

Siegfried Bettighofer

Supervision in intersubjektiven Kontext von Übertragung und Gegenübertragung

Supervision in the intersubjective context of transference and countertransference

Die Wirksamkeit von Psychotherapie beruht zu einem wesentlichen Teil auf einer guten therapeutischen Beziehung zwischen TherapeutIn und PatientIn. Übertragungsprozesse mit ihren dysfunktionalen Mechanismen haben einen großen Einfluss auf diese hilfreiche therapeutische Beziehung und führen regelmäßig dazu, dass sie erheblich beeinflusst und auch erschwert wird bzw. sich sogar belastende und destruktive Prozesse entfalten. Um mit diesen konstruktiv umgehen zu können, bedarf es insbesondere in der Ausbildung, jedoch auch in der üblichen therapeutischen Praxis der Supervision, um Übertragungsvorgänge erkennen zu können, sie für einen erfolgreichen Behandlungsverlauf nutzbar zu machen und schädliche Prozesse zu verhindern. Der Supervisor verwendet für die Diagnose dieser Übertragungsvorgänge einerseits die Berichte des Therapeuten über den Patienten und dessen Gegenübertragung. Von zentraler Bedeutung ist jedoch auch die Berücksichtigung seiner eigenen Gegenübertragung auf die Berichte und die Person des Therapeuten, denn die Psychodynamik des Patienten, v. a. auch deren tief unbewusste und nicht verbalisierbare und daher nur über Enactments inszenierte Anteile, können sich ausschließlich in der Übertragung-Gegenübertragung auf den Therapeuten und parallel dazu auch in der Supervisions-Beziehung abbilden. Über die gezielte Reflexion dieser parallelen Übertragungsprozesse ist es möglich, diese unbewussten Prozesse zu erschließen und den SupervisandInnen zu einem konstruktiven Umgang damit zu verhelfen.

Schlüsselwörter

Supervision – Übertragung – Gegenübertragung – Tests – Inszenierung – Enactment – Projektion – Parallelprozess

The effectiveness of psychotherapy depends on a good relationship between the therapist and his patient. The process of transference and the pathological structures of defense of the patient have a great influence on this helpful relationship and in some cases even may destroy it. Supervision is needed to recognize these events in the transference, to foster a positive therapeutic process and to prevent destructive and damaging processes in therapy. To diagnose these transference, the supervisor relies on the report of the therapist about the patient and his countertransference. It is however very important for the supervisor always to be aware about his own countertransference to the narrative and the person of the therapist, because the unconscious psychodynamic

processes of the patient and especially those parts who are deeply unconscious and not symbolized can only be communicated by enactments in the therapeutic relationship. These unconscious processes also influence the transference-countertransference in the supervisee-relationship. The supervisor can recognize them by reflecting his own countertransference to get along successfully and guarantee a successful therapy.

Keywords

Supervision, transference, countertransference, enactment, projection, parallel process

In der Supervision lernt der Ausbildungskandidat, die therapeutische Beziehung so zu gestalten, dass sie für den Patienten hilfreich ist. Ist das gelungen, so ist es noch keine Selbstverständlichkeit, dass diese Beziehung auch längerfristig konstruktiv bleibt, denn sie ist im Laufe des therapeutischen Prozesses vielen Störungsmöglichkeiten ausgesetzt. Auch wenn sich Psychotherapeuten an einen Supervisor wenden, handelt es sich oft um schwierige Beziehungskonstellationen, um ein Sackgassengefühl oder um eine Stagnation; möglicherweise zeigen sich sogar negative Entwicklungen, eine maligne Regression (Bettighofer, 1992) oder eine Symptomverschlechterung. Manchmal kommt ein Therapeut mit seinen eigenen emotionalen Reaktionen auf den Patienten nicht mehr zurecht und fürchtet, dass die Therapie scheitern könnte. Auch meine eigene Erfahrung bestätigt, dass im Zentrum von Supervision häufig Probleme bezüglich der Beziehung zum Patienten stehen. In diesen Fällen geht es darum, diese problematische Beziehungssituation soweit zu klären und den Supervisanden dahingehend zu unterstützen, dass wieder ein konstruktiver therapeutischer Prozess in Gang kommt.

Im Gegensatz zur manualisierten und methoden-orientierten Verhaltenstherapie gilt in allen psychodynamischen Therapieformen die Beziehung zwischen Therapeut und Patient als der wesentliche heilsame Wirkfaktor (Bettighofer, 2015). Die Befunde der empirischen Psychotherapieforschung (Lambert, 2010; Luborsky, 1976; Willutzki et al., 2013) weisen inzwischen eindeutig darauf hin, dass in einer hilfreichen therapeutischen Beziehung tatsächlich der grundlegende Wirkfaktor einer Psychotherapie zu sehen ist. Demnach hängt der Erfolg einer Behandlung weitgehend davon ab, dass diese unterstützend erlebte Beziehung zum Therapeuten über den gesamten Prozess der Therapie aufrechterhalten oder im Falle von Störungen wieder hergestellt werden kann. Bambling et al. (2006) weisen darauf hin, „dass eine Supervision, die auf die therapeutische Beziehung fokussiert, die positivsten Effekte zu haben scheint“ (zit. n. Strauß et al., 2010). Deshalb kann man mit gutem Recht die Entwicklung von therapeutischen und sozialen Kompetenzen, die für die Gestaltung einer positiven therapeutischen Beziehung erforderlich sind, als einen der wichtigsten Inhalte von Supervision sehen (Lambert, 2010; Will, 2007).

Für die Aufrechterhaltung einer hilfreichen therapeutischen Beziehung spielt nun insbesondere auch der kompetente Umgang und die Bewältigung von Übertragungs- und Gegenübertragungsphänomenen eine gar nicht zu überschätzende zentrale Rolle. In einem intersubjektiven Verständnis der therapeutischen Beziehung geht es gerade darum, sich zum besseren Verständnis des Patienten seinen dysfunktionalen Mustern auszusetzen,

sich auf seine neurotischen Übertragungsprojektionen einzulassen, sich etwas darin verwickeln zu lassen und dabei die uns unbewusst zugedachten Rollen in uns zu spüren. Es besteht allerdings auch die Gefahr, dass dieser Prozess entgleist und sich in destruktive Richtungen entwickelt (Zwettler-Otte, 2007).

Gerade weil die langfristige Erhaltung einer hilfreichen Beziehung (auch in der Verhaltenstherapie!) eben keine Selbstverständlichkeit ist, sondern wegen der oft schwierigen neurotischen Muster und wegen der dysfunktionalen Verhaltensweisen der Patienten diverse Belastungsproben überstehen muss, spielt die Auseinandersetzung mit Übertragungs- und Gegenübertragungsvorgängen auch in der Supervision eine zentrale Rolle. Der Supervisand sollte lernen, konstruktiv mit der Übertragung und seiner Gegenübertragung umzugehen. Er sollte diese Prozesse diagnostisch reflektieren können, um deren Bedeutung verstehen zu können und sie für die therapeutische Veränderung nutzbar zu machen.

Der Umgang mit Übertragungsprozessen ist in allen psychodynamischen Therapieformen von zentraler Bedeutung. Insbesondere bei AusbildungskandidatInnen ist jedoch immer wieder die Meinung anzutreffen, dass diese Übertragungsarbeit zwar für die analytische Psychotherapie üblich sei, dass sie jedoch in der tiefenpsychologisch fundierten und in anderen Formen der psychodynamischen Therapie nur eine nebensächliche Rolle spiele. Auch wenn sich die Intensität und der Umgang mit Übertragungsprozessen in beiden Therapieformen durch die unterschiedlichen Settings in gewissen Punkten unterscheiden, wird meine folgende Darstellung sicherlich verdeutlichen, dass auch in der tiefenpsychologischen Therapie die Übertragung und der kompetente Umgang mit ihr eine entscheidende Rolle spielt (Jaeggi & Riegels, 2008) und infolgedessen in der Supervision ausreichend berücksichtigt werden sollte. Auch Supervisionskonzepte, die einen betont methodenintegrativen Ansatz verfolgen (Boeckh, 2008), verweisen auf den wichtigen Stellenwert, den Übertragungsprozesse in der Supervision haben.

Voraussetzung für einen konstruktiven Umgang mit Übertragungsprozessen ist für den Supervisor und den Supervisanden ein grundsätzliches Verständnis davon, was Übertragung ist, wie sie zustande kommt und welche Prozesse sich dadurch in der therapeutischen Beziehung zeigen. Deshalb möchte ich im Folgenden zunächst kurz unser heutiges psychoanalytisches Verständnis von Übertragung und Gegenübertragung darstellen.

Übertragung und Gegenübertragung als externalisierte unbewusste Rollenzuweisung

Die interaktionelle Entwicklung der Übertragungs-Gegenübertragungs-Beziehung
Psychotherapie ist immer ein Gespräch. Während des verbalen Austausches entstehen zwischen PatientIn und TherapeutIn jedoch unterschwellige Eindrücke und Gefühle beim Patienten, die ihm oft nur vorbewusst sind oder über die auch nicht gesprochen wird, weil sie der Patient für unwichtig oder auch peinlich hält und sie deshalb nicht erwähnt oder sie aus anderen Gründen vermeidet. Diese entstehen spontan, wenn er mithilfe seiner kognitiven und emotionalen Schemata bzw. Organisationsprinzipien (Stolorow et al., 1996; Bettighofer, 1998, 2016) die therapeutische Situation sowie die Person und das Verhalten des Therapeuten einschätzt und sich sein Bild von all diesen Eindrücken zu

machen versucht. Daraus ergibt sich eine Mischung aus realen Wahrnehmungen, eigenen Interpretationen und Zuschreibung von Bedeutungen, in denen auch die dysfunktionalen Muster des Patienten bzw. seine Abwehrmechanismen zum Ausdruck kommen, die er in seinen Entwicklungsjahren zur Bewältigung seiner Beziehungserfahrungen entwickelt hat. Diesen dysfunktionalen Schemata liegen internalisierte Interaktionserfahrungen mit den primären Bezugspersonen zugrunde, die sich bei wiederholtem Auftreten zu generalisierten Interaktionsrepräsentanzen (RIGs) (Stern, 2004) entwickeln, die die Grundformen des Erlebens und die Basis für die inneren Objekte bilden. Darin ist das vor- oder unbewusste Wissen darüber enthalten, wie Beziehungen laufen, was zu erwarten ist und wo man vorsichtig sein muss. Es steht dem Patienten als unbewusstes implizites Beziehungswissen (Stern et al., 2010) zur Verfügung, um soziale Beziehungen schnell sondieren und die Eindrücke interpretieren und einordnen zu können. Die Bindungstheorie (Grossmann & Grossmann, 2004) spricht in diesem Zusammenhang von inneren Arbeitsmodellen, die zum Verständnis und zur Bewältigung der aktuellen Situationen aktiviert werden. Auch die Person des Therapeuten und die therapeutische Beziehung ist dem Patienten unbekannt, sodass er automatisch sein implizites Beziehungswissen mit den entsprechenden Erwartungshaltungen (Beebe & Lachmann, 2002) und unbewussten Plänen (Weiss, 1990) aktiviert, um sein eigenes Verhalten und die Interaktion mit dem Therapeuten nonverbal zu regulieren. Während die therapeutische Beziehung allmählich entsteht, werden die internalisierten Subjekt-Objekt-Erfahrungen externalisiert. Dabei werden die verinnerlichten Objektbilder mit den entsprechenden Affekten auf den Therapeuten projiziert und führen zu den spezifischen positiven und negativen Erwartungen und Hoffnungen. Als Auslöser oder Aufhänger können konkrete reale Wahrnehmungen an der Person und dem Verhalten des Therapeuten als Auslösereize dienen.

Unter einem ganzheitlichen Begriff der Gegenübertragung subsummiert man heute alle Gedanken, Gefühle, Fantasien und Impulse, die der Therapeut in der Begegnung mit seinem Patienten erlebt, unabhängig davon, ob es genuine Reaktionen auf die Übertragung des Patienten sind oder ob sie auch Anteile einer Eigenübertragung des Therapeuten beinhalten. Die unbewussten Beziehungsbilder und Erwartungsmuster des Patienten erzeugen im Therapeuten einen meist subtilen, manchmal jedoch auch einen massiven interaktionellen Druck, sich verbal und nonverbal auf eine bestimmte Weise zu verhalten. Als Therapeut fühlt man sich in bestimmte Rollen gedrängt, die sich als Gedanken, Gefühle und Körperempfindungen zeigen und dem unbewusst projizierten Bild des Patienten entstammen. Dadurch bekommt jede Therapeut-Patient-Beziehung auf diese Weise eine ganz spezifische und einmalige individuelle Prägung (Slavin, 2010). Keine Behandlung gleicht somit einer anderen, jede dyadische Beziehung ist einmalig und bei jedem Patienten verhält sich der Therapeut auch ein wenig anders. Die Vorstellungen einer Standardtechnik und eines Standardprozesses gehören inzwischen der Vergangenheit und werden nicht mehr ernsthaft vertreten.

Diese beschriebenen interaktionellen Prozesse werden durch biologisch vorgegebene nonverbale, gestische und mimische Signale gesteuert (Krause, 2006; Streeck, 2004, 2009) und bleiben beiden Interaktionspartnern meist unbewusst. Durch die biologisch vorgegebene Grammatik der nonverbalen Interaktion, die mit einer Hardware vergleichbar ist, ist es auch nur sehr schwer möglich, sich diesem Interaktionsdruck zu entziehen. Einem

solchen Druck standzuhalten oder zu widerstehen, ist nur durch bewussten Umgang mit der Gegenübertragung möglich.

Die Analyse von videografierten Sitzungen (Krause, 2006; Streeck 2004, 2009) zeigt deutlich den interaktiven Ansteckungseffekt. Es lässt sich dabei schön erkennen, wie sich der Therapeut durch das verbale und insbesondere nonverbale Verhalten des Patienten auf ganz natürliche Weise und unweigerlich in gestische Mikroinszenierungen verwickeln lässt, die bei ihm die für diesen Patienten typischen Gefühle auslösen, die wir als Gegenübertragung erleben. Aus der unbewussten Gestaltung der therapeutischen Beziehung durch den Patienten lassen sich diejenigen Muster erschließen, mit denen er auch alle seine verschiedenen sozialen Beziehungssituationen außerhalb der Therapie gestaltet.

Bisher könnte der Eindruck entstanden sein, dass der Therapeut ausschließlich eine reine Projektionsfläche ist, wie dies lange Zeit in der klassischen Psychoanalyse angenommen wurde. In diesem Modell der therapeutischen Beziehung wurde die Gegenübertragung als direktes Abbild des Patienten aufgefasst. Während der letzten zwei Jahrzehnte und insbesondere durch die intersubjektiven Ansätze in der Psychoanalyse hat sich dieses ursprüngliche Paradigma jedoch drastisch verändert.

Auch ein um Abstinenz und Neutralität bemühter Therapeut reagiert nicht nur auf die Projektionen des Patienten, insofern ist auch seine Gegenübertragung nicht nur eine „Funktion des Patienten“ (Heimann, 1950). Er wird zwar durch seine rezeptive Haltung und aufgrund der „Bereitschaft zur Rollenübernahme“ (Sandler, 1986) maßgeblich beeinflusst durch die unbewussten Erwartungen und Rollenzuweisungen des Patienten, aber auch er gestaltet seinerseits auf der Basis seiner eigenen Übertragungsdispositionen ko-konstruktiv die therapeutische Beziehung mit, weit über seine gezielte therapeutische Technik hinausgehend. Beebe und Lachmann (2002) (s.a. Bettighofer, 1998/2016, Ermann, 1993) beschreiben diesen Prozess systemisch als eine zirkuläre Interaktion, bei der Therapeut und Patient Schritt für Schritt auf einander reagieren und sich beim „Vorangehen“ („moving along“) (Stern et al., 2010, S. 72) immer wieder miteinander abstimmen und so die therapeutische Beziehung und die Übertragungskomponenten gemeinsam kreieren. Die Vorstellung einer durch den Therapeuten unkontaminierten, d.h. nicht beeinflussten Übertragung gehört inzwischen der Vergangenheit an.

Trotz dieses aktiven Einflusses der Therapeutenpersönlichkeit und seines Interaktionsangebots und der sich daraus ergebenden gegenseitigen Beeinflussung bleibt die professionelle Asymmetrie der Therapeut-Patient-Beziehung bestehen. Auch gelten die grundsätzlichen Prinzipien von Abstinenz und Neutralität, in einem aktuellen Verständnis konzeptualisiert als eine innere Haltung der selbstreflexiven Abstinenz (Privitera, 2014), wobei der Therapeut sich seines Involviert-Seins bewusst zu sein versucht. Die zurückhaltende, aufnahmebereite und reflektierende Grundhaltung des Therapeuten (Preß & Gmelch, 2014; Zwiebel, 2010) eröffnet einen therapeutischen Raum, in dem sich trotz des interaktiven Einflusses, den der Therapeuten ausübt, in der Übertragung vorwiegend die Persönlichkeit und die neurotischen Anteile des Patienten abbilden können.

Unbewusst und fast nebenbei teilt also der Patient dem Therapeuten seine Problematik auch ohne Wort mit. Diese Vorgänge verlaufen oft über eine längere Zeit unbemerkt und führen manchmal zu spontanen und unerwarteten intuitiven Reaktionen, die der unbewussten intersubjektiven Matrix entstammen und den Therapeuten zunächst über-

raschen, manchmal auch erschrecken und ihm Schuldgefühle bereiten und oft erst im Nachhinein verständlich werden. Auch Freud (1912, S. 381) sprach schon von einer Kommunikation zwischen dem Unbewussten des Patienten und dem des Therapeuten und hat dabei wahrscheinlich an solche intersubjektiven Vorgänge gedacht.

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

Unbewusste Rollenzuweisungen als Kern von Übertragungsvorgängen sind die Basis für die antwortende Gegenübertragung des Therapeuten in all ihren Komponenten wie Gefühlen, Fantasien, Gedanken, Handlungsimpulsen und auch seinem realen therapeutischen Verhalten. Diese interaktionellen Vorgänge verlaufen im Allgemeinen eher subtil und können insgesamt als Teil einer unbewussten Szene oder Inszenierung gesehen werden.

Es war bisher üblich, den Begriff des Enactments oder der Inszenierungen spezifischen affektiv geladenen Situationen vorzubehalten, in denen der Therapeut sich meist zu einer unbeabsichtigten oder spontanen Handlung oder Deutung hinreißen ließ, sodass dann auch von sogenannten Handlungsdialogen und Begegnungsmomenten (Stern, 2004) gesprochen wird.

Im Gegensatz dazu verstehe ich in Übereinstimmung mit dem systemischen Ansatz der Boston Change Process Study Group (2013) die therapeutische Interaktion als einen permanenten Prozess unbewusster Rolleninszenierungen, die über einen längeren Zeitraum oft sehr latent und deshalb auch unbemerkt verlaufen. Insofern kann man schon hier von einem Handlungsdialog sprechen, bei dem der Therapeut auf der Bühne des Patienten die ihm unbewusst zugeordnete Rolle mitspielt. Auf der Basis dieses Verständnisses geschehen dann die uns als handlungsdialogische Enactments erscheinenden, herausragenden und affektiv geladenen Momente und Szenen zwar eruptiv wie ein Blitz aus heiterem Himmel. Im Grunde sind sie jedoch nichts anderes als die Kulminationspunkte eines subtilen unbewussten Rollenspiels, das schon über einen längeren Zeitraum latent verlief und sich dann in einem Handlungsdialog Ausdruck verschafft, wenn sich allmählich eine ausreichend große Affektstärke angesammelt hat.

Dies zeigt auch nochmals, wie vergeblich es ist, sich durch Abstinenz, Neutralität, Anonymität und schweigende Zurückhaltung aus dieser Form des Involviert-Seins heraus zu halten, um derartige Inszenierungen zu vermeiden. Dennoch wurde dies lange Zeit versucht, da man der Meinung war, dass Enactments Ausdruck einer Abwehr und eines Widerstandes sind und daher den fruchtbaren therapeutischen Prozess behindern oder gar verhindern. Man nahm an, dass Affekte, die Ausdruck in einer Handlung finden und somit ausagiert werden, nicht mehr bearbeitet werden können, weil die dazu nötige Energie nach außen abgeführt wurde. Es wurde lediglich immer schon zugestanden, dass manchmal ein neurotisches Agieren notwendig sein kann, um eine neurotische Struktur erkennen und anschließend verbal durcharbeiten zu können. Trotz der partiellen Akzeptanz solcher Formen des neurotischen Ausagierens blieb die negative Konnotation des Ausagierens jedoch weiterhin bestehen. Erst durch Gill (1982) und insbesondere im Rahmen der intersubjektiven Theorie- und Behandlungsansätze hat sich in den letzten zwanzig Jah-

ren zunehmend die Erkenntnis durchgesetzt, dass diese Formen des Mitagierens für alle menschlichen Begegnungen natürlich und insofern auch in der Psychotherapie nicht vermeidbar sind (Klüwer, 1986; Mitchell, 1997; Bettighofer, 2016)

Deshalb entspricht es der Wirklichkeit der therapeutischen Beziehung viel mehr, diesen Prozess des Involviert Werdens nicht nur notgedrungen zu akzeptieren, sondern ihm positiv zuzustimmen und sich in die Beziehung verwickeln zu lassen. Der Patient „verführt“ uns zu etwas, was er für sein Wachstum braucht. Die in dieser Rollenbeziehung dann geschehende Inszenierung einer unbewussten Beziehungssituation ist für den Patienten (und vielleicht auch für den Therapeuten) zutiefst bedeutend und kann begleitend bzw. meist anschließend auch mit dem Patienten zusammen reflektiert werden, um sie zu verstehen und sie für die Veränderung des Patienten nutzbar zu machen (Scharff, 2009; Bettighofer, 2014). Wir sehen diese Komponente in unserer heutigen Behandlungskonzeption als ein überaus wertvolles Erkenntnismittel und vielleicht den bedeutsamsten Wirkmechanismus der Psychotherapie insgesamt. In diesen interaktiven Begegnungen zeigen sich die neurotischen dysfunktionalen Mechanismen des Patienten oft deutlicher als in seinen verbalen Beschreibungen, da über die nonverbalen Kommunikationskanäle Erfahrungen vermittelt werden können, die dem Patienten unbewusst sind und bei frühen Störungen auch gar nicht erinnert und verbal bearbeitet werden können, weil sie Erfahrungen aus den ersten Kindheitsjahren beinhalten, die aufgrund der noch nicht entwickelten Gehirnstrukturen des Hippocampus noch nicht als Erinnerungsbild gespeichert werden konnten. Deshalb sind sie auch grundsätzlich nicht als Erinnerung abrufbar, sondern können sich nur als körperliche Empfindung, als diffuses Gefühl und als Handlung in einem Beziehungskontext zeigen (Bion, 1962; Grawe, 2004; Plab, 2014; Roth & Strüber, 2014; Turnbull & Solms, 2005).

Man spricht hier von Inszenierungen und Handlungsdialogen (Heisterkamp, 2002), weil es zu einer wirklichen Interaktion zwischen Therapeut und Patient kommt. Es handelt sich also um eine reale Interaktion und nicht mehr um eine reine Projektion des Patienten. Der Therapeut spürt selbst in seiner Gegenübertragung die ihm zuge dachte positive oder negative Rolle, oft verhält er sich auch 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. Er kann aber auch mit dem auf ihn übertragenen früheren Objekt identifiziert sein. In diesem Fall erlebt er die auf ihn projizierten und häufig negativen Objekterfahrungen des Patienten so, dass er die meist negativen Reaktionen des frühen Objekts selbst dem Patienten gegenüber empfindet. Dies sind oft Affekte aversiver Natur gegenüber dem Patienten, die dessen früheren enttäuschenden Beziehungserfahrungen entsprechen, können jedoch prinzipiell auch positive Affekte sein, z. B. bei einer Patientin, die der Sonnenschein ihrer Mutter sein musste und auf deren Sitzungen ich mich eine Zeit lang richtig freute. Bei starken unbewussten Affekten können deutliche Handlungsimpulse beim Therapeuten entstehen, wo dann von projektiver Identifikation gesprochen wird (Ogden, 1979). In solchen Momenten kann es sein, dass der Therapeut zeitweise einen starken aggressiven Druck empfindet und sich sehr stark kontrollieren muss. Wenn der Therapeut in solchen Situationen selbst gekränkt oder verletzt ist (Pflichthofer, 2007), ist allerdings gelegentlich

ein aggressives oder entwertendes Gegenübertragungs-Agieren nicht vollständig zu vermeiden. Unbedachte und den Patienten verletzende Äußerungen können durchaus zu einer ernsthaften Behandlungskrise führen, die allerdings auch die Möglichkeit bietet, diese Inszenierung als ein „analytisches Drittes“ (Benjamin, 2004, 2007; Ogden, 1997, 2004) mit dem Patienten zu bearbeiten und die positive Beziehung sogar im Falle von Regelverletzungen (Hübner, 2009) wieder herzustellen.

Diese lange Zeit unbemerkt verlaufenden Prozesse der Identifizierung mit unbewussten auf den Therapeuten gerichteten Externalisierungen von introjizierten Beziehungserfahrungen wurden entdeckt in der Behandlung von schwer ichstrukturell gestörten Patienten. Melanie Klein (1946) hat sie zunächst als Abwehrmechanismus verstanden, während ihr Schüler Bion (1962) später den kommunikativen Aspekt herausgearbeitet und betont hat, dass solche Inszenierungen für diese Patienten die einzige Möglichkeit sind, ihre unbewusste und noch nicht symbolisierte und damit auch nicht verbalisierbare Not dem Anderen 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 sozialen Beziehungen und Partnerschaften. Das Auftauchen dieser negativen Beziehungserfahrungen, die der Patient eigentlich fürchtet und zu vermeiden versucht, in der therapeutischen Beziehung ist deshalb für den Patienten die größte Chance, dieses destruktive Introjekt zu erkennen und konstruktivere Bewältigungsmöglichkeiten zu entwickeln (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.

Die multiple Übertragungssituation in der Supervision

Die Übertragung des Supervisanden auf den Supervisor

Auf die Situation der Supervision bezogen, bedeutet dieses Übertragungsmodell, dass sich hier die Erfahrungswelten von drei Personen intersubjektiv verschränken und gegenseitig aufeinander einwirken. Der wesentliche Inhalt einer Supervision besteht primär in der gezielten Fallbesprechung mit didaktischen technischen Hinweisen und Hilfe bei der Bewältigung von Übertragungssituationen. Dabei wird ein wichtiger Punkt auch in der Literatur über Supervision meist wenig erwähnt, der jedoch zum Verständnis der Supervisionsprozesse von großer Bedeutung ist. Es handelt sich um die Beziehung zwischen dem Supervisor und dem Supervisanden, die stets als durch die Kompetenz des Supervisors von Natur aus gegeben angenommen wird, obwohl das nicht der Realität entspricht. Denn ebenso wenig wie eine gute therapeutische Beziehung zu einem Patienten nicht zwangsläufig entsteht, muss sich auch eine konstruktive emotionale und Arbeitsbeziehung zum Supervisor erst allmählich entwickeln.

Jaenicke (2014) schreibt in seinem Beitrag über Supervision: „Nach unserer Supervisions-sitzung sagte ein Kandidat zu mir: ‚Ich bin froh, dass ich mittlerweile keine Angst mehr davor habe, Ihnen meine therapeutische Arbeit vorzustellen‘ Ich antwortete: ‚Das ist es, was ich als Ihr Supervisor hören möchte‘“ (S. 121). Entsprechend sagte ein 40-jähriger

Kollege kürzlich, dass er sich seiner Supervisorin gegenüber „allmählich immer freier“ fühle. Eine weitere Kollegin hatte den Eindruck, bei ihrer Supervisorin perfekt sein zu müssen. Diese Aussagen verdeutlichen, dass sich in der Supervisionsbeziehung ein der therapeutischen Beziehung analoger Prozess abspielt, von dessen konstruktiver Entwicklung die Qualität der Supervision wesentlich abhängt. Wie der Patient so bringt auch der Supervisand seine Übertragungsdisposition mit den entsprechenden Erwartungen und Befürchtungen in diese Beziehung mit ein. Da es sich dabei oft um Überich-Ängste handelt, also um die Angst vor Kritik und Abwertung, entscheiden Supervisanden auf dieser Basis, wie ehrlich und authentisch sie den therapeutischen Prozess und ihr eigenes Verhalten und Fühlen preisgeben und inwieweit sie es aus Selbstschutz vorziehen, wesentliche Fakten und Vorkommnisse, meist auch eigene Interventionen und Verhaltensweisen partiell verfälscht darzustellen oder vielleicht sogar ganz zu verschweigen, wenn sie Angst vor der Missbilligung des Supervisors haben. Dieser Prozess ist natürlich und lässt sich auch durch Verbatimprotokolle nicht verhindern; allenfalls Videoaufzeichnungen ermöglichen diesbezüglich eine objektive Darstellung bzw. erzwingen sie, vielleicht ohne dass der Supervisand seinerseits schon bereit ist für diese Offenheit.

Insbesondere wenn es um Interventionen geht, die nicht regelkonform sind oder als inkompetent empfunden werden, ebenso wenn Reaktionen und Gefühle vorliegen, die eine persönliche Betroffenheit des Supervisanden erkennen lassen, dürfte die Versuchung besonders groß sein, nicht ehrlich und authentisch darüber zu berichten. Falls persönliche Konflikte angesprochen werden und es deutlich wird, dass ein persönliches Problem des Supervisanden berührt ist, was in der Beziehung zu Patienten sehr häufig ist, besteht die übliche Praxis oft darin, dem Supervisanden zu empfehlen, sich mit dieser konflikthaften Reaktion auf den Patienten in seiner Selbsterfahrung auseinanderzusetzen. So sinnvoll und notwendig diese Empfehlung auch durchaus ist, reißt sie die entsprechende Reaktion doch aus dem aktuellen Kontext. Ich halte es in solchen Fällen manchmal für sinnvoller, hier ein Stück Selbsterfahrung einfließen zu lassen und solche konflikthaften Gegenübertragungsreaktionen zumindest teilweise direkt und konkret zu bearbeiten. Zusätzlich geht es natürlich darum, sie in ihrer Bedeutung als Gegenübertragungsreaktionen im Hinblick auf die Patientenübertragung zu verstehen. Mit einer solchen Vorgehensweise wird die Lehranalyse nicht überflüssig, es entsteht auch nicht sofort eine Verwischung der Grenzen, die eine Supervision hat. Allerdings bekommt manchmal die Supervision partiell und situativ auch einen therapeutischen Aspekt.

Besonders deutlich wird mir die manchmal über das Fachliche hinausgehende persönliche Bedeutung des Supervisors bei einer Kollegin, die bei starker positiver Beziehung mit idealisierenden Anteilen mit großem Vertrauen bei ihrem Supervisor völlig offen über ihre Fälle sprechen kann und sich in ihrer authentischen Art von ihm angenommen fühlt. Die Supervisandin erlebt diese Beziehung, die Aspekte einer positiven Vaterübertragung beinhaltet, als äußerst hilfreich und emotional korrigierend, ohne dass ihre Lehranalyse bei mir dadurch gestört wird, in der eine andere eigene Übertragungssituation besteht. Mir ist durchaus bewusst, dass man darin auch ein Agieren einer abgespaltenen idealisierenden Übertragung sehen könnte. Jedoch würde diese Deutung vermutlich nichts an der bestehenden Übertragungskonstellation ändern. Die Kollegin hätte weiter das Gefühl, mit ihrem Supervisor aufgrund seiner Persönlichkeit eine außerordentlich erfüllende

Beziehung zu haben und sie würde auch nach dieser Deutung diese Übertragung sicherlich nicht auf mich verlagern. So wird sie die Beziehungserfahrung mit ihrem Supervisor als wertvolles neues Objekt introjizieren. Im Gegensatz dazu erlebt sie einem anderen Supervisor gegenüber eine gewisse Befangenheit und fühlt sich durch dessen zwar ebenso zugewandte, jedoch korrekte Distanziertheit weniger frei und spontan. Auch diese Supervision erlebt sie als hilfreich, es fehlt jedoch die Komponente einer tiefen emotional korrigierenden Beziehungserfahrung.

Mit diesem Beispiel möchte ich auf die wichtige Tatsache hinweisen, dass Supervision nicht einfach gleich Supervision ist, sondern dass die Beziehung und der Prozess in einer Supervision auch in wesentlichen Komponenten durch die Persönlichkeit und das Verhalten des Supervisors mitgestaltet wird. Er ist eben nicht unabhängiger Beobachter und kompetenter Lehrer, sondern hat auch ein bestimmtes Supervisionskonzept (Blaß, 2014), er ist auch vielfach persönlich tangiert und in den Prozess involviert. Dabei macht es einen großen Unterschied, welche behandlungstechnischen Standpunkte er vertritt, welcher therapeutischen Denkrichtung er sich nahe fühlt und wie er strittige Fragen für sich gelöst hat. Er ist v. a. auch Person und hat ein bestimmtes Maß an persönlicher Reife entwickelt. Die Supervisanden erleben ihn auch darin, wie er selbst die Beziehung gestaltet und mit Regelungen wie Ausfallshonorar, Stundenverlegungen etc. umgeht.

Bei allen diesen Aspekten lassen sich keine allgemeinen Empfehlungen geben. Der entscheidende Punkt ist vielmehr, sich als Supervisor darüber im Klaren zu sein, dass solche Übertragungen unweigerlich entstehen und eine wichtige Rolle spielen können. Nicht Vermeidung kann das Ziel sein, sondern die bewusste Reflektion dessen, was ist und was sich entwickelt. In diesem Sinne kann sich der Supervisor auch eine Haltung natürlicher Offenheit und Spontaneität erlauben, ohne Angst, den Prozess dadurch zu stören. Vor dem Hintergrund einer solchen selbstreflexiven inneren Haltung, die sich selbst immer des Mitbeteiligt-Seins bewusst ist, kann die gelegentliche Frage nach einem Feedback durch den Supervisanden, wie er sich in der Supervision fühlt und wie es ihm damit geht, sehr sinnvoll und hilfreich sein. Dadurch wird ein Raum der offenen Begegnung und Reflektion geschaffen, der sich von einer reinen Unterrichtssituation deutlich unterscheidet. Die entscheidende Fragestellung ist dann nicht mehr, was richtig und falsch, regelkonform oder nicht, kompetent oder inkompetent ist, sondern was sich zeigt und entwickelt und was es für diesen Patienten bedeutet. Für hilfreich halte ich in diesem Zusammenhang, wenn auch der Supervisor sich konkret und klar äußert, wenn nötig klar Stellung bezieht, seinen Standpunkt und seine Eindrücke mitteilt und Feedback gibt, denn es geht hier letztlich nicht um eine therapeutische Situation, sondern um Anleitung und Unterstützung eines Kollegen, der ein Anrecht darauf hat, eine ehrliche Antwort vom Supervisor zu bekommen. Das beinhaltet selbstverständlich auch Anerkennung und kritische Bemerkungen.

Arbeit mit Übertragung und Gegenübertragung in der Supervision

Damit bin ich bei einem zentralen Punkt angelangt, nämlich dem Verständnis von Übertragungsvorgängen in der Supervision und der Unterstützung des Supervisanden bei einem für seinen Patienten hilfreichen Umgang mit diesen. Der Supervisor kennt im allgemeinen den Patienten nicht selbst, sondern lernt ihn ausschließlich indirekt über die Berichte des Supervisanden kennen. Er kann also auch den diagnostischen Status, den therapeutischen

Prozess sowie die jeweilige Übertragungssituation des Patienten nur dadurch erkennen bzw. erschließen, wie diese sich in den Erzählungen, den Eindrücken und den Gefühlen des Supervisanden widerspiegeln. Da sich darin die Übertragung des Patienten mit der Gegenübertragung und Eigenübertragungsanteilen vermischen und diese zusätzlich noch durch die Übertragungsdisposition in der Supervision selbst beeinflusst wird, ist dies eine sehr komplexe interaktionelle und intersubjektive Situation.

Dennoch lassen sich in dieser mehrdimensionalen intersubjektiven Situation hilfreiche Strukturen herauskristallisieren. Schon Balint (1947) fiel auf, dass sich die Psychodynamik des jeweiligen Patienten regelmäßig in der Supervision abbildet. Inzwischen ist es auch allgemein bekannt, dass die innerlich unverträgliche Konfliktsituation von Borderline-Patienten durch ihre Externalisierung dazu führen kann, dass sich Teammitglieder mit den verschiedenen Selbstanteilen identifizieren und miteinander den unlösbaren unbewussten Konflikt des Patienten austragen und zu keiner Einigung kommen können.

Allgemeiner lässt sich sagen, dass sich der Supervisand entweder konkordant oder komplementär mit dem Patienten identifiziert. Das bedeutet, dass er entweder empathisch mitfühlend den jeweiligen Gefühlszustand des Patienten selbst miterlebt, wobei er dabei auch Affekte wahrnehmen kann, die dem Patienten selbst noch nicht bewusst oder zugänglich sind wie z.B. Wut und Abgrenzungsbedürfnis. Bei einer komplementären Identifikation übernimmt er wiederum die jeweilige Rolle des introjizierten Objekts, d.h. er erlebt affektive Zustände einer meist früheren Bezugsperson des Patienten, im allgemeinen sind dies aversive Reaktionen verschiedener Art und Intensität.

Wenn wir nun dieses Rollen-Modell der Übertragung auch auf die Situation in der Supervision anwenden, so bedeutet das, dass der Supervisor sowohl auf die konkordante wie auch die komplementäre Identifikation des Therapeuten in seiner eigenen Gegenübertragung jeweils mit einer ebenfalls konkordanten oder aber mit einer komplementären Identifikation reagieren kann, also insgesamt vier strukturelle Reaktionsmöglichkeiten zur Verfügung hat.

Erkennen von Übertragungsprozessen

In vielen Behandlungssituationen kann die jeweilige Übertragungssituation relativ eindeutig aus den Berichten des Supervisanden erschlossen und geklärt werden. Dabei kann sich der Supervisor z. B. an folgende Punkten orientieren, um Strukturen zu erkennen und Hypothesen zu bilden und dann den Supervisanden bei der Bewältigung der Behandlungssituation unterstützen zu können.

Der Patient

- Was erzählt er inhaltlich?
- Wie erzählt er es?
- Sind Lücken erkennbar?
- Welche Gefühle wehrt er möglicherweise ab?
- Wie verhält er sich in seinen Beziehungen?
- Wie ist sein Verhalten dem Therapeuten gegenüber?
- Welche inneren Schemata und dysfunktionalen Strukturen sind erkennbar?
- Welche bewussten Gefühle und Gedanken hat er dem Th. gegenüber? (daraus erschließbar ist die unbewusste Übertragung)

Der Therapeut

- Was löst der Patient in ihm aus?
- Was sagt er?
- Wie verhält er sich?
- Wie interveniert er bewusst?

Die Beziehung zwischen Therapeut und Patient

- Wie reagieren beide aufeinander?
- Wie sind beide aufeinander ab- und eingestimmt?
- Wirkt die Beziehung eher harmonisch oder eher disharmonisch?
- Welche unbewussten Rollen übernimmt der Therapeut? Ist eine gemeinsame Übertragungsszene erkennbar?

Beispiel:

Eine Supervisandin sagt etwas aufgewühlt, sie fühle sich verwirrt und sei verwickelt bei einem Patienten. „Nach jeder Sitzung fühle ich mich wie durch die Mangel gedreht, richtig mitgenommen. Er ist auch interessant, aber seine dauernden Abwertungen sind schwierig. Andererseits stachelt er meinen Narzissmus an, er erzählt, dass ihm bisher keine Therapie was gebracht hätte, auch die Klinik hätte ihn nicht erreicht. Dann habe ich das Gefühl jetzt komme ich und richte es!‘ Aber er ist stachelig, ich komme nicht an ihn heran, verstehe ihn oft nicht, was er sagt und was er meint, aber ich fühle mich verantwortlich.“

Aus diesen Angaben erschließe ich, dass der Pat. offensichtlich narzisstische Anteile hat und die Therapeutin und frühere Behandler entwertet. Er wünscht sich wohl, emotional erreicht zu werden, zugleich verhindert er das jedoch durch seine Abwehr. Auf meine weitere Frage nach seinen Beziehungen erfahre ich, dass er bisher zwar mehrere kurze sexuelle Affären hatte, bisher jedoch noch keine anhaltende Partnerschaft. Er konnte also bisher keine tiefe emotionale Bindung entwickeln und hat ebenso auch keine hilfreiche therapeutische Beziehung erlebt. Ich vermute, dass die Vorbehandler durch seine hohe Ambivalenz und die schwierig zu ertragende Mischung aus schizoider Bindungsangst und narzisstischer Entwertung überfordert waren. An diesem Punkt des potentiellen Scheiterns befindet sich meine Supervisandin bereits jetzt, nach gerade mal fünf probatorischen Gesprächen.

Sie berichtet weiter, dass sie ihm schon gesagt habe, dass sie sich schwertue mit ihm und dass sie oft keinen Zugang zu ihm finde. Mit dieser Offenheit konnte der Patient gut umgehen. Ich erkläre ihr daraufhin meine Vermutung, dass vielleicht gerade ihre konfrontative Offenheit es ihm möglich macht, sich auf eine Beziehung zu ihr einzulassen, denn eine zu empathische und mitfühlende Haltung der Therapeutin wäre ihm wahrscheinlich zu nahe und würde ihn eher bedrohen. Mit ihrer konfrontierenden Direktheit hält auch sie selbst mehr inneren Abstand zu ihm und stellt damit ein Maß von Nähe und Distanz her, mit dem er offensichtlich gut zurechtkommt. Ich nehme an, er hat das Gefühl, dass er ernst genommen wird und dass er bei ihr ankommt, weil die Kollegin so direkt auf ihn reagiert und sich sichtlich um Kontakt bemüht.

Dann fügt sie hinzu, sie habe auch Angst, dass er sich in sie verlieben könnte. Von diesem Gegenübertragungsgefühl ist sie überrascht, sie versteht es nicht, weil es in seinem bisherigen Verhalten noch keine Hinweise gebe, die darauf hindeuten könnten. Deshalb versteht sie auch diese Angst nicht. In meinen Augen beginnt sich das Bild, das ich von ihm bisher habe, abzurunden. Ich erkläre ihr folgende Hypothese. In dieser Angst, die offenbar so unmotiviert

in ihr als Gegenübertragung auftaucht, kommt möglicherweise die abgespaltene Sehnsucht des Patienten nach Lieben und Geliebtwerden zum Ausdruck, die der Patient als bedrohlich empfindet, weil er die damit verbundene Abhängigkeit fürchtet. Durch sein kompliziertes dysfunktionales Sozialverhalten zerstört er mögliche Beziehungen und verhindert somit diese bedrohlichen Beziehungssituationen, die er als Ausgeliefert- und Verletzlichkeit empfinden würde.

Die Aufgabe der Therapeutin ist in dieser Situation nun darin zu sehen, dieser Destruktivität standzuhalten und die positive Beziehung nicht durch seine Muster zerstören zu lassen, indem sie in destruktives Agieren abrutscht und mit Gegenaggression oder Entwertung reagiert. Hinsichtlich der weiteren Entwicklung der Übertragung würde ich vermuten, dass nach einer ausreichenden Zeit, während der der Patient wahrscheinlich noch regelmäßig die Belastbarkeit der Therapeutin testen wird, er sich allmählich auf eine positive Beziehung einlassen könnte und Zugang zu seiner abgewehrten Verletzlichkeit bekäme. Diese mögliche Zukunftsentwicklung ist es, die sich bereits jetzt ganz am Anfang in der Angst der Therapeutin vor seiner Verliebtheit andeutet.

In der nächsten Supervisionssitzung beschreibt sie ihre Verunsicherung, weil sie den Eindruck hat, durch den Patienten immer in verschiedene Rollen gedrängt zu werden. Einmal fühlt sie sich als verstehende und mitfühlende Therapeutin, dann eher in einer mütterlichen Position als Mutter, später wieder als eine Art Freundin oder als Kumpel, manchmal kritisch abwehrend, dann wieder empathisch usw. Gemeinsam vertiefen wir dadurch unser psychodynamisches Verständnis für den Patienten und sehen, dass er keine stabile schizoide Charakterstruktur hat, sondern in seinen Selbstzuständen sehr stark wechselt und dadurch auch immer wieder verschiedene Beziehungsbedürfnisse in den Vordergrund kommen, auf die die Therapeutin unmittelbar reagiert und in ihrer Gegenübertragung spürt.

Der didaktische Aspekt der Supervision besteht darin, dass die Behandlungssituation soweit möglich diagnostisch eingeschätzt wird und die Supervisorin sich, mit einer vorläufigen psychodynamischen Landkarte versehen, wieder sicherer fühlt. Sie kann auch ihr eigenes Involviert-Sein verstehen und einschätzen und daraus therapeutische Handlungsstrategien ableiten. Ähnliches geschieht sowohl in der Ausbildungssituation oder bei PsychotherapeutInnen, wenn sie mit schwierigen oder ungewohnten Behandlungssituationen konfrontiert sind, wenn z.B. PatientInnen aggressiv reagieren, unzufrieden mit dem Behandlungserfolg sind, den Therapeuten entwerten oder aber sich verliebt haben und sich die erotische Übertragung als Widerstand erweist. Auch manipulatives Agieren von ichstrukturell gestörten Patienten und die Entwicklung von maligner regressiver Abhängigkeit kann die Therapeuten an die Grenzen ihrer Belastbarkeit bringen. In diesen Situationen mit starker emotionaler Beteiligung vermitteln die Reflektion und Klärung mit dem Supervisor sowie seine Empfehlungen den entscheidenden Halt, um diesen affektiven Stürmen standhalten und konstruktiv in ihnen manövrieren zu können. Als Ex-Offiziers fordert Bion, auch „unter Beschuß denken können“ (being able to think under fire) und beschreibt damit idealtypisch eine Art des Nachdenkens, die ein gewisses Maß an innerer Neutralität bewahrt (zit. n. Lazar, 1993, S. 87). Diese Forderung übersieht jedoch, dass diese innere Freiheit in den aktualisierten Übertragungssituationen immer wieder verloren geht, weil man unbewusst mitspielt, und deshalb erst wieder durch bewusstes Reflektieren zurückerobert werden muss (Privitera, 2014). Ein solches Konzept, das die Dialektik zwischen Involviert-Sein und selbstreflektierendem Rückbezug vereint,

ist realistischer und bescheidener als die Forderung Bions, die leicht dazu führen kann, dass sich der Therapeut in dem Versuch, alles zu containen, überfordert und dadurch eher in eine Verhärtung gerät, die letztlich einen guten Umgang mit der Situation verhindert.

Triangulierung in der Supervision

Die Wirkungsweise einer Supervision beruht allerdings nicht ausschließlich auf der diagnostischen Klärung der Persönlichkeit des Patienten und der aktuellen therapeutischen Situation. Insbesondere in einer länger dauernden therapeutischen Beziehung entstehen sehr starke unbewusste Rolleninszenierungen, die oft nicht sofort und unmittelbar erkennbar und verstehbar sind wie im oben angeführten Beispiel, in dem es der Therapeutin immer noch sehr gut gelingt, ihre eigene Beteiligung und den jeweiligen Verlust ihrer Neutralität zu erkennen und durch das in der Supervision gewonnene Verständnis schnell wieder zu einer neutralen analytischen Haltung zurückzufinden. Die längerfristige unbewusste Rolleninszenierung und die Verwicklung des Therapeuten lässt sich hingegen meist nicht so schnell erkennen, da sie sich latent über einen längeren Zeitraum sehr subtil und unmerklich entwickelt, bis sie eine ausreichende Intensität erreicht hat, die dann erst zu einer wahrnehmbaren Reaktion in der Gegenübertragung sowohl des Therapeuten wie auch des Supervisors führt.

Die deutliche Reaktion des Therapeuten lässt darauf schließen, dass sich der therapeutische Prozess vertieft und dass sich der Therapeut mit unbewussten Rollen identifiziert und sich mit dem Patienten verwickelt hat. Das bedeutet, dass nun der Patient dringend die Hilfe des Therapeuten braucht, um diese Inszenierung konstruktiv bewältigen zu können. Diese Hilfe besteht in diesem Fall nicht primär in einer deutenden Reaktion, da die Bedeutung noch gar nicht erkannt werden kann. Zunächst ist der Patient darauf angewiesen, dass der Therapeut nicht unreflektiert aus seiner Gegenübertragung heraus und möglicherweise destruktiv mitagiert, wie es der Patient in seinen Alltagsbeziehungen vermutlich erlebt, sondern dass er die aktualisierte und noch nicht verstandene Szene in sich tragen kann und die damit einhergehenden affektiven Reaktionen therapeutisch konstruktiv beantwortet.

Hier ist vom Therapeuten gefordert, nicht endlos in den dysfunktionalen „Spielchen“ des Patienten mit zu agieren, sondern sein Involviert-Sein so schnell wie möglich zu erkennen und aus seinem partiellen Mitagieren wieder zu einer neutraleren analytischen Haltung zurückzufinden. Nur auf diese Weise vermittelt er dem Patienten eine korrigierende emotionale Erfahrung und ebnet ihm den Weg, die inszenierte Konflikt- oder Defizitsituation konstruktiv zu bewältigen, indem er sie erkennt und versteht und zudem auch in der Beziehung zum Therapeuten neue Einstellungen und Verhaltensweisen entdeckt und ausprobiert. In Bions (1962) Terminologie hat der Therapeut die Aufgabe, in einem inneren Prozess die destruktiven Beta-Elemente in verdaubare Alpha-Elemente zu transformieren. Auch aus der systemischen Sicht des therapeutischen Prozesses (Stern et al., 2010) ergibt sich die Erkenntnis, dass die Veränderung im Therapeuten eine wichtige Voraussetzung für die Veränderung des Patienten ist.

In diesem Prozess ist der Therapeut manchmal selbst auf Hilfe angewiesen, wenn es ihm nicht mehr gelingt, im Strudel des unvermeidlichen Involviert-Seins immer wieder zur notwendigen neutralen Position zurückzufinden und wenn sich die Behandlung einseitig

in eine schwierige Richtung entwickelt. Um das, was der Patient in den Therapeuten projiziert und was er an unbewusstem Material in ihm untergebracht hat inclusive der Rollen, die er dem Therapeuten angedient hat, konstruktiv in sich zu halten und destruktives in konstruktives zu transformieren (Bion, 1962), braucht der Therapeut einen Raum außerhalb dieser emotionalen Dyade. In vielen Fällen reicht dazu das eigene Nachdenken außerhalb der Sitzungen aus. Ist allerdings die Übertragungssituation subtiler oder intensiver, dann braucht der Therapeut selbst eine externe „Verdauungshilfe“.

In der Supervision eröffnet sich ihm eine triangulierende Beziehungskonstellation. Hier kann der Therapeut die bewussten und unbewussten Übertragungsprozesse aus der Dyade in die Beziehung zum Supervisor einbringen und sie ebenfalls externalisieren. Damit wird der therapeutische Prozess selbst zum analytischen Objekt, das untersucht werden kann. Zudem entsteht in der Supervision selbst ein zusätzlicher eigenständiger Prozess, der die gesamte intersubjektive Situation abbildet. Hier an diesem anderen externen Ort kann der Therapeut mithilfe des Supervisors das Maß und die Art seines Involviert-Seins erkennen, er kann sich hinsichtlich der übernommenen inneren und agierten Rollen Klarheit verschaffen und kann sich durch diese gemeinsame Arbeit deidentifizieren. So gewinnt er in diesem durch die Triangulierung geschaffenen Raum wieder Abstand von den übernommenen Rollen, mit denen er sich unbewusst identifiziert hatte, und gelangt wieder in eine von der Übertragung des Patienten befreite und souveräne Haltung. Durch die supervisorische Arbeit ändert sich das Erleben des Therapeuten und damit auch die therapeutische Beziehung (Herrmann, 2013). Manchmal ist zu beobachten, dass sich nach einer Supervision die Konfliktsituation mit dem Patienten spürbar entspannt hat oder der Patient sich sogar überraschenderweise anders verhält.

Verwendung der Gegenübertragung des Supervisors

Nicht immer ist die Psychodynamik und die sich daraus ergebende Übertragungskonstellation so eindeutig erkennbar wie im oben beschriebenen Beispiel. In diesem Fall fühlte ich mich als Supervisor abgegrenzt und in der Rolle eines didaktischen Beobachters, ohne selbst affektiv von diesen Übertragungsprozessen berührt zu werden. In einem nächsten diagnostischen Schritt wäre es allerdings auch möglich, meine eigene neutrale affektive Reaktion als eine mögliche unbewusste Rollenübernahme zu verstehen, was in diesem Fall der Rolle eines eher gleichgültigen und distanzierten frühen Objekts entspräche. Grundsätzlich ist es wichtig und kann sehr fruchtbar sein, diese Frage nach einem potentiellen Einbezogensein des Supervisors in eine Übertragungsszene immer wieder zu stellen, auch wenn man als Supervisor keine besonders auffälligen affektiven Reaktionen verspürt. Die Identifikation mit einer unbewussten Rolle und die Teilnahme an einer Szene wird allerdings deutlicher und ist nicht zu übersehen, wenn man als Supervisor eine deutliche emotionale Antwort in seiner Gegenübertragung feststellt, v.a., wenn diese als negativ empfunden wird und Schuld- und Inkompetenzgefühle beinhaltet. Analog zur Müdigkeitsreaktion von Analytikern (Zwiebel, 2010) werden auch in der Supervision vergleichbare Reaktionen wie z.B. eine lähmende depressive Stimmung oder eine auffällig starke Müdigkeit beschrieben (Blaß, 2014; Herrmann, 2013).

So auffällig und belastend diese Gegenübertragungsreaktion des Supervisors auch sind, sind sie doch in ihrer unbewussten Bedeutung nicht immer so einfach und unmittelbar

aus der Situation heraus zu verstehen, wie dies noch das Modell des Parallelprozesses suggeriert hat (z. B. „Der Supervisor fühlt sich so, wie sich der Therapeut dem Patienten gegenüber fühlt“). Die Konzeptualisierung der supervisorischen Beziehung als eine komplexe intersubjektive Situation lässt keine einfache Standarddeutung mehr zu, sondern erfordert die Bereitschaft des Supervisors, sich in jeder spezifischen Situation zu fragen: „Was könnte mein Gefühl oder eine körperliche Empfindung in dieser speziellen Situation in Bezug auf den Patienten und seine Beziehung zum Therapeuten bedeuten?“ Die Gegenübertragung des Supervisors lässt sich durch folgende Fragen näher eingrenzen, die er sich selbst stellen kann:

- Wie verhält sich der Supervisand mir gegenüber?
- Was löst der Bericht des Supervisanden in mir aus?
- Was fühle ich? Welche Empfindungen und Körpersensationen bemerke ich?
- Welche Impulse verspüre ich?
- Fühle ich mich in eine bestimmte Rolle gedrängt?
- Bezieht sich meine Reaktion auf den Supervisanden oder auf den Patienten?

Die zentrale Bedeutung der Gegenübertragung des Supervisors beim Erkennen von latenten Übertragungsprozessen

Anhand dieser leitenden Fragen kann der Supervisor dem Bericht des Kollegen mit dem Ziel zuhören, Bedeutungen und Zusammenhänge in dem dargestellten Material zu erkennen. Neben der Beobachtung und der kognitiven Verarbeitung der diversen Informationen mithilfe seines Fachwissens richtet der Supervisor seine Aufmerksamkeit auf seine gefühlte innere Reaktion, die neben Gefühlen, Gedanken und Fantasien auch diffuse intuitive Eindrücke und mehr oder weniger intensive körperliche Sensationen umfasst. Das Achten auf gefühlsmäßige und körperlich-gefühlte Reaktionen ist besonders dann wichtig, wenn es herauszufinden gilt, ob TherapeutIn und PatientIn eine Übertragungssituation gemeinsam als eine reale Interaktion reinszenieren, da dies sehr subtil und latent geschehen kann.

Die Arbeiten des Neurobiologen Damasio (1994, 2010) haben deutlich gemacht, dass es einen von Affekten völlig unabhängigen Beurteilungsprozess nicht wirklich gibt. Auch bei der rationalen Verarbeitung von Informationen spielen Emotionen und körperliche Empfindungen, also das „Bauchgefühl“, immer eine wichtige Rolle. Gerade die Konzentration auf diese sich spontan einstellenden Gegenübertragungsgefühle ist für die Einschätzung des supervisorischen Prozesses von unschätzbbarer Bedeutung, weil sich Vorbewusstes und völlig Unbewusstes, die das momentane therapeutische Geschehen bestimmen, jedoch sowohl dem Patienten wie auch dem Therapeuten noch unbewusst sind, zunächst oft als Gefühlsreaktionen in der Gegenübertragung bemerkbar machen. Damasio (1994) hat „... die feste Überzeugung gewonnen, dass geistige Aktivität in ihren einfachsten und höchsten Ausprägungen nicht nur auf das Gehirn, sondern auch auf den restlichen Körper angewiesen ist“ (S. 18). Diese Gegenübertragungsreaktionen, die oft auftreten, wenn sich noch nicht Bewusstes bemerkbar macht, sind oft körperlicher Natur, manchmal zeigen sie sich auch in unerwarteten Gefühlen (Mertens, 2013). Auch

kann es zum Agieren bzw. zu Handlungsdialogen in emotional geladenen Situationen kommen, die den Charakter von Gegenwarts- oder Begegnungsmomenten haben und auch den Therapeuten emotional berühren. Gerade diese geahnten und diffus gefühlten Bedeutungen sind es, die den Weg weisen können zu einer wichtigen Einsicht und zu einem weiteren konstruktiven Verlauf der Behandlung. Aus neurobiologischer Sicht betont auch Grawe (2004), dass sehr wichtige Prozesse implizit ablaufen, „ohne dass die Beteiligten im Moment die Aufmerksamkeit darauf gerichtet haben und ohne dass sie ein Bewusstsein dafür haben.“ (S.435).

Auf der Basis einer intersubjektiven Sichtweise ist es wichtig sich darüber im Klaren zu sein, dass auch der Supervisor in der Interaktion mit dem Supervisanden unweigerlich und natürlicherweise in ein Mitagieren oder – wertfreier formuliert – Mit-Handeln (Heisterkamp, 2002) involviert wird. Diese Handlungsdialoge sind keine Fehler oder Ausrutscher, wie sie gelegentlich in affektiv geladenen Momenten passieren, jedoch prinzipiell zu vermeiden wären – so die traditionelle Sicht. Sie sind neben der Gegenübertragung vielmehr ein ideales Erkenntnismittel, das wir als psychodynamische Therapeuten besitzen. In solchen interaktiven Begegnungen mit dem Supervisanden zeigen sich die dysfunktionalen Mechanismen des Patienten oft deutlicher als in seinen Beschreibungen (Plab, 2014), da auf diesem nonverbalen Wege implizite Erfahrungen vermittelt werden können, die dem Patienten und auch dem Supervisanden unbewusst sind. Wenn es sich dabei sogar noch um Erfahrungen aus frühen Lebensjahren des Patienten handeln, ist die bewusste verbale Mitteilung allein schon deswegen nicht möglich, weil diese Erfahrungen aufgrund der noch nicht ausreichend entwickelten Hirnstruktur des Hippocampus gar nicht als abrufbares Erinnerungsbild gespeichert sind. Infolgedessen können sie nur auf dem Weg über Handlungsdialoge und verkörpert via Embodiment kommuniziert werden (Bion, 1962; Leuzinger-Bohleber, 2014; Mertens, 2013; Roth & Strüber, 2014).

Umgang des Supervisors mit seinen Gegenübertragungsreaktionen

Da es sich bei allen Gegenübertragungsreaktionen, die der Supervisor erlebt, um wertvolle Informationen handelt, die zu einem Verständnis der aktuellen Psychodynamik des Patienten, des therapeutischen Prozesses und der Übertragungssituation beitragen können, ist zunächst oberstes Gebot, diese Reaktionen wahrzunehmen und sie bewusst zu registrieren. Ogdens Empfehlung (1997) für den Analytiker gilt gleichermaßen für den Supervisor: „Ein Element der Technik ... besteht darin, dass der Analytiker seine profanen, alltäglichen, unauffälligen Gedanken, Gefühle, Empfindungen, Fantasien, Tagträume, Grübeleien etc. bei dem Versuch verwendet, das Netz der intersubjektiv geschaffenen Bedeutungen, das die Übertragung-Gegenübertragung darstellt, zu verstehen“ (S. 67). Impliziter Bestandteil dieses Umgangs mit der Gegenübertragung ist, sie nicht mit moralischen, ethischen, behandlungstechnischen oder sonstigen Kriterien zu bewerten, sondern sie ausschließlich hinsichtlich ihrer unbewussten Bedeutung für die aktuelle Situation zu verstehen. Dies fällt insbesondere dann nicht leicht, wenn es sich um aversive Gefühle handelt, für die sich der Supervisor schämt oder Schuldgefühle empfindet.

Es ist wichtig, sich von dem Druck zu befreien, man müsse relativ schnell verstehen, was diese Reaktionen bedeuten. Diese Gefühlsreaktionen in der Gegenübertragung brauchen Raum und genügend Zeit, um sich zu entfalten, bevor es möglich wird, sie in

einem Prozess selbstreflexiver Beobachtung für sich zu bewerten und evtl. eine Hypothese oder Vermutung zu erarbeiten. Im Übrigen halte ich es für ein angemesseneres Vorgehen, wenn man die ursprünglich verbreitete Anspruchshaltung, schnell die richtige Deutung wissen zu müssen, aufgibt und stattdessen eine fragende Haltung einnimmt, um die jeweilige Bedeutung in einer gemeinsamen Reflektion mit dem Supervisanden zu erarbeiten. Auch Ogden (1997) weist darauf hin, dass die unbewussten Prozesse, die sich irgendwann auch in der Gegenübertragung des Supervisors zeigen, sich allmählich und häufig sehr unterschwellig entwickeln und sich seltener in dramatischen Inszenierungen äußern. Oft werden diese unbewussten Themen erst erkennbar, wenn man als Supervisor etwas darüber „meditiert“, wie es ihm mit dem Supervisanden geht. Ogden (1997) verwendet in diesem Zusammenhang Bions Begriff der Reverie und betont: „Es ist wichtig, sich darüber im Klaren zu sein, dass der Rückgriff auf die Träumerei zum Verständnis der Übertragung-Gegenübertragung üblicherweise ein viel „ruhigerer“ Prozess ist und nur selten zu solch dramatischen Verlagerungen der Perspektive oder Gefühlen schamvoller Selbsttäuschung führt“ (S. 67).

Es kann hilfreich sein, dem Supervisanden die eigenen Gedanken ebenso wie diese Gegenübertragungsreaktionen vollständig oder selektiv, jedoch direkt und authentisch mitzuteilen, um dies als Basis für eine gemeinsame Reflektion und für die Suche nach der Bedeutung bezüglich des Patienten zu haben. Ich halte es für außerordentlich wichtig, die supervisorische Beziehung und den supervisorischen Prozess so transparent wie möglich zu gestalten, da auf diese Weise die therapeutische Situation am besten geklärt werden kann und der Supervisand erlebt, wie mit inneren Vorgängen offen und natürlich, nicht entwertend, direkt und wenig verletzend umgegangen werden kann.

Die eigene Gegenübertragung mitzuteilen, ist sicherlich ein umstrittenes Vorgehen. Selbstverständlich darf es nicht darum gehen, dass sich der Supervisor auf diese Weise von innerem Druck entlastet und unreflektiert Affekte ausagiert. Das Ziel dieses Vorgehens besteht darin, dem Supervisanden möglichst ohne ihn zu verletzen direkt mitzuteilen, was sein Bericht über den Patienten und über sein Vorgehen im Supervisor auslöst. Wie bereits beschrieben gehen wir davon aus, dass auch die Gegenübertragung des Supervisors immer Bestandteil des aktualisierten intersubjektiven psychodynamischen Feldes ist und dass ihre Berücksichtigung notwendig ist, um zu einem Verständnis der Übertragung des Patienten zu gelangen. Werden diese Gefühle und Empfindungen wertschätzend beschrieben und dem Supervisanden als Feedback mitgeteilt, ist im Allgemeinen die dadurch bei ihm entstehende Verunsicherung auch im Falle schwieriger Gefühle durchaus zu bewältigen. Das Aufgreifen und Benennen solcher gefühlten Eindrücke durch den Supervisor bringt dann möglicherweise etwas, was beide diffus fühlen, in eine verbale Form. Es wird damit zu einem „analytischen Dritten“ oder „intersubjektiven analytischen Dritten“ (Ogden, 1997, S. 23), erschließt sich als solches der gemeinsamen Reflexion und bringt auf diesem Weg durch die direkte authentische Begegnung eine Lebendigkeit und Neugier in die supervisorische Beziehung, die davor nicht bestanden hat.

Während ein Therapeut über eine Patientin sprach, spürte ich eine zunehmende lähmende Müdigkeit, die ich nicht einordnen konnte. Ich empfand seine Darstellung verwirrend und diffus erzählt und konnte mir von der Patientin überhaupt kein Bild machen. Ich fühlte mich unkonzentriert, konnte mir nichts merken, schweifte in Gedanken auch ab und bekam deshalb ein schlechtes Gewissen. Ich stellte mich selbst in Frage und geriet unter

Druck, denn der Kollege würde ja von mir noch eine hilfreiche Einschätzung erwarten. Dabei war ich immer noch verwirrt und konnte noch keinen klaren Gedanken fassen. Offensichtlich hatte er meine Müdigkeit gemerkt und erwähnte nebenbei, ich sei unruhiger als sonst, er sei wohl heute anstrengender. Ich gestand ein, dass ich müde bin und dass ich seinen Bericht heute wie eine beliebige Aufzählung erlebte, die für mich noch kein Bild der Patientin ergeben. „Ich verstehe heute eigentlich noch gar nichts, kann mir keinen Reim darauf machen. Wie kann man denn das verstehen?“ Diese Frage stellte ich an uns beide. Ich hatte allerdings auch den Verdacht, dass er sich nicht genügend vorbereitet hatte und war deshalb unterschwellig etwas ärgerlich auf ihn. Auf meine Äußerung hin sagte er, es gehe ihm ähnlich, er wisse nicht, wie er die Patientin einschätzen sollte und was ihr Problem sei, denn sie wirke einerseits so kindlich, sei aber offensichtlich in ihrem Beruf sehr kompetent und selbstbewusst. Im weiteren Gespräch gelang es uns, herauszuarbeiten, dass diese Kompetenz eine partiell entwickelte Ich-Leistung darstellt, die allerdings ein tiefes Gefühl von Unsicherheit und Identitätsdiffusion bestenfalls zudeckt. So wurde klar, dass sie große Schwierigkeiten hat, bestimmte Affekte und Abgrenzungsbedürfnisse wahrzunehmen sowie Bedürfnisse zu äußern.

Im Sinne eines Enactments hatte der Therapeut einmal, als die Patientin den Tränen nahe war, das Gefühl, er müsste ihr ein Taschentuch anbieten, obwohl Papiertücher gut sichtbar in erreichbarer Nähe standen. Anhand dieser kleinen Szene ahnten wir, dass die Patientin diese Möglichkeit, sich selbst ein Taschentuch zu nehmen, für sich entweder gar nicht erkennen konnte oder aber zu sehr gehemmt war, um für sich zu sorgen. So konnte sie weder um ein Taschentuch bitten und schon gar nicht sich selbst eines nehmen. Sie zeigte damit, wie passiv abhängig und hilflos ausgeliefert sie sich fühlt. Sie konnte hier nur dadurch für ihr Bedürfnis sorgen, indem sie den Therapeuten sehr subtil in eine fürsorgliche Rolle brachte. Das hier vermutlich zugrundeliegende präödpale Verschmelzungsbedürfnis und die rudimentäre Selbst-Objekt-Trennung erzeugte den unbewussten Druck auf den Therapeuten, aktiv zu werden.

Unbewusst spürte er andererseits ein deutliches Bedürfnis nach Abgrenzung, das er sich jedoch nicht eingestehen konnte und daher selbst verwirrt reagierte. In seiner zusammenhangslosen Darstellung kam zum Ausdruck, dass er weder mit sich selbst noch mit der Patientin in Kontakt war, beide waren in ihrer Abwehr gefangen.

In meinem ärgerlichen Gedanken „was wollen Sie eigentlich heute!?“ bildete sich dieser der Abgrenzung dienende Ärger ab, den sich jetzt auch der Therapeut allmählich eingestehen konnte, nachdem ich ihm meine Gedanken erklärt hatte. Während dieses Klärungsprozesses war meine bleierne Müdigkeit völlig verschwunden, ich fühlte mich in lebendigem Kontakt mit dem Therapeuten, der seinerseits auch erleichtert war.

Therapeutische Prozesse brauchen Zeit und dieser Umstand spiegelt sich auch in der Übertragungssituation in der Supervision wider. Hat sich in der therapeutischen Beziehung eine spezifische unbewusste Beziehungssituation reinszeniert, dann ist es möglich, dass dadurch auch die supervisorische Beziehung für eine längere Zeit geprägt wird und sich bestimmte Konstellationen wiederholen, bis diese ausreichend bearbeitet und integriert sind.

Zwei Monate später ereignete sich in dieser Supervision eine vergleichbare Szene. Der Therapeut erzählte wieder von dieser Patientin und ich hatte wieder Schwierigkeiten, meine Aufmerksamkeit aufrecht zu erhalten. Einige Zeit verging, in der ich abgelenkt und in Gedanken mit irgendwelchen privaten Alltagserledigungen beschäftigt war, bis

ich darüber erschrak und mir meiner Verwirrung bewusst wurde. Ich hatte gerade vor, diese Gegenübertragungsreaktion dem Therapeuten mitzuteilen, um deren Bedeutung mit ihm zu explorieren, als er seinerseits plötzlich und für mich unerwartet sagte, er fühle sich von der Patientin völlig verwirrt und er habe ihr das auch gesagt. Sie war überrascht, war jedoch in der Lage, mit dem Therapeuten über die Bedeutung seiner Verwirrtheit zu sprechen und dabei ihre extreme Zurückhaltung und die große Angst zu verstehen, sich ihrer eigenen Bedürfnisse bewusst zu werden. Dies ist das durchgehende Thema, das längere Zeit auch die Übertragung zum Therapeuten bestimmte und sich in die Supervision hinein auswirkte.

Als Ursache für meine eigene Abwendung lassen sich in diesem Kontext mehrere Hypothesen entwickeln. Die plausibelste Erklärung wäre wohl, dass ich in dieser intersubjektiven Situation den inneren Überich- oder Objektanteil identifikatorisch übernommen habe, d.h. ich spürte affektiv die Gleichgültigkeit bzw. Ablehnung gegenüber den Bedürfnissen der Patientin oder – in Begriffen der Objektpsychologie ausgedrückt - war ich identifiziert mit einer gleichgültigen und nicht auf die Bedürfnisse der Patientin antwortenden frühen Beziehungsperson.

Abschließende Empfehlungen

Supervision soll den Supervisanden letztlich dabei unterstützen, angesichts der großen Komplexität der Behandlungssituation diese zu klären und Möglichkeiten zu ihrer Bewältigung zu finden, die seiner Persönlichkeit entsprechen. Dabei können einige therapeutische Haltungen sehr hilfreich sein, die ich im Folgenden kurz umreißen möchte.

1. Bis auf wenige Ausnahmen geht es in einem analytischen Prozess nicht primär um Dichotomien wie richtig oder falsch, wer Recht oder Unrecht hat. Jede therapeutische Situation ist hoch komplex, sodass sich auch immer mehrere Möglichkeiten bieten, die aktuelle Situation zu verstehen. Dementsprechend gibt es auch immer mehrere Interventionsmöglichkeiten (Stern, 2010). Die individuelle Intervention eines Therapeuten hängt sehr stark auch von seiner eigenen Person ab und beruht auf der Sichtweise und Bedeutung, die dieser für sich erarbeitet hat. Auf der Basis des philosophischen Konstruktivismus (Bettighofer, 2016) betont der sozial-konstruktivistische Ansatz, wie er von dem nordamerikanischen Analytiker Hoffmann (1998) vertreten wird, dass jede Beobachtung von einem bestimmten Beobachter gemacht wird, somit eine Konstruktion von Wirklichkeit ist und insofern durch dessen idiosynkratische Wahrnehmungstendenzen gekennzeichnet ist. Jede Beobachtung beinhaltet eine Interpretation, die auch falsch sein oder zumindest von einem anderen Therapeuten anders gesehen werden kann. Nimmt man diese Grundhaltung wirklich ernst, dann erlaubt sie eine tolerante analytische Haltung, die auch immer die Möglichkeit der eigenen Fehlbarkeit berücksichtigt (Cooper, 1993; Jaenicke, 2014).
2. Der Supervisand sollte darin unterstützt werden, seine eigenen Gegenübertragungsgefühle prinzipiell sehr ernst zu nehmen und auf diese zu achten. Insbesondere Kandidaten, die sich in Psychotherapieausbildung befinden, fühlen sich angesichts ihres Anfängerstatus oft sehr schnell verunsichert und zweifeln an ihrer Kompetenz, jedoch

auch erfahrenen Kollegen mit Selbstwertproblemen sind solche Gefühle nicht fremd. Zu unserer Tätigkeit als psychodynamische TherapeutInnen, die sich auf eine Beziehung mit Patienten einlassen, gehört es naturgemäß, dass wir Gefühle von Nichtwissen, Unsicherheit und Zweifel aushalten und mit dem Patienten tragen müssen. Auch wenn es sich bei Supervisanden empfiehlt, deren eigene Problematik und auch ihre begrenzte Erfahrung zu berücksichtigen, ist es darüber hinaus dennoch auch sinnvoll, diese Gefühle von Unsicherheit und Zweifel auch als potentielle Reaktion auf die Dynamik des Patienten zu sehen und deren mögliche Bedeutung zu explorieren. Könnte das Gefühl, dem Patienten nicht gerecht zu werden oder als TherapeutIn nicht gut genug zu sein z.B. auch ein Hinweis auf die narzisstische Bedürftigkeit oder die überhöhten Ansprüche sein, die der Patient an sich selbst hat? Ist dieses Gefühl evtl. Teil einer unbewussten Inszenierung einer inneren Objektbeziehung des Patienten? Fühlt er sich etwa selbst so unsicher? Kennt er selbst die Erfahrung, entwertet worden zu sein? Wenn der Therapeut die Zweifel an seiner Kompetenz ausschließlich selbstkritisch sich selbst zuschreibt, dann könnte er diese diagnostischen Arbeitshypothesen nicht entwickeln.

Literatur

- Balint, M. (1947). Über das psychoanalytische Ausbildungssystem. In M. Balint, *Die Urformen der Liebe und die Technik der Psychoanalyse* (307-332). Bern Stuttgart: Huber Klett.
- Bambling, M., King, R., Raue, P. et al. (2006). Clinical supervision: its influence on client-rated working alliance and client symptom reduction in the brief treatment of major depression. *Psychother Res*, 16, 317-331.
- Barwinski R. (2014). Differenzierung der Gegenübertragung anhand entwicklungspsychologischer Konzepte. *Psyche – Z Psychoanal* 68, 517-536.
- Blaß, H. (2014). Die intersubjektive Perspektive in der psychoanalytischen Supervision. In P. Potthoff & S. Wollnik (Hrsg.), *Die Begegnung der Subjekte* (127-140). Gießen: Psychosozial-Verlag.
- Beebe, B. & Lachmann, F. M. (2002). *Säuglingsforschung und die Psychotherapie Erwachsener*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Benjamin, J. (2004). Tue ich oder wird mir angetan? Ein intersubjektives Triangulierungskonzept. In M. Altmeyer & H. Thomä (Hrsg.), *Die vernetzte Seele* (65-107). Stuttgart: Klett-Cotta.
- 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* (86-102). Tübingen: edition diskord.
- Bettighofer, S. (1992). Der Beitrag des Analytikers zur Entstehung der malignen Regression. *Prax Psychotherapie Psychosomatik*, 37, 297-309.
- Bettighofer, S. (2014). Interaktionelle Analyse von Übertragungs-Inszenierungen. In P. Geißler & G. Heisterkamp, *Einführung in die analytische Körperpsychotherapie* (108-115). Gießen: Psychosozial-Verlag.
- Bettighofer, S. (2015). Psychoanalyse und psychodynamische Therapie: Die therapeutische Beziehung zwischen Retraumatisierung und korrigierender emotionaler Erfahrung. *Psychotherapie*, 20 (2), 8-36.
- Bettighofer, S. (2016). *Übertragung und Gegenübertragung im therapeutischen Prozess* (5. Auflage). Stuttgart: Kohlhammer.
- Bion, W.R. (1990, Orig. 1962). *Lernen durch Erfahrung*. Frankfurt/Main: Suhrkamp.
- Boeckh, A. (2008). *Methodenintegrative Supervision*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Boston Change Process Study Group (2002). Das Implizite erklären: Die lokale Ebene und der Mikroprozess der Veränderung in der analytischen Situation. *Psyche – Z Psychoanal*, 58, 935-952.

- Boston Change Process Study Group (2013). Enactment und das Auftauchen einer neuen Beziehungsorganisation. *Psyche – Z Psychoanal*, 68, 971-996.
- Cooper, S. H. (1993). Interpretative fallibility and the psychoanalytic dialogue. *J Am Psychoanal Ass*, 41, 95-126.
- Damasio, A. R. (1994). *Descartes' Irrtum. Fühlen, Denken und das menschliche Gehirn*. München, Deutscher Taschenbuch Verlag.
- Damasio, A. R. (2010). Selbst ist der Mensch. Körper, Geist und die Entwicklung des menschlichen Bewusstseins. München: Siedler Verlag.
- Ermann, M. (Hrsg.). (1993). *Die hilfreiche Beziehung*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- 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.
- Grawe, K. (2004). *Neuropsychotherapie*. Göttingen: Hogrefe.
- Grossmann, K. & Grossmann, K. E. (2004). *Bindungen – Das Gefüge psychischer Sicherheit*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Heimann, P. (1950). Über Gegenübertragung. *Forum Psychoanal*, 12, 179-184.
- Heisterkamp, G. (2002). *Basales Verstehen. Handlungsdialoge in Psychotherapie und Psychoanalyse*. Stuttgart: Pfeiffer bei Klett-Cotta.
- Herrmann, A. P. (2013). Supervision zwischen Differenz und Triangulierung. *Forum Psychoanal*, 29, 223-234.
- Hoffmann, I. Z. (1998). *Ritual and Spontaneity in the Psychoanalytic Process*. Hillsdale, New Jersey: The Analytic Press.
- Hübner, W. (2009). *Notwendige Regelverletzungen*. *Psyche*, 63, 22-47.
- Jacobs, T. (2000). Unbewusste Kommunikation und verdeckte Enactments im analytischen Setting. In U. Streeck (Hrsg), *Erinnern, Agieren und Inszenieren* (97-126). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Jaeggi, E. & Riegels, V. (2008). *Techniken und Theorie der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Jaenicke, C. (2014). *Die Suche nach Bezogenheit. Eine intersubjektiv-systemische Sicht*. Frankfurt a.M.: Brandes & Apsel.
- Klein, M. (1946). Bemerkungen über einige schizoide Mechanismen. In dies.: *Das Seelenleben des Kleinkindes* (S. 101-125). Reinbeck: Rowohlt.
- Klüwer, R. (1986). Agieren und Mitagieren. *Psyche*, 37, 828-840.
- Klüwer, R. (2010). Mein Konzept der Supervision. *Forum Psychoanal*, 26, 175-184.
- 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.
- Lambert, M. J. (2010). *Prevention of treatment failure: the use of measuring, monitoring, and feedback in clinical practice*. Washington: American Psychological Association.
- Lazar, R. A. (1993). „Container-Contained“ und die hilfreiche Beziehung. In M. Ermann (Hrsg.), *Die hilfreiche Beziehung in der Psychoanalyse* (S. 68-91). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Leuzinger-Bohleber, M. (2014). Den Körper in der Seele entdecken. Embodiment und die Annäherung an das Nicht-Repräsentierte. *Psyche*, 68, 922-950.
- Luborsky, L. (1976). Helping alliances in psychotherapy. In J. L. Claghorn (Ed.), *Successful Psychotherapy*. New York: Brunner Mazel.
- Mertens, W. (2013). Das Zwei-Personen-Unbewusste – unbewusste Wahrnehmungsprozesse in der analytischen Situation. *Psyche – Z Psychoanal*, 67, 817-843.
- Mitchell, S. (1997). *Psychoanalyse als Dialog*. Gießen: Psychosozial-Verlag.
- Ogden, T. H. (1979). Die projektive Identifikation. *Forum Psychoanalyse*, 4, 1-21.

- Ogden, T.H. (1997). *Analytische Träumerei und Deutung. Zur Kunst der Psychoanalyse*. Wien: Springer.
- Ogden, T.H. (2004). Das analytische Dritte, das intersubjektive Subjekt der Analyse und das Konzept der projektiven Identifizierung. In M. Altmeyer & H. Thomä (Hrsg.), *Die vernetzte Seele* (S. 35-64). Stuttgart: Klett-Cotta.
- Pflichthofer, D. (2007). Die verwundbare Analytikerin. *Forum Psychoanal*, 23, 343-363
- Plab, K. (2014). *Liegen oder Sitzen? Plädoyer für einen psychoanalytischen Paradigmenwechsel*. Gießen: Psychosozial-Verlag.
- Preß, H. & Gmelch, M. (2014). Die „therapeutische Haltung“. *Psychotherapeuten-Journal*, 4, 358-366.
- Privitera, A.M. (2014). Die Abstinenzregel in der psychoanalytischen Behandlungstechnik. *Psyche – Z Psychoanal*, 67, 1191-1211.
- Roth, G. & Strüber, N. (2014). Neurobiologische Grundlagen von Psychotherapie und ihrer zeitlichen Dynamik. In B. Janta, S. Walz-Pawlita & B. Unruh (Hrsg.), *Unzeitgemäßes* (257-277). Gießen: Psychosozial-Verlag.
- Sandler, J. (1986). 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 – Z Psychoanal*, 57, 889-903.
- Slavin, J.H. (2010). Becoming an Individual: Technically Subversive Thoughts on the Role of the Analyst's Influence. *Psychoanalytic Dialogues*, 20, 308-324.
- Stern, D.N. (2004). *Der Gegenwartsmoment. Veränderungsprozesse in Psychoanalyse, Psychotherapie und Alltag*. Frankfurt/Main: Brandes & Apsel.
- Stern, D.N. (2002). Nicht-deutende Mechanismen in der psychoanalytischen Therapie. Das „Etwas-Mehr“ als Deutung. *Psyche – Z Psychoanal*, 56, 974-1006.
- Stern, D. N. et al. (The Boston Change Process Study Group) (2010). *Veränderungsprozesse. Ein integratives Paradigma*. Frankfurt a. M.: Brandes & Apsel.
- Stolorow, R., Brandchaft, B. & Atwood, G.E. (1996). *Psychoanalytische Behandlung. Ein intersubjektiver Ansatz*. Frankfurt a. M: Fischer Taschenbuch Verlag.
- Strauß, B., Wheeler, S. & Nodop, S. (2010). Klinische Supervision. Überblick über den Stand der Forschung. *Psychotherapeut*, 55, 455-464.
- 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.
- Turnbull, O. & Solms, M. (2005). Gedächtnis und Fantasie. In V. Green (Hrsg.), *Emotionale Entwicklung in Psychoanalyse, Bindungstheorie und Neurowissenschaften* (S. 69-113). Frankfurt/M: Brandes & Apsel.
- Weiss, J. (1990). Strategien des Unbewußten. *Spektrum der Wissenschaft*, 5, 122-129.
- Will, H. (2007). *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.
- Zwettler-Otte S. (Hrsg.) (2007). *Entgleisungen in der Psychoanalyse*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Zwiebel, R. (2010). *Der Schlaf des Analytikers* (3. Aufl.). Stuttgart: Klett-Cotta.

Korrespondenzadresse

Siegfried Bettighofer

Dipl.-Psychologe, Psychoanalytiker (DPG, DGPT)

Karlstr. 5 | 86150 Augsburg | Tel. 0821-157332 | Praxis-Bettighofer@gmx.de