Wellendorf (Hrsg.), *Inszenierungen des Unmöglichen* (S. 227-244). Stuttgart: Klett-Cotta.
- Fonagy, P., Target, M. & Allison, L. (2003). Die Vergangenheit in der Gegenwart – ihre Bedeutung in der heutigen klinischen Theorie und Behandlungstechnik. *Psyche*, 57, 841-856.
- Freud, S. (1912). Zur Dynamik der Übertragung. *GW VIII*, 363-374.
- Freud, S. (1905). Bruchstück einer Hysterie-Analyse. *GW V*, 161-286.
- Freud, S. (1912). Ratschläge für den Arzt bei der psychoanalytischen Behandlung. *GW VIII*, 375-387.
- Freud, S. (1914). Erinnern, Wiederholen und Durcharbeiten, *GW X*, 125-136.
- Freud, S. (1919). Wege der psychoanalytischen Therapie. *GW XII*, 181-194.
- Freud, S. (1920). Jenseits des Lustprinzips. *GW XIII*, 1-69.
- Freud, S. (1926). Die Frage der Laienanalyse. *GW XIV*, 207-286.
- Freud, S. (1937). Die endliche und die unendliche Analyse. *GW XVI*, 57-99.
- Gill, M.M. (1982). *Die Übertragungsanalyse*. Frankfurt: Fischer Taschenbuch Verlag.
- Grawe, K. (1992). Komplementäre Beziehungsgestaltung als Mittel zur Herstellung einer guten Beziehung. In J. Margraf & J.C. Brengelmann (Hrsg.), *Die Therapeut-Patient-Beziehung in der Verhaltenstherapie* (S. 215-244). München: Röttger.
- Grawe, K. (1995). Grundriß einer allgemeinen Psychotherapie. *Psychotherapeut*, 40, 130-145.
- Grawe, K. (2004). *Neuropsychotherapie*. Göttingen: Hogrefe.
- Greenson, R. (1982). Das Arbeitsbündnis und die Übertragungsneurose. In R. Greenson (Hrsg.), *Psychoanalytische Erkundungen* (S. 151-177). Stuttgart: Klett-Cotta.
- Heisterkamp, G. (2002). Basales Verstehen. Handlungsdialoge in Psychotherapie und Psychoanalyse. Stuttgart: Pfeiffer bei Klett-Cotta.
- Heisterkamp, G. (2007). Praxis der Analyse seelischer Lebensbewegungen. In P. Geißler & G. Heisterkamp (Hrsg.), *Psychoanalyse der Lebensbewegungen* (S. 299-340). Wien: Springer.
- Hermer, M. (2012). TherapeutInnen, die nicht ganz unbekanntes Wesen. Teil II: Therapeutische Beziehung. *Verhaltenstherapie & psychosoziale Praxis*, 44, 573-585.

- Hoffmann, S.O., Rudolf, G. & Strauß, B. (2008). Unerwünschte und schädliche Wirkungen von Psychotherapie. *Psychotherapeut*, 53, 4-16.
- Jacobs, T. (2000). Unbewußte Kommunikation und verdeckte Enactments im analytischen Setting. In U. Streeck (Hrsg.), *Erinnern, Agieren und Inszenieren* (S. 97-126). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Jaenicke, C. (2007). *Das Risiko der Verbundenheit. Intersubjektivitätstheorie in der Praxis*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Junkert-Tress, B., Tress, W., Hildenbrand, G., Hildenbrand, B., Windgassen, F., Schmitz, N., Hartkamp, N. & Franz, M. (2000). Der Behandlungsabbruch – ein multifaktorielles Geschehen. *Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie*, 50, 351-365.
- Klein, M. (1946). Bemerkungen über einige schizoide Mechanismen. In dies.: *Das Seelenleben des Kleinkindes*, 1972. Reinbek: Rowohlt.
- Klüwer, R. (1983). Agieren und Mitagieren. *Psyche*, 37, 828-840.
- Körner, J. (1989). Kritik der „therapeutischen Ich-Spaltung“. *Psyche*, 43, 385-396.
- Körner, J. (2013). Plädoyer für eine Direktausbildung zum Psychotherapeuten. *der Psychoanalyse*, 29, 235-257.
- Kohut, H. (1987). *Wie heilt die Psychoanalyse?* Frankfurt a. M.: Suhrkamp.
- Krause, R. (2006). Emotionen, Gefühle, Affekte – ihre Bedeutung für die seelische Regulierung. In A. Rimmel, O.F. Kernberg, W. Vollmoeller & B. Strauß (Hrsg.), *Handbuch Körper und Persönlichkeit* (S. 22-44). Stuttgart: Schattauer.
- Krause, R. (2012). *Allgemeine psychodynamische Behandlungs- und Krankheitslehre*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Lambert, M.J. (2010). *Prevention of treatment failure: the use of measuring, monitoring, and feedback in clinical practice*. Washington: American Psychological Association.
- Langs, R. (1989). Die Angst vor validen Deutungen und vor einem festen Rahmen. *Forum der Psychoanalyse*, 5, 1-18.
- Lichtenberg, J.D. (2000). *Zehn Prinzipien psychoanalytischer Behandlungstechnik*. Stuttgart: Pfeiffer bei Klett-Cotta.
- Lichtenberg, J.D. (2007). *Kunst und Technik psychoanalytischer Therapien*. Frankfurt/Main: Brandes & Apsel.
- Luborsky, L. (1976). *Helping alliances in psychotherapy*. In J.L. Claghorn (Ed.), *Successful Psychotherapy*. New York: Brunner Mazel.
- Lutz, W., Kosfelder J., Joermann J. (Hrsg.) (2004). *Misserfolge und Abbrüche in der Psychotherapie*. Bern, Göttingen: Hans Huber Verlag
- Märtens, M. & Petzold, H. (2002). *Therapieschäden*. Mainz: Matthias-Grünwald.
- Mertens, W. (2009). *Psychoanalytische Erkenntnishaltungen und Interventionen*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Mertens, W. (2011). Entwicklungsorientierung in der Psychoanalyse – überflüssig oder unerlässlich? *Psyche – Zeitschrift für Psychoanalyse*, 65, 808-831.
- Mertens, W. (2013). Das Zwei-Personen-Unbewusste – unbewusste Wahrnehmungsprozesse in der analytischen Situation. *Psyche – Zeitschrift für Psychoanalyse*, 67, 817-843.
- Mitchell, S.A. (2005). *Psychoanalyse als Dialog*. Gießen: Psychosozial-Verlag.
- Mitchell, S.A. (2003). *Bindung und Beziehung. Auf dem Weg zu einer relationalen Psychoanalyse*. Gießen: Psychosozial-Verlag.
- Ogden, T.H. (1988). Die projektive Identifikation. *Forum der Psychoanalyse*, 4, 1-21.
- Plab, K. (2014). *Liegen oder Sitzen? Plädoyer für einen psychoanalytischen Paradigmawechsel*. Gießen: Psychosozial-Verlag.

- Preß, H. & Gmelch, M. (2014). Die „therapeutische Haltung“. *Psychotherapeutenjournal*, 4, 358-366.
- Privitera, A.R. (2013). Die Abstinenzregel in der psychoanalytischen Behandlungstechnik. *Psyche – Zeitschrift für Psychoanalyse*, 67, 1191-1211.
- Racker, H. (1978). Übertragung und Gegenübertragung. München, Basel: Ernst Reinhardt.
- Reichard, S. (2014). Wiederholungszwang. In W. Mertens (Hrsg.), *Handbuch psychoanalytischer Grundbegriffe* (S. 1084-1090). Stuttgart: Kohlhammer.
- Reisinger, E. (2013). Negative Übertragung und Respekt gegenüber dem Analytiker. *Forum der Psychoanalyse*, 29, 161-179.
- Renik, O. (2008). Denken in Gegenwart des Anderen. Die Subjektivität und die Objektivität des Analytikers. *Zeitschrift für psychoanalytische Theorie und Praxis*, 23 27-41.
- Roth, G. & Strüber, N. (2014). Neurobiologische Grundlagen von Psychotherapie und ihrer zeitlichen Dynamik. In B. Janta, S. Walz-Pawlita & B. Unruh (Hrsg.), *unzeitgemäßes* (S. 257-277). Gießen: Psychosozial-Verlag.
- Rudolf, G. (1991). Die therapeutische Arbeitsbeziehung. Berlin, Heidelberg: Springer.
- Sandler, J. (1976). Gegenübertragung und Bereitschaft zur Rollenübernahme. *Psyche*, 30, 297-307.
- Scharff, J. (2009). Verwickeln und Entwickeln – das analytische Paar und das Sexuelle. *Psyche*, 63, 1-21.
- Schmidt, M.G. (2003). Inszenieren, Erinnern, Erzählen – Zur Abfolge therapeutischer Veränderung. *Psyche – Zeitschrift für Psychoanalyse*, 57, 889-903.
- Schore, A.N. (2007). Affektregulation und die Reorganisation des Selbst. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Staehele, A. (2014). Vierstündigkeit zwischen Idealisierung und realistischer Einschätzung. *Forum der Psychoanalyse*, 30, 357-375.
- Sterba, R.F. (1934). Das Schicksal des Ichs im therapeutischen Verfahren. *Internationale Zeitschrift für Psychoanalyse*, 20, 66-73.
- Stern, D. (2002). Nicht-deutende Mechanismen in der psychoanalytischen Therapie. Das „Etwas-Mehr“ als Deutung. *Psyche – Zeitschrift für Psychoanalyse*, 56, 974-1006.
- Stern, D.N. (2005). Der Gegenwartsmoment. Veränderungsprozesse in Psychoanalyse, Psychotherapie und Alltag. Frankfurt a.M.: Brandes & Apsel.
- Stolorow, R., Brandchaft, B. & Atwood, G.E. (1996). *Psychoanalytische Behandlung. Ein intersubjektiver Ansatz*. Frankfurt a.M.: Fischer Taschenbuch.
- Streeck, U. (2002). Handeln im Angesicht des Anderen. Über nicht-sprachliche Kommunikation in therapeutischen Dialogen. *Psyche – Zeitschrift für Psychoanalyse*, 56, 247-274.
- Streeck, U. (2004). Auf den ersten Blick. Psychotherapeutische Beziehungen unter dem Mikroskop. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Streeck, U. (2009). *Gestik und die therapeutische Beziehung*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Strupp, H.H. (1989). Psychotherapy: Can the practitioner learn from the researcher? *American Psychologist*, 44, 717-724.
- Strupp, H.H. (1996). Nachhaltige Lektionen aus der psychotherapeutischen Praxis und Forschung. *Psychotherapeut*, 41, 84-87.
- Stucki, C. & Grawe, K. (2007). Bedürfnis- und motivorientierte Beziehungsgestaltung. *Psychotherapeut*, 52, 16-23.
- Teising, M. (2014). Narzissmus im Alter. *Psychotherapie*, 19, 125-136.
- Thomä, H. & Kächele, H. (2007). *Lehrbuch der analytischen Psychotherapie. Grundlagen* (4. Aufl.). Berlin, Heidelberg: Springer.
- Turnbull, O. & Solms, M. (2005). Gedächtnis und Fantasie. In V. Green (Hrsg.), *Emotionale Entwicklung in Psychoanalyse, Bindungstheorie und Neurowissenschaften* (S. 69-113). Frankfurt a.M.: Brandes & Apsel.

- Weiss, J. (1990). Strategien des Unbewußten. *Spektrum der Wissenschaft* (Nr. 5, 122-129).
- Weiss, J. & Sampson, H. (1986). *The psychoanalytic process. Theory, clinical observations and research.* New York: Guilford Press.
- Will, H. (2001). Die Handhabung der Übertragung. *Forum der Psychoanalyse*, 17, 207-234.
- Will, H. (2003). *Was ist klassische Psychoanalyse?* Stuttgart: Kohlhammer.
- Will, H. (2006). *Psychoanalytische Kompetenzen.* Stuttgart: Kohlhammer.
- Willutzki, U., Reinke-Kappenstein, B. & Hermer, M. (2013). Ohne Heiler geht es nicht. Bedeutung von Psychotherapeuten für Therapieprozess und -ergebnis. *Psychotherapeut*, 58, 427-437.
- Winnicott, D.W. (1984). *Reifungsprozesse und fördernde Umwelt.* Frankfurt/Main: Fischer. Taschenbuchverlag.
- Wolf, E.S. (1989). Anmerkungen zum therapeutischen Prozeß in der Psychoanalyse. In E.S. Wolf et al. (Hrsg), *Selbstpsychologie. Weiterentwicklungen nach Heinz Kohut* (S. 107-124). München, Wien: Verlag Intern Psychoanal.
- Wolf, E.S. (2000). Optimale Responsivität und der Unterbrechungs-Wiederherstellungs-Prozeß. In P. Kutter (Hrsg.), *Psychoanalytische Selbstpsychologie* (S. 63-78). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Zetzel, E.R. (1956). Current concepts of transference. *International Journal of Psychoanalysis*, 37, 369-376.
- Zwettler-Otte, S. (Hrsg.). (2007). *Entgleisungen in der Psychoanalyse.* Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

## Korrespondenzadresse

Siegfried Bettighofer  
Dipl.-Psychologe, Psychoanalytiker (DPG, DGPT)  
Karlstr. 5 | 86150 Augsburg  
Tel. 0821-157332 | Praxis-Bettighofer@gmx.de