

9. Übertragung und Gegenübertragung aus klassischer und intersubjektiver Sichtweise

Der Reiz der Erkenntnis wäre gering, wenn nicht auf dem Weg zu ihr soviel Scham zu überwinden wäre.

- Friedrich Nietzsche, *Jenseits von Gut und Böse*

9.1. Klassische Übertragungskonzepte: Übertragung als Verzerrung und Wiederholung

Von den Konzepten, die Freud zur Erhellung der menschlichen Natur einführte, ist die Übertragung sicherlich das umfassendste. Freud hat zwei Kriterien für die Übertragung bestimmt, erstens die *Verzerrung der Realität* und zweitens die *Wiederholung aus der Vergangenheit*. Freuds Übertragungsverständnis liegt die Annahme zugrunde, dass die Wiederholung der Vergangenheit in der Übertragung von der Person, auf die übertragen wird, unabhängig ist. Weil die Übertragung für Freud ein grundsätzliches Hindernis in der Behandlung darstellt, geht es ihm darum, sie möglichst schnell bewusst zu machen. Die Ausführungen zum Fall Dora (1905), der mit einem Therapieabbruch endete, weil Freud die Übertragung nicht ausreichend gewürdigt hatte, sind für die Psychoanalyse wegweisend geworden und haben aber leider auch dazu geführt, dass die realistischen und zutreffenden Wahrnehmungen in der therapeutischen Beziehung vernachlässigt wurden. Aus Freuds Nachwort zum Fall „Dora“ ist die enorme Beunruhigung herauszulesen, die Freud als Therapeut und Mensch mit der Entdeckung der Macht der Übertragung in der Analyse verbanden: „Die Übertragung, die das größte Hindernis für die Psychoanalyse zu werden bestimmt ist, wird zum mächtigsten Hilfsmittel derselben, wenn es gelingt, sie jedes Mal zu erraten und dem Kranken zu übersetzen“ (1905, S. 281). Die Handhabung der Übertragung stellt für Freud den schwierigsten Teil der Analyse dar.

Übertragung ist in Freuds Vorstellung an die Vergangenheit gebunden, in der sie entstanden ist. Freud (1910) betont, dass die Übertragung kein pathologisches Phänomen ist:

„Die Übertragung stellt sich in allen menschlichen Beziehungen ebenso wie im Verhältnis des Kranken zum Arzte spontan her, sie ist überall der eigentliche Träger der therapeutischen Beeinflussung, und sie wirkt um so stärker, je weniger man ihr Vorhandensein ahnt. Die Psychoanalyse

schafft sie also nicht, sie deckt sie bloß dem Bewusstsein auf und bemächtigt sich ihrer, um die psychischen Vorgänge nach dem erwünschten Ziele zu lenken.“ (S. 55)

Ursprünglich erklärte Freud das Übertragungskonzept triebtheoretisch: Die Triebenergie, mit der die Repräsentanz einer wichtigen Bezugsperson aus der Kindheit besetzt ist, wird bei der Übertragung auf den Analytiker verschoben. Freud geht davon aus, dass sich die Übertragung – wenn die klassischen Regeln nur eingehalten werden – spontan entwickelt und sich der Einfluss des Analytikers auf die interpretative Bearbeitung beschränkt. Dies ist sozusagen die „Standardtechnik“. Die Grundannahme der Psychoanalyse lässt sich dabei so zusammenfassen: In der Analyse oder Therapie stellt sich eine unbewusste Beziehung zwischen Patient und Analytiker her, die durch die jeweiligen Beziehungen aus der Vergangenheit des Patienten geprägt ist und die durchgearbeitet werden muss.

Diese Sichtweise, die die Übertragung als „falsche Verknüpfung“ (Freud 1985) oder als „Anachronismus und Irrtum in der Zeit“, als „Missverständnisse der Gegenwart in Begriffen der Vergangenheit“ (Greenson 1967, S. 28) betrachtet, belässt den Analytiker und seine eigene Verletzlichkeit und Subjektivität in einem Schonraum, der unangetastet bleibt. „Denn was kann beruhigender für einen Therapeuten sein“, so Mertens (1990), „als sich der Auffassung zu vergewissern, dass der Patient nicht ihn persönlich meint, sondern Vater oder Mutter?“ (S. 172). Die Psychoanalyse beansprucht für sich, die Übertragung aufzudecken und aufzulösen – im Unterschied zu den suggestiven Therapien. Dies wird besonders in Freuds (1937) Modell des analytischen Prozesses deutlich, das in der Trias „Erinnern, Wiederholen und Durcharbeiten“ enthalten ist.

Dieses ursprüngliche Übertragungsmodell formuliert das Verhältnis Therapeut - Patient sehr einseitig: der Patient überträgt, der Therapeut „gegenüberträgt“. Der Einfluss des Analytikers bleibt dabei unbeachtet. Dieses Modell hat auch zu Gewissenskonflikten zwischen dem eigenen Anspruch bzw. dem analytischen Über-Ich und der Realität des behandlungstechnischen Vorgehens geführt. Etliche Jahrzehnte wurde dieses Freudsche Modell der Übertragung so interpretiert, dass die optimale therapeutische Reaktion auf die Übertragungen des Patienten und die „Rollenzuschreibungen“ (Sandler 1976) darin besteht, eine möglichst gleich bleibende, neutrale Haltung zu bewahren. Im negativen Fall wurde diese neutrale Haltung – wie wir gesehen haben - als Passivität und Zurückhaltung verstanden, die selbst Freud als „verdrossene Indifferenz“ kritisierte.

9.2. Übertragung versus Realbeziehung

Als Therapeut bewegte sich Freud selbst auf zwei Ebenen: auf der Ebene der *Beziehung* und auf der der *Übertragung*. Dementsprechend gebrauchte er zwei Übertragungsbegriffe: die Übertragung auf der Ebene der Beziehung sei „neurotisch“, die auf der Übertragungsebene „unanständig“. Die „neurotische“ Übertragung müsse bewusst gemacht und dadurch aufgelöst werden; die andere sei die Trägerin des Erfolges in der Analyse. Cremerius (1984) schreibt dazu, dass „Freuds Kunstgriff, zwei Übertragungsdeutungen zu unterscheiden, ihm die Einsicht in die Tatsache [verhüllte], daß er in praxi anders handelte als er es theoretisch festgelegt hatte“ (S. 781). Wie schon weiter oben beschrieben, gab es eine Diskrepanz zwischen seinem tatsächlichen, praktizierten therapeutischen Stil und seiner öffentlich vertretenen Auffassung über die Abstinenz.

Freud schreibt, dass diese „unanständige“ Beziehung die Bedingung dafür ist, dass die Neurose im Feuer der Übertragung „schmelzen“ kann, weil sie sicherstellt, dass dieser Brand auf ein Nutzfeuer begrenzt bleibt. Die Übertragungsneurose soll durch die Einsicht des Patienten aufgelöst werden, dass die Wahrnehmungen, die er in der analytischen Situation macht, mehr oder weniger Verzerrungen darstellen. Laut Thomä und Kächele (1985) ist dabei „die unanständige Übertragung Münchhausens Hand vergleichbar. Ihr werden die Kräfte zugeschrieben, die aus der triebhaften positiven oder negativen Übertragung herausführen“ (S. 71). Die Übertragung erscheint als Gegensatz zur „realen Beziehung“ und als von ihr bedroht.

Die Differenzierung Freuds in zwei Übertragungsformen, der neurotischen und der „unanständigen“ bzw. der „positiven“ Übertragung, hat sich anfangs als sehr fruchtbares Konzept erwiesen. Im Laufe der Zeit hat sie sich jedoch gewandelt. Sterbas (1934) Konzept der „therapeutischen Ich-Spaltung“ und Greensons (1967) „Arbeitsbündnis“ oder „therapeutische Allianz“ sind eine Weiterentwicklung dieses freudschen Konzeptes der Übertragung. Die Unterscheidung zwischen einer Übertragungs- und einer Arbeitsbeziehung soll dem Analytiker eine gewisse Sicherheit vor Grenzüberschreitungen geben; der „Wächter“ an dieser Grenze ist die Abstinenzregel. Der Analytiker Michael Ermann (1992) kritisiert dieses Konzept der sogenannten Realbeziehung:

„Meine These ist, daß das Konzept einer Realbeziehung neben der Übertragung in der konkreten analytischen Arbeit eine Insel des Widerstands des Analytikers gegen die Wahrnehmung der Übertragungsbeziehung und seines eigenen Anteils daran darstellt. Dieser Widerstand wird durch die Konstruktion des Konzepts Realbeziehung rationalisiert.“ (S. 282)

Nach interaktioneller Auffassung erscheint diese Spaltung der therapeutischen Beziehung als veraltet und überholungsbedürftig. Diese Trennung von einer zu interpretierenden Übertragung und einer nicht interpretationsbedürftigen Beziehung haftet der psychoanalytischen Theoriebildung gleichsam als „Konstruktionsfehler“ an (Reinhold u. Weiß 2002, S. 759). Thomä und Kächele (1985, S. 78) kritisieren, dass die Übertragung, ebenso wie die Ich-Spaltung Sterbas und das fiktive Normal-Ich Freuds monadisch konzipiert sind, alle Beziehungsbegriffe dagegen dyadisch angelegt und ausgerichtet sind.

Das heutige Übertragungskonzept eröffnet ein viel umfassenderes Verständnis der therapeutischen Situation und der Rolle der Person bei der Herstellung dieser Beziehung, ohne dabei einen Sektor der Beziehung aus der dynamischen Betrachtung auszuklammern. Nach Thomä (1984) ist auch das sogenannte „Arbeitsbündnis“ ein Teil des interaktionellen Prozesses, weshalb es auch in den Deutungsprozess mit einbezogen und kritisch reflektiert werden muss.

„Der ‘exterritoriale Haltepunkt’ außerhalb des ‘übertragungsneurotischen Kampfplatzes’ mag noch so neutral definiert werden: In Wirklichkeit beeinflusst der Psychoanalytiker als teilnehmender und die wahrgenommenen Phänomene interpretierender Beobachter die Übertragung und speziell die ‘Übertragungsneurose’ in höchstem Maße.“ (S. 39)

Die Eigenarten und speziellen Verhaltensweisen des Analytikers oder Therapeuten werden dabei ausdrücklich berücksichtigt und fließen in die Deutungsarbeit mit ein. Das schließt auch ein, dass die realistischen Gegebenheiten mit anerkannt werden. Es ist nach Gill (1982) wesentlich, im Zweifelsfall von der Plausibilität der Beobachtungen des Patienten auszugehen. Der Therapeut sollte sich prinzipiell dafür offen halten, dass Patienten etwas wahrnehmen, was seiner Aufmerksamkeit entgangen ist. Thomä und Kächele (1985) erläutern die vielen Möglichkeiten, die realistischen Beobachtungen der Patienten abzuweisen. Dazu können paradoxerweise auch Übertragungsdeutungen eines weit verbreiteten Typus beitragen. Es ist demnach wesentlich, ob

„die Übertragungsdeutung so angelegt ist, als bilde sich der Patient im Hier und Jetzt alles nur ein. Dadurch wird die situative Wahrheit der Wahrnehmung des Patienten übergangen, und es ergeben sich oft schwerwiegende Zurückweisungen und Kränkungen mit nachfolgenden Aggressionen.“ (Thomä u. Kächele 1985, S. 78)

Es ist interessant, dass Thomä und Kächele hier die *Kränkung*, d. h. die Beschämung in den Vordergrund stellen. Sie implizieren damit, dass hier eine potentielle Schamsituation unbewusst hergestellt wird, wenn der Analytiker die realistischen Wahrnehmungen des Patienten in Form von Übertragungsdeutungen wiedergibt. Auch im folgenden Zitat wird implizit die

Beschämung angesprochen, die mit dem Zurückspiegeln des Analytikers in Verbindung gebracht wird:

„Das Ideal der reinen Spiegelung ist nicht nur deshalb aufzugeben, weil es unerreichbar ist und in erkenntniskritischer Sicht nur in die Irre führen kann. Aus psychoanalytischer Sicht muß es therapeutisch sogar schädlich sein, dieser Fata Morgana nachzustreben, weil der Patient das reine Zurückspiegeln von Fragen als Abweisung erleben kann.“ (Thomä u. Kächele 1985, S. 78)

Anders ausgedrückt kann das Zurückspiegeln auch als Ausweichen und als Beschämung erlebt werden. In diesem Zusammenhang setzen sich die beiden Autoren auch kritisch mit der weitverbreiteten Sorge auseinander, dass die Anerkennung der realistischen Wahrnehmungen, zu denen der Patient gelangt, die Übertragung verunreinigen könnte. Diese Sorge ist in ihren Augen unbegründet – im Gegenteil, bestimmte tiefere Wahrheiten könnten so durch den Patienten zur Sprache gebracht werden (Thomä u. Kächele 1985, S. 79). Die Atmosphäre ändert sich grundlegend, wenn dem Patienten eingeräumt wird, dass er mit seinen Beobachtungen im Hier und Jetzt Recht haben könnte. Aber nicht nur das therapeutische Klima verändert sich, wenn in der Deutungstechnik von den situativen Realitäten und ihren Auswirkungen auf die Übertragung ausgegangen wird, es baut sich auch leichter eine therapeutisch wirksame Beziehung auf, weil neue Erfahrungen im Hier und Jetzt gemacht werden, die im Gegensatz zu den Übertragungserwartungen stehen.

Eine für die therapeutische Praxis äußerst nützliche Unterscheidung der Übertragung, die ohne eine Spaltung der Übertragung in „reale“ Beziehung und „Übertragungsbeziehung“ auskommt, stammt von Jürgen Körner (1989). Er hat die Arbeit *an* der Übertragung von der Arbeit *in* der Übertragung differenziert. Die Arbeit *an* der Übertragung bezieht sich dabei auf das stereotype, sich wiederholende Verhalten des Patienten. Bei den Interventionen *an* der Übertragung klassifiziert und interpretiert der Therapeut die Übertragungsbeziehung im Dort und Damals des Patienten mittels genetischer Deutungen. Dabei bleibt der Therapeut oder Analytiker in einer eher distanzierenden und objektivierenden Haltung und bezieht sich seltener auf das Hier und Jetzt. Diese Interventionen haben den Sinn, den Patienten an die Wiederholung ähnlicher Ereignisse und Gefühle zu erinnern und das Stereotype im Verhalten und Erleben zu verdeutlichen. In Körners Worten: „Die Arbeit *an* der Übertragung schließt häufig genetische Rekonstruktionen ein [...], sie dient vor allem der Anschauung“ (1989, S. 209). Der Arbeit *in* der Übertragung fehlt diese distanzierende Haltung, sie nimmt den aktuellen Beziehungsentwurf des Patienten auf und entwickelt ihn fort. Ihr fehlt der Hinweis auf den „als-ob-Charakter“ oder das „Scheinhafte“ der Übertragung. Körner kommt zu dem Schluss:

„Die Arbeit *an* der Übertragung gilt der *Anschauung*, die Arbeit *in* der Übertragung gilt der *Veränderung*“ (S. 220).

Er führt auch einige neue Metaphern für den therapeutischen Prozess ein. Körner (1989) vergleicht den Therapeuten, der *an* der Übertragung arbeitet, mit einem Linienrichter beim Tennis. Um den Wechsel in die Beziehungsform der Arbeit *in* der Übertragung zu verdeutlichen, beschreibt er, wie dieser Linienrichter – zumindest zeitweilig – seinen Beobachtungsposten aufgeben und das Spielfeld betreten muss. Dabei wird der Therapeut eher zu einem Tennistrainer und verlässt seine (sichere) Position als Linienrichter. Der Wechsel von der Arbeit *an* der Übertragung zur Arbeit *in* der Übertragung wird in Körners Beispiel durch das Wort „auch“ eingeleitet, nach dem Motto: „*Das, was sie da erzählen über den Streit mit ihrem Chef, der sich ihnen nicht stellen will und einer Konfrontation aus dem Wege geht, das könnten sie doch auch hier so erlebt haben*“ (Körner 1989, S. 218). Das Wörtchen „auch“ stellt eine Art Brücke dar, die zwei Ufer miteinander verbindet, aber auch sichtbar voneinander trennt. Körner (1989) führt weiter aus:

„So unscheinbar das Wörtchen „auch“ ist, so gravierend ist der Wechsel, so überraschend für den Patienten. [...] Patienten in dieser Lage erinnern an das Dilemma eines Schauspielers, der plötzlich erleben muß, wie hinter seinem Rücken plötzlich die Bühne gedreht wurde, so daß er sich nun „woanders“ befindet und sich erschrocken fragt, ob sein gelernter Text denn jetzt noch der passende sei. (S. 218)

Die umgekehrte Richtung, der Wechsel von der Arbeit *in* der Übertragung hin zur Arbeit *an* der Übertragung wird vom Patienten meistens als distanzierend erlebt. Er wirkt, als ob der Analytiker aus der Übertragungsbeziehung und dem angebotenen Beziehungsangebot „aussteigt“.

Körner (1989) hat mit dieser Unterscheidung des Arbeitens *an* und *in* der Übertragung eine Position eingenommen, die der Wirklichkeit der therapeutischen Beziehung am ehesten entspricht. Es erscheint aus dieser Perspektive als überflüssig und hindernd, von zwei qualitativ unterschiedlichen Beziehungsformen, einer Übertragungs- und einer Arbeitsbeziehung auszugehen. Dagegen schlägt Körner vor, die Übertragungsbeziehung aus unterschiedlichen Standpunkten und Blickwinkeln zu betrachten. Vom Standpunkt „außerhalb“ betrachtet, arbeitet man *an* der Übertragung. Vom Standpunkt „innerhalb“ erlebt sich der Therapeut unmittelbar beteiligt an der Gestaltung der Beziehung und trägt in ganz entscheidendem Maße zu der Entwicklung der therapeutischen Beziehung – und der Übertragung – bei. Er ist damit vom Patienten „wirklich gemeint“ und aufgefordert, die neurotischen Konflikte als lebendige Person mitzerleben und durchzustehen. Bettighofer (1994) bezieht sich auf Körners (1989) Konzept, wenn er schreibt: „Ob der Analytiker an der Übertragung oder eher in der Übertra-

gung, im Dort und Damals oder im Hier und Jetzt arbeitet, immer steht er unweigerlich mitten im Feld der Übertragung, in dem er agiert und zeitweise die ihm angedienten Rollen übernimmt“ (S. 127).

9.3. Die Handhabung der Übertragung

In Freuds Behandlungstechnik wird der aktive Umgang des Therapeuten mit der Übertragung des Patienten als *Handhabung* der Übertragung beschrieben. Er bezeichnet sie als „das schwierigste wie das wichtigste Stück der analytischen Technik“ (1925, S. 69) und zählt sie, neben der Deutungskunst und der Bekämpfung der Widerstände, zu den drei Elementen der Technik der Psychoanalyse, deren Umsetzung äußerst schwierig sei. Freud meint mit Handhabung der Übertragung das z. T. energische Eingreifen des Therapeuten an dramatischen Wendepunkten des therapeutischen Prozesses. Er erwähnt konkret, wie der Analytiker durch seine Haltung und sein Benehmen die Übertragung des Patienten handhaben kann.

Letztendlich kann man sagen, dass die Behandlungsregeln das Ziel haben, die Handhabung der Übertragung zu erleichtern. Was erwähnt Freud nun konkret, wie der Analytiker *durch sein Benehmen* die Übertragung des Patienten handhaben könnte? Versagung gehört dazu, und zwar das Versagen von Übertragungsbefriedigungen größerer Art; die Haltung der Abstinenz; die Beherrschung der eigenen Gegenübertragung; der Mut, sich den intensiven Übertragungen dennoch auszusetzen und ihnen nicht auszuweichen; die Geschicklichkeit in der analytischen Untersuchung und im Deuten der Übertragungssituationen; eine Haltung von Geduld und Ruhe angesichts der Manifestation der Übertragung innerhalb der therapeutischen Beziehung. Die positive Übertragung hat Freud in der Praxis anscheinend stärker als in seinen Schriften, in denen sie als technische Frage praktisch nicht auftaucht, beschäftigt. Es kann als eine grundlegende, negative Weichenstellung angesehen werden, dass Freud gerade *kein* technisches Konzept der Handhabung der positiven Übertragung ausgearbeitet hat. In seinen eigenen Analysen war er äußerst willkürlich und hat auch die Auswirkungen seines Handelns und seiner Aktionen auf das Erleben seiner Patienten nicht analysiert. In seinen technischen Ratschlägen legt er den Schwerpunkt unzweideutig auf die Deutung. So konnte sich eine Auffassung ausbreiten, die Michael Balint (1939) mit folgenden Worten kritisch reformuliert: „Wenn der Analytiker die Übertragungssituation außer durch seine Deutungen noch auf andere Weise beeinflusst, begeht er einen schweren Fehler“ (S. 249). Ferenczi und Balint hatten sich schon früh gegen diese Auffassung gewandt und hatten begonnen, den Wert dessen zu

untersuchen, was heutzutage das „Mehr als die Deutung“ genannt wird (Stern, et al. 2002). Im Zuge dieser Entwicklung ist die Ansicht, man könne durch eine absolute Passivität eine Nicht-Beeinflussung der Übertragung erreichen, obsolet geworden, die nicht-deutenden Aktivitäten des Analytikers oder Therapeuten haben demgegenüber immer mehr an Bedeutung gewonnen. Der Analytiker Will (2001) fasst das Freudsche Konzept der Handhabung der Übertragung plastisch in der Metapher des Analytikers als *Raubtierbändiger* zusammen. Der Analytiker muss in diesem Bild dafür sorgen, dass die Übertragung auf das Psychische begrenzt bleibt, vor allem dann, wenn der Wiederholungszwang droht, ausagiert zu werden.

Historisch gesehen setzte sich in der aufkommenden Ichpsychologie in der Folge Freuds die Absicht durch, die Beeinflussung der Übertragung durch den Analytiker mit Hilfe der direkten Verhaltensmaßgabe, sich so gut wie möglich herauszuhalten, zu minimieren. Die „neoklassische Technik“ der 50er Jahre erreichte im Ideal des schweigsamen, passiven, neutralen und anonymen Analytikers ihren Höhepunkt. Der Analytiker wurde in extremen Formen dazu angehalten, möglichst keinen persönlichen Aspekt mit in die Behandlung einzubringen. Es wurde empfohlen, den Ehering vor der Behandlung ausziehen, das Behandlungszimmer möglichst unpersönlich zu gestalten und wenn möglich immer gleiche (graue!) Anzüge zu tragen. Es wurde auch davon abgeraten, dem Patienten zu seinem Geburtstag zu gratulieren oder ihm bei einem Todesfall in der Familie zu kondolieren. Eine lebhafte Diskussion entbrannte auch an der Frage, ob man dem Patienten überhaupt die Hand schütteln soll, oder ob dies nicht schon ein Zuviel an persönlichem Kontakt darstellt. Die neoklassische Tradition der Handhabung der Übertragung hat die Ratschläge Freuds in ein derartiges Extrem getrieben, dass sich die Befürworter dieser Richtung wirklich freudianischer verhielten als Freud selber. Das größte Manko der Auffassung Freuds von der Handhabung der Übertragung ist, dass sie die Bedeutung der Gegenübertragung kaum ins Spiel bringt und die gegenseitige Beeinflussung von Übertragung und Gegenübertragung vernachlässigt. Freud übersieht seinen eigenen Beitrag zur analytischen Situation und verkennt ihren intersubjektiven und interaktionellen Charakter. Infolgedessen findet er auch keinen Zugang zur Analyse der Auswirkungen seiner Handhabungen auf das Erleben des Patienten. Der praktische Freud war in dieser Hinsicht differenzierter als der theoretische.

Der Analytiker Merton Gill (1982) brachte ein Argument in die Diskussion der Handhabung der Übertragung ein, das nicht zu widerlegen ist: Sogar durch Deutungen werden Patienten beeinflusst. Demnach ist der Versuch, die Subjektivität des Analytikers aus der Therapie herauszuhalten, ein illusorischer. Gill (1982) sieht den Analytiker oder Therapeuten als unvermeidlich voreingenommen, persönlich und eben nicht neutral. Für ihn ist die Handhabung der

Übertragung identisch mit der Analyse der Übertragung. Im Gegensatz zu Freud verbindet er die Handhabung der Übertragung mit ihrer Deutung und versteht diese vorrangig als die Analyse von Übertragungswiderständen. Er unterscheidet in seinem Modell der Analyse drei Widerstände: (1) Widerstände gegen eine Verstrickung in die Übertragung, (2) Widerständen gegen das Bewusstwerden der Übertragung und (3) Widerständen gegen die Auflösung der Übertragung. Er kritisiert, dass Freud in seiner Behandlungspraxis die Übertragungsanalyse zu kurz hat kommen lassen. Im Gegensatz zu ihm schlägt Gill eine *Generalisierung* der Handhabung bzw. Deutung der Übertragung vor. Anders ausgedrückt könnte man mit Gill (1982, S. 58) sagen, dass dieser Umgang zwischen einem *Beobachtungsmodell* der Übertragung und einem *Interaktionsmodell* unterscheidet. In dem *Beobachtermodell* sieht Gill den Analytiker als jemanden, der die Übertragung beobachtet, ihre Widerstandsaspekte wahrnimmt und beides deutet. In dem *Interaktionsmodell* verlässt sich der Analytiker in seinem Verständnis der Übertragung auf das, was er aus der Interaktion selbst erfährt. In diesem Modell bekommen das Verhalten des Analytikers und seine Handhabung der Übertragung eine größere Bedeutung.

Daraus zieht Gill den Schluss, dass der Analytiker einen ebenso unbefangenen und freien Umgang mit seinen Patienten pflegen sollte, wie dies (der praktische, nicht der theoretische) Freud selbst getan hat. Dies habe solange keinen negativen Einfluss auf die Übertragungsanalyse, solange der Analytiker die Rückwirkungen seines eigenen Verhaltens auf die Übertragung berücksichtigt. Gill betont damit auch die Notwendigkeit, dass der Analytiker sich als Beteiligten in dieser Beziehung, zu deren Gestaltung er seinen Beitrag *oft nichtsahnend* leistet, sieht. Dieser Beitrag zur Beziehung und Übertragung ist unvermeidbar, wichtig ist dabei nur zu untersuchen, wie der Patient die Subjektivität des Therapeuten erlebt. Schließlich stellt es in Gills (1982) Augen sogar einen positiven Wert dar, wenn der Analytiker neben seiner analytischen Zurückhaltung auch sich selbst als Person ausdrückt und seine persönliche Expressivität als Teil seiner Arbeit betrachtet. Es sei zwar nur in Ausnahmefällen erforderlich oder wünschenswert, dass der Therapeut seinen eigenen Anteil zur Sprache bringt; die Wahrnehmung des eigenen Erlebens wirke sich aber auch darauf aus, inwieweit der Therapeut das Erleben seines Patienten als plausibel empfindet. Gill (1993) fasst seine Auffassung zusammen:

„Statt im eigenen Beteiligtsein eine schädliche Entgleisung zu sehen und folglich vielleicht die Augen davor zu verschließen, erkennt die Therapeutin darin einen unvermeidlichen Aspekt menschlicher Interaktion, der es ihr besser ermöglicht, ihre Hauptaufgabe zu erfüllen, nämlich den Patienten zu verstehen und ihm zu helfen.“ (S. 10)

Will (2001) erweitert diese Konzeption von Gill (1982) – der Handhabung der Übertragung als Deutung der Übertragung – stark, indem er sie auf den gesamten Handlungsaspekt des analytischen Arbeitens bezieht und damit den Beitrag des Analytikers zur Interaktion thematisiert. Damit stellt sich natürlich die Frage, ob der Therapeut durch die aktivere Interventions-technik, wenn er also zu weit aus seiner Anonymität heraustritt, das Übertragungsgeschehen manipuliert und damit vielleicht sogar die Übertragungsentwicklung behindert. Dagegen ist einzuwenden, dass sich *jede* Aktivität des Therapeuten auf die Übertragung auswirkt, ob es nun das Handeln oder das Schweigen des Therapeuten ist. Wenn der Therapeut seinen Beitrag zur Übertragung von Anfang an im Bewusstsein seiner Funktion als „neues Subjekt-Objekt“ leistet, ergibt sich daraus eine wesentliche Vertiefung und Erweiterung des therapeutischen Paradigmas der Psychoanalyse.

Als Vorläufer dieser Konzeption ist (wieder einmal) Sandor Ferenczi (1920) zu nennen, der zwar kein konkretes Konzept der Handhabung der Übertragung entwickelt hat, dessen „technische Experimente“ aber insgesamt in diese Richtung weisen. Im Gegensatz zu Freud praktizierte Ferenczi eine stark erweiterte Auffassung von der Handhabung der Übertragung. Sie umfasste *das gesamte Handeln* des Analytikers. Gegenüber Freud besteht der große Fortschritt Ferenczis darin, dass er die Funktion des Analytikers im Behandlungsprozess entdeckt hat und die Beziehungsqualität zwischen Therapeut und Patient als zentrales therapeutisches Agens beschreibt. Der große Nachteil seiner Experimente äußert sich für Ermann (1994) darin, dass Ferenczi die Übertragung weder als eine Verstrickung von zwei Unbewussten gesehen hat, noch er seine Gegenübertragung ausreichend analysiert hat. Zusammenfassend könnte man sagen, dass Ferenczi (1920) und Alice Balint (1968) die *Unausweichlichkeit* der Handhabung der Übertragung entdeckt haben: Durch alles, was der Therapeut tut oder nicht tut, wird die Beziehung zum Patienten beeinflusst. Ferenczi (1920) nannte es sein wichtigstes Ziel, den Patienten nicht zu traumatisieren und eine Atmosphäre von Natürlichkeit und Aufrichtigkeit herzustellen.

In der Nachfolge Ferenczis und Balints betont Thomä (2000), dass die Anerkennung des Beitrags des Therapeuten zur Übertragung des Patienten entscheidend ist. Wenn der Analytiker diesen Beitrag anerkennt, verändert sich seine Haltung grundlegend. Er wird sich leichter und mit weniger schlechtem Gewissen – und Scham, wie ich hinzufügen würde – in ein Handeln verwickeln lassen. Anders ausgedrückt plädiert Thomä dafür, dass die Beeinflussung des Patienten durch den Therapeuten nicht zu umgehen ist, der Therapeut sollte sie vielmehr gründlich reflektieren, als versuchen, sie auszuschalten.

Nach Will (2001) verhalten sich 'Handhabung der Übertragung' und 'Takt' wie Bruder und Schwester zueinander. Der Takt hat mit dem Einfühlungsvermögen des Therapeuten zu tun, er hat mit dem *Wann* und *Wieviel* zu tun. „Während die Handhabung der Übertragung in Freuds Auffassung die Bedingungen der Möglichkeit eines fruchtbaren Deutens verbessert, versucht der Takt, den Patienten *mit einer Deutung möglichst gut zu erreichen*“ (Will 2001, S. 218). Will plädiert auch dafür, *alles* Handeln des Analytikers als Handhabung der Übertragung aufzufassen. Dies sollte nicht so missverstanden werden, dass er dafür eintritt, Deuten durch Handeln zu ersetzen, sondern genau umgekehrt, das Handeln dem Deuten zu erschließen. Er kommt zu dem Schluss: „Was heißt es demnach, die Übertragung zu handhaben? Meiner Ansicht nach nichts Besonderes; es heißt, alles, was wir tun, in seinen möglichen Auswirkungen auf die Übertragung zu betrachten“ (S. 232).

9.4. Intersubjektive Übertragungskonzepte: Übertragung als organisierende Aktivität

Erst in den Nachkriegsjahren wurde das therapeutische Paradigma der Psychoanalyse wesentlich im Hinblick auf den entscheidenden Anteil des Psychoanalytikers erweitert. Anfang der achtziger Jahre hat dann im englischsprachigen Raum Gill (1982) und im deutschsprachigen Raum Thomä (1981, 1984) den Standpunkt vertreten, dass die sogenannte Neutralität ein „aktives Verhalten“ des Therapeuten darstellt. Es mache deshalb auch keinen Sinn, den Einfluss der Person des Therapeuten auf den Patienten vermeiden zu wollen. Gills (1984) Behauptung, dass „die Vorstellung, die Übertragung könne sich ohne Kontamination entfalten, eine Illusion“ sei (S. 175), führte zu einer komplett neuen Berücksichtigung des Therapeuten bei der Übertragung. Gill vertrat die Auffassung, dass Übertragung „immer ein Amalgam aus Vergangenheit und Gegenwart bildet“ (ebd.). Sie basiere auf einer Reaktion auf die unmittelbare analytische Situation, „die sich der Patient so plausibel wie möglich zu erklären versucht“ (ebd.).

Thomä (1983) beschreibt, wie die unbewusste Berufsmotivation des Analytikers, seine zur Gewohnheit gewordene Auswahl psychoanalytischer Konzepte, die phasenspezifischen Konflikte seines Lebens und seine situativen Befindlichkeiten eine basale Bereitschaft zur *Rollenzuweisung* an den Patienten konstellieren. Sie bildet das Gegenstück zur Bereitschaft des Analytikers zur Rollenübernahme (Sandler 1976). Sandler's Einschätzung der „Rollenverantwortlichkeit“ des Analytikers liegt die Vorstellung zugrunde, dass der Analysand auf den Analyti-

ker Druck ausübt, sich auf seine neurotischen Beziehungsmuster einzulassen, und dass der Analytiker dies wohl oder übel tut. Es ist demnach nicht so, dass nur der Patient agiert und der Therapeut (äußerlich oder innerlich) reagiert. Auch der Therapeut agiert in einem bestimmten Maße.

Der Selbstpsychologe Broucek (1991) kritisiert unter dem Aspekt der Relevanz des Schamaffektes das klassische Übertragungskonzept der Psychoanalyse. Es postuliere, dass die Wahrnehmungen des Patienten vom Analytiker aufgrund der Übertragung verzerrt seien, wohingegen die Wahrnehmungen des Analytikers vom Patienten und sich selbst zum größten Teil zutreffend seien. Broucek (1991) spricht dem Konzept der Übertragung einen unzweifelhaften Wert zu, er kritisiert jedoch, dass dieses Konzept „als Abwehr gegen Scham angesehen werden muß; daher wurde es auch so von der Psychoanalyse idealisiert und als Grundpfeiler der psychoanalytischen Behandlung angesehen“ (S. 93). Nach seiner Ansicht ermöglicht das Konzept der Übertragung dem Analytiker, sich als Person aus der therapeutischen Situation auszuklammern. Außerdem schütze es ihn auch von der zerstörerischen Macht der Scham, die er erfahren würde, wenn er sich auf der gleichen Ebene wie der Patient in die Beziehung einlassen würde. Daher ermögliche das Konzept der Übertragung dem Analytiker, als Analytiker auf der Bühne zu bleiben, während er als Person von dieser Bühne fliehen könne (Broucek 1991, S. 87). Bei der sogenannten „negative Übertragung“ handelt es sich in Brouceks radikaler Sicht auch häufig gar nicht um eine Übertragung, sondern um eine Antwort auf die Beschämung, die dem Patienten vom Analytiker durch seine analytische Technik zugefügt wurde. Die tatsächliche Beschämung in der Behandlungssituation wird normalerweise von schmerzhaften Erinnerungen an frühere Beschämungen evoziert. Deshalb ist die Annahme vorschnell, dass die Scham des Patienten eine Antwort auf das Verhalten des Analytikers und damit primär ein Übertragungsphänomen ist.

In den letzten Jahren ist das Konzept der Übertragung als reine Wiederholung immer fragwürdiger geworden. Die Übertragungsbeziehung ist eher als das Ergebnis einer Wechselwirkung zwischen zwei Unbewussten zu sehen, als eine *interaktionelle Symmetrie*, in der beide Unbewussten zur gemeinsamen Beziehungsgestaltung beitragen. Der Unterschied besteht darin, dass der fundierte Therapeut trainiert ist, seinen Anteil an dieser Gestaltung zu reflektieren. Heutzutage wird die therapeutische Situation im Vergleich zu früher viel stärker unter dem Aspekt betrachtet, welche unbewussten Beziehungsphantasien sich zwischen Therapeut und Patient aktuell entfalten.

Dieser neue Ansatz impliziert auch ein verändertes Verständnis der Rolle des Analytikers und Therapeuten: Er ist nicht nur Beobachter, sondern immer und unweigerlich „teilnehmender

Beobachter“ (Sullivan 1940). Die vielfältigen Problem, die sich durch die Einführung eines teilnehmenden und interpretierenden Beobachters ergeben haben, schienen durch die Entdeckung der „Übertragung als reiner Wiederholung“ durch Freud (1910) zunächst gelöst worden zu sein. Diese von Freud und seinen Nachfolgern der amerikanischen Ich-Psychologie als „objektivistische Sichtweise“ bezeichnete Konzeption steht zu der von Gill und anderen vertretenen Auffassung der Übertragung in krassem Widerspruch. Im traditionellen Ein-Personen-Rahmen ging man davon aus, dass die Übertragung „in einem Stück“ auftaucht, sobald das neutrale Medium der analytischen Bühne bereitsteht. In eben diesem Punkt kritisiert Gill (1982) das Konzept der Übertragung als Verzerrung, weil es impliziert, „daß der Patient seine Erfahrungen aus einem Guss herstellt“ (S. 117). Die Übertragung wurde auch lange Zeit nicht als *Beziehung* zwischen Analytiker und Analysand aufgefasst, sondern eher als eine *Störung* in der Situation zwischen Analytiker und Analysanden. Gill (1997) spekuliert, dass es für diese Auffassung zwei Gründe gibt: Zum einen eine rationale Begründung, die besagt, dass der Arzt den Patienten im Rahmen eines medizinischen Modells behandelt, aber nicht in eine Interaktion mit ihm verwickelt ist. Zum zweiten gibt es eine Begründung im Hinblick auf emotionale Aspekte, der zufolge das intensive emotionale Wechselspiel zwischen Analytiker und Analysand, das zwangsläufig in einer psychotherapeutischen Situation auftritt, von beiden Beteiligten abgelehnt werden muss.

Der Analytiker Gill (1997) vertritt im Widerspruch zur „objektiven“ Sichtweise der Übertragung der meisten amerikanischen ich-psychologischen und allen britischen Richtungen eine „konstruktivistische“ Auffassung. Darüber hinaus definiert er das klassische Übertragungskonzept grundlegend neu, indem er den Begriff „Wahrnehmung“ mit dem der „Phantasie“ austauscht. Dies stellt eine fundamentale Verlagerung der Betonung dar. Der Patient wird nicht mehr als derjenige gesehen, der verzerrt oder projiziert, sondern als jemand, der den Analytiker wahrnimmt und zu plausiblen Hypothesen über ihn kommt. Die Übertragung kann somit nicht mehr ausschließlich als eine Patienten-Variable gesehen werden (Ein-Personen Psychologie), sondern als Bestandteil einer Übertragungs-Gegenübertragungs-Matrix (Zwei-Personen Psychologie). Die Übertragung bildet daher für Gill *immer* ein Amalgam aus Vergangenheit und Gegenwart. Sie basiert auf einer Reaktion auf die unmittelbare analytische Situation, die sich der Patient so plausibel wie möglich zu erklären versucht. Der Analytiker lenkt seine Aufmerksamkeit auf die „Hier und Jetzt“ - Interaktion mit dem Patienten bezüglich der Realitätsaspekte dieser Interaktion, und nicht nur auf die Reproduktion unbewusster Phantasien des Patienten:

„Statt die psychosoziale Realität in ‚wirklich‘ und ‚verzerrt‘ aufgespalten zu sehen und die Übertragung dabei als Verzerrung zu definieren, kann man die psychosoziale Wirklichkeit auch als *vielschichtig* betrachten; zu ihr tragen beide Menschen bei, die an der psychotherapeutischen Interaktion beteiligt sind, und die Übertragung ist in diesem Fall durch die Rigidität gekennzeichnet, mit der die Wirklichkeit gedeutet und konstruiert wird.“ (Gill 1993, S. 10)

Gill konzipiert die Übertragung wesentlich stärker kontextgebunden. Er sieht sie als eine Reaktion, die sich in einer bestimmten Konstellation interpersonaler Umstände manifestiert und die einem bestimmten Zweck dient. Gills (1996, 1997) neues, „sozial-konstruktivistische“ Paradigma der Übertragung besagt, dass die Übertragung ein Ergebnis der Interaktion zwischen Patient und Therapeut darstellt. Wie Gill bemerkt, ist es für die Analyse der Übertragung wichtig, im Detail zu prüfen, welche Ereignisse innerhalb der analytischen Situation sie hervorgerufen haben. Dabei hält Gill auch die ehrliche Selbstprüfung des Analytikers oder Therapeuten für absolut notwendig. Behandlungstechnisch müsse der Analytiker – neben der retrospektiven Frage nach den Wiederholungen – seinen eigenen Einfluss auf das beobachtete Beziehungssystem permanent reflektieren. Analytiker und Analysand werden so zu Beobachtern, die sich gegenseitig beim Beobachten beobachten und sich fortwährend im Prozess der wechselseitigen Beschreibung verändern. Erkenntnistheoretisch ist diese Interaktion von Patient und Analytiker als wechselseitiger und selbstbezüglicher Prozess zweier Teilnehmer zu beschreiben und zu konzipieren. Die Exploration dieser Interaktion ist dabei von entscheidender, technischer Bedeutung. Das hermeneutisch-konstruktivistisch-interaktive Modell Gills führt zwangsläufig zu einer Neudefinition der allgemein anerkannten Konzeption der Übertragung: „Die Übertragung basiert dann auf dem Beitrag beider Beteiligten zur Interaktion im Hier und Jetzt und zugleich darauf, wie beide durch die Vergangenheit geprägt wurden“ (Gill 1997, S. 228).

Siegfried Bettighofer (2000), der ebenfalls ein interaktionelles Übertragungskonzept vertritt, fasst die Rolle des Therapeuten in diesem neuen Übertragungsparadigma folgendermaßen zusammen:

„Die konkrete Ausgestaltung der therapeutischen Situation durch den Analytiker bietet sehr viele Möglichkeiten und hängt in hohem Maße von der Person des Analytikers ab. Er bringt seine eigenen inneren Schemata, bewusste und unbewusste Arbeitsmodelle und seine Kompromissbildungen in die therapeutische Situation mit ein.“ (S. 58)

Die inneren Schemata des Therapeuten werden nach dieser Sichtweise unweigerlich in die Gestaltung der therapeutischen Beziehung mit einfließen. Außerdem vermittelt dies dem Therapeuten ein bestimmtes Maß an emotionaler Befriedigung und narzisstischer Gratifikation.

In den 50er Jahren äußerte sich schon Balint zu dieser Schwierigkeit, die Übertragung des Patienten von der Haltung des Analytikers zu unterscheiden, indem er ausrief:

„Weiß der Himmel, welcher Anteil an den Übertragungsphänomenen, die sich unter den Augen des Analytikers bilden, durch ihn selbst hergestellt worden ist. Die Übertragungen können beispielsweise Reaktionen auf die psychoanalytische Situation im allgemeinen sein oder in ihrer jeweiligen ‘besonderen’ Form durch die korrekte oder nicht so korrekte Technik des jeweiligen Analytikers erschaffen werden.“ (Balint 1957, S. 376)

Auch die als „contemporary freudian“ einzuordnende Analytikerin Anne-Marie Sandler (1983) stellt in dem folgenden Zitat die Komplexität der Einflüsse auf die Übertragung des Patienten dar und kritisiert damit auch die klassische Ansicht der Übertragung als reine Wiederholung:

„Die Übertragung ist [...] mehr als eine einfache Wiederholung der Vergangenheit. Sie umfasst auch die Umbildungen, die während der Entwicklung vorgenommen wurden, und aktuelle Abwehrmanöver in der Beziehung zwischen Patient und Analytiker. Und nach unserer gegenwärtigen Vorstellungen von Übertragung und Gegenübertragung wird der Analytiker unvermeidlich als ein lebendiges Wesen mit seinen eigenen körperlichen und seelischen Befindlichkeiten in die Interaktion hineingezogen.“ (S. 702)

Die moderne Psychoanalyse ist – wie bereits erwähnt – dadurch gekennzeichnet, dass sie Inter-subjektivität als ihre Erfahrungsgrundlage anerkennt. Sie unterscheidet sich von der klassischen Psychoanalyse, indem sie den Schwerpunkt von einer intrapsychischen auf eine inter-subjektive oder interpersonelle Sichtweise verschiebt. Bettighofer (2000) stellt die Gemeinsamkeiten dieser neuen Konzepte, die auch den Übertragungsbegriff erweitert haben, in Gegensatz zu der klassischen Sichtweise, die den „Als-Ob-Charakter“ der Übertragung hervorgehoben hat:

„Demgegenüber treffen sich einige neuere Ansätze in der größeren Bedeutung, die sie der aktuellen Therapeut-Patient-Beziehung im Sinne einer genuinen und authentischen Beziehung zwischen zwei Menschen beimessen [...]; allen diesen Ansätzen ist gemeinsam, dass sie versuchen, den Behandlungsfokus mehr und länger in der aktuellen Therapeut-Patient-Beziehung zu halten.“ (S. 124)

Dabei komme es nach Bettighofer (2000) auch nicht selten vor, dass der Therapeut die Gefühle, die der Patient bei ihm fürchtet, auch tatsächlich empfindet.

Die Abhängigkeit der Übertragung von der Gestaltung der therapeutischen Situation durch den Therapeuten hat tiefgreifende Konsequenzen für Praxis und Theorie der Psychoanalyse und der psychodynamischen Therapie. Es geschieht ein subtiles Aufeinander-Bezogen-Sein von Patient und Therapeut, das in der Säuglingsforschung mit Begriffen wie „matching“ und „affect attunement“ umschrieben wird. Praktisch bedeutet diese Veränderung des Übertragungsbegriffs auch, dass die jeweilige Hier-und-Jetzt-Interaktion in viel entscheidenderem

Maße in den Vordergrund rückt – und nicht nur die Reproduktion unbewusster Phantasien des Patienten, die ihren Ursprung im Dort und Damals haben. Der Therapeut muss sich nun die Frage stellen: Was passiert gerade jetzt, und welche Rolle spielen ich gerade in den unbewussten Phantasien des Patienten und ihrer Abwehr? Das Hier und Jetzt erhält so eine starke Dynamik.

Die klassische Definition der Übertragung als eine scheinbar automatische Wiederholung der neurotischen Anteile des Patienten wurde in den letzten Jahren auch durch die Weiterentwicklung der Objektbeziehungstheorie vorangetrieben. Diese Erweiterung kommt auch darin zum Ausdruck, dass nun von „Übertragungsbeziehung“ gesprochen wird. Der Übertragungsbeziehung gilt die besondere Aufmerksamkeit des Therapeuten, der die Möglichkeit erwägen muss, jeder Äußerung des Patienten eine unbewusste Bedeutung im Hier und Jetzt zuzuschreiben. Auch die Selbstpsychologie bedeutete einen wesentlichen Schritt in die Richtung des Erlebnispols der Übertragung.

Grundsätzlich kann man die Veränderungen des Übertragungsbegriffs vor dem Hintergrund des Wechsels von der Ein-Personen- zur Zwei-Personen-Psychologie und von einer positivistischen zu einer sozial-konstruktivistischen und intersubjektiven Betrachtung der Interaktion begreifen (Reinhold u. Weiss 2002, S. 766). Die Analytiker Fosshage (1994) und Stolorow (1996) haben hierzu eine Neuformulierung der Übertragung vorgeschlagen. Sie sehen Übertragung als „organisierende Aktivität“. In dieser Sichtweise ist Übertragung keine Verschiebung aus der Vergangenheit, sondern vielmehr Ausdruck des *fortgesetzten Einflusses* organisierender Prinzipien und Vorstellungen, die sich aus den frühen, prägenden Erfahrungen des Patienten herauskristallisieren. Das Phänomen der Übertragung wurde innerhalb der psychoanalytischen Theoriebildung ja nicht nur intrapsychisch, sondern auch monadisch konzipiert, es bezog sich ausschließlich auf den Patienten, seine Wünsche und Abwehrmechanismen. Stolorow (1996) stellt ihr eine intersubjektive Sicht gegenüber:

„Übertragung bezieht sich ihrem Wesen nach weder auf Regression, Verschiebung, Projektion oder Verzerrung, sondern vielmehr auf die Assimilierung der analytischen Beziehung in die thematischen Strukturen der persönlichen, subjektiven Lebenswelt des Patienten. So verstanden ist Übertragung Ausdruck eines universellen seelischen Bestrebens, Erfahrungen zu organisieren und Bedeutungen herzustellen.“ (S. 69)

Demzufolge wird die Übertragung auch von einer bestimmten Aktivität des Therapeuten initialisiert, wie Orange, Stolorow und Atwood (2001) ausführen:

„Übertragung wird immer durch irgendeine Eigenschaft oder Aktivität des Analytikers aktiviert, die dazu geeignet ist, vom Patienten nach einem in seiner Entwicklung präformierten Organisationsprinzip interpretiert zu werden.“ (S. 62)

Wie Bettinghofer (2000) betont, bedeutet dies, die Person des Analytikers oder Therapeuten als *Kontextbedingung* einzuführen. Er geht in dieser Hinsicht noch einen Schritt weiter als Orange et al., wenn er am Beispiel einer Analyse retrospektiv bemerkt: „Meine eigene Persönlichkeitsstruktur stellte für das neurotische Interaktionsangebot des Patienten einen passenden Resonanzraum zur Verfügung, der zu einer gemeinsamen agierten neurotischen Übertragungs-Gegenübertragungs-Szene führte“ (S. 29).

Die Übertragung wird demnach nicht als eine biologisch determinierte Tendenz verstanden, die Vergangenheit *ad infinitum* als Selbstzweck zu wiederholen, sondern als Ausdruck eines universalen Strebens, Erfahrungen zu organisieren und Bedeutungen zu konstruieren. Damit verliert die Übertragung ihre, durch den traditionellen Übertragungsbegriff betonte, pathologische Konnotation. Behandlungstechnisch ist es sinnvoll, ein anderes Kriterium zur Kennzeichnung von Neurotizität einzuführen. Nach Stolorow (1996) wird ein übertragenes Muster dann dysfunktional, wenn die Flexibilität des Äquilibrierungsprozesses gestört oder eingeschränkt ist.

Übertragung ist in ihrer formalen Struktur also keine pathologische Reaktion, sondern sie ist der Ausdruck und die Wirkung einer natürlichen Tendenz, die dem Überleben dient. Bestimmte Schemata bestimmen dabei, was wir wahrnehmen und wie wir unsere Wahrnehmungen kategorisieren. Die inneren Schemata sind Bestandteil der inneren Strukturen, die in der Psychoanalyse als „innere Repräsentanzen“ bezeichnet werden. Affektgeladene organisierende Prinzipien oder Schemata verzerren in dieser Sicht nicht eine „objektive Realität“, sondern tragen zur Konstruktion einer „subjektiv erfahrenen Realität“ bei.

Fosshage (1994) stellt dieses *Organisationsmodell* der Übertragung dem klassischen Verdrängungsmodell gegenüber. Die Betonung bei diesem Modell liegt nicht auf der Verzerrung oder Verschiebung, sondern auf den Beziehungsmustern („relational patterns“). So gesehen ist für Fosshage (1994) die Übertragung durch „die primären Organisationsmuster oder -schemata definiert, die im Rahmen der analytischen Beziehung aktiviert werden“ (S. 278). Diese „developmental configurations“ oder „relational patterns“ (Fosshage 1994, S. 277) entsprechen in etwa dem, was Lichtenberg (1991) mit „affektiven Wahrnehmungs- und Handlungsmustern“ (S. 85) meint, die sich auf der Basis angeborener und rasch erlernter Schemapräferenzen entwickeln. Bowlbys (1975) Konzept eines „inneren Arbeitsmodells“ lässt sich in ähnlicher Weise wie die „RIG's“ von Stern (1992) in diese Auffassung integrieren. Ein inneres Arbeitsmodell ist demnach eine, um einen spezifischen Inhalt gruppierte Repräsentationseinheit, die sich aus verschiedenen gelebten Momenten, Szenarios und den entsprechenden generalisierten Repräsentationen zusammensetzt.

9.5. Geschichte und Entwicklung des Gegenübertragung

Die Gegenübertragung hat in der Psychoanalyse lange Zeit ein Schattendasein geführt und ist nicht nur in dieser Hinsicht mit dem Schamaffekt vergleichbar. Die Geschichte des Gegenübertragungsbegriffs beginnt im Jahre 1909, als Sigmund Freud in einem Brief die Verstrickungen C. G. Jungs in eine Liebesbeziehung mit einer Patientin kommentiert (Freud u. Jung 1974, S. 255). Hier erwähnt er seinem jüngeren Kollegen gegenüber tröstend, dass dieser sich noch nicht die „harte Haut“ habe wachsen lassen, die helfe, „die Gegenübertragung, in die man doch jedes Mal versetzt werde“, zu handhaben. Auch er selbst sei „einige Male sehr nahe daran“ gewesen, habe aber aufgrund seines fortgeschrittenen Alters davonkommen können, einen „narrow escape“ gefunden. Es gibt in den folgenden Jahren nur drei Literaturstellen in Freuds Werk, die sich mit der Gegenübertragung befassen. In einer Diskussion der „Mittwochs-Gesellschaft“¹⁴ im Jahre 1910 mit Paul Federn erwähnt Freud:

„Während der Patient sich an den Arzt hängt, unterliegt ja der Arzt einem ähnlichen Prozeß, der ‘Gegenübertragung’. Diese Gegenübertragung muß vom Arzt vollständig überwunden werden; das allein macht ihn psychoanalytisch mächtig. Das macht ihn zum vollkommen kühlen Objekt, um das der andere liebend sich bewerben muß.“ (S. 407)

Die Worte Freuds lassen erkennen, wie sehr er mit den Problemen, die die „Entdeckung“ der Gegenübertragung mit sich gebracht haben, zu kämpfen hat. Er hat erfahren müssen, wie schnell sich der Analytiker in die Beziehung zu seinen Analysanden verstricken lässt und in eine Abhängigkeit gerät, welche ihn daran hindert, die Neutralität zu wahren. Diese ist nach Freuds Meinung aber unabdingbar für die Entwicklung des therapeutischen Prozesses. In den „technischen Schriften“ aus dem Jahre 1912-1915 widmet sich Freud der Gegenübertragung erneut und weist auf etwas hin, was als extreme persönliche Zurückhaltung verstanden werden kann. Er spricht vom „Niederhalten“ der Gegenübertragung (1915, S. 313) und davon, dass der Arzt die Gegenübertragung „erkennen und bewältigen“ (1910, S. 108) muss und verwendet die schon erwähnten Metaphern der Spiegelplatte (1912, S. 384) und des Chirurgen (ebd., S. 380). Er warnt außerdem davor, wegen „außenpolitischer“ Schwierigkeiten, einen Beitrag über dieses Thema öffentlich zu publizieren.

Der eigene, aktiv gestaltete Anteil an der Übertragungsbeziehung wird dabei von Freud nicht diskutiert. Historisch gesehen galt daher in den Anfängen der Psychoanalyse die Gegenübertragung des Analytikers als eine Verunreinigung der Objektivität des Erkennens.

¹⁴ Die „Psychologische Mittwochs-Gesellschaft“ war ein wöchentliches Treffen Freuds mit seinen Hauptschülern.

Im Folgenden werde ich mich an die geschichtliche Entwicklung des Gegenübertragungskonzeptes von Körner (1990), Mertens (1991) und Gysling (1995) anlehnen. Gysling (1995) unterteilt die Entwicklung der Gegenübertragungskonzepte in vier Phasen: die Entdeckungsphase, die Phase des „Dornröschenschlafs“, die Phase der „Hochblüte und Aufwertung“ der Gegenübertragung und die Phase, in der die Gegenübertragung quasi zum „Motor“ der Therapie wird. Nach Körner (1990) gibt es drei unterschiedliche Konzepte der Gegenübertragung: ein defensiv-objektivierendes, ein instrumentelles und ein interaktionelles Konzept.

9.6. Defensiv-objektivierende Gegenübertragungskonzepte

Diese Phase der Konzeption der Gegenübertragung entspricht der „Entdeckungsphase“ von Gysling (1995), die vom Jahre 1909 bis etwa 1930 andauerte. In dieser noch frühen Phase der Entwicklung der Psychoanalyse ist es für Freud wichtig, den Analytiker aus dem psychoanalytischen Prozess möglichst herauszuhalten. Die Gegenübertragung behindert nach dieser Ansicht die analytische Arbeit, sie soll möglichst „niedergehalten“ werden. Die Analytiker dieser Zeit versuchen, die Übertragung- und Gegenübertragungssituation durch eine ständige Selbstkontrolle in den Griff zu bekommen. Auch wenn die Gegenübertragung unvermeidbar ist, so rät Freud doch, ihren Einfluss zu begrenzen und zu kontrollieren. Im Grunde genommen wird die Gegenübertragung hier als die *neurotische Reaktionsbereitschaft des Analytikers* definiert. Sie ist eine Störvariable, ein „Schandfleck“, den es gilt, möglichst umfassend aus der therapeutischen Situation auszuschließen. Diese „klassische“ Auffassung (Mertens 1991) führt in der von Gysling (1995) als „Dornröschenschlaf“ bezeichneten Phase zwischen 1930 bis 1950 dazu, dass sich besonders durch die Emigration einiger führender Analytiker nach Amerika eine Art Orthodoxie entwickelt. Sie versucht mit ihrem positivistischen, ganz an der Naturwissenschaft ausgerichteten Ideal eine „keimfreie Laborsituation“ zu schaffen. Der Sohn von Wilhelm Fliess, Robert Fliess (Gysling 1995) hat zwei, aus heutiger Sicht sehr befremdliche Metaphern für den Analytiker gefunden: Er solle wie ein *Tee-Tester* und wie ein *Kleiderständer* sein. Der Kleiderständer sei ein Ding ohne jedes Eigenleben, an das der Patient seine Übertragungen und Projektionen anhängt. Der Tee-Tester trinkt den Tee nicht, den er beurteilen soll, sondern behält nur ein bisschen davon im Mund, um ihn dann wieder auszuspuken. In ebendiesem Maße solle der Analytiker nur „Probe-Identifikationen“ des Patienten übernehmen.

Diese defensiv-objektivierenden Gegenübertragungskonzepte sind heute weitgehend aus der Mode gekommen, fast kein Analytiker würde die künstlich-neutrale, „sachsgesichtige“ Haltung noch ernsthaft vertreten. Ende der 40er und 50er Jahre wurde die Gegenübertragung, das „Aschenputtel“ der psychoanalytischen Behandlungstechnik, aus ihrem Schattendasein befreit und zur „Königin“ gekrönt. Paula Heimann hat mit ihrem Aufsatz aus dem Jahre 1950 wesentlich dazu beigetragen, das Konzept der Gegenübertragung zu erweitern.

9.7. Instrumentelle Gegenübertragungskonzepte

In ihrem Aufsatz *Über die Gegenübertragung* aus dem Jahre 1950 hat die ehemalige Schülerin von Melanie Klein, die aus Deutschland emigrierte Analytikerin Paula Heimann die Auffassung des „indifferenten“ und „anonymen“ Analytikers kritisiert. Sie betont,

„daß die Gegenübertragung des Analytikers nicht nur wesentlicher Bestandteil der analytischen Beziehung ist, sondern sie ist die *Schöpfung* des Patienten, sie ist Teil der Persönlichkeit des Patienten.“ (S. 183)

Mertens (1991) bezeichnet Heimanns Vorstellung der Gegenübertragung als eine „totalistische“ Auffassung, weil die Gegenübertragung hier alle Gefühle umfassen soll, die der Analytiker gegenüber seinem Patienten verspürt. Langs (1990) hat bei seiner Besprechung dieses legendären Aufsatzes hervorgehoben, dass diese Arbeit als erster ausdrücklicher Literaturbeitrag anerkannt werden muss, in dem die Gegenübertragung als konstruktiv und nicht als bedenklich angesehen wird. In einem anderen Zusammenhang erwähnt Langs interessanterweise einen Artikel des Analytikers Searles aus dem Jahre 1949, der zwei Mal von psychoanalytischen Zeitschriften abgelehnt wurde und schließlich 1979 von Langs veröffentlicht wurde. Darin schreibt Searles:

„Der Analytiker, der versucht, an dem klassischen Verhalten eines ‘leidenschaftslosen Interesses’ seinen Patienten gegenüber festzuhalten, wird feststellen, dass sich diese Patienten durch sein Verhalten irritiert fühlen, da es etwas darstellt, mit dem sie im Alltagsleben nur soweit konfrontiert werden, als sie mit schizoiden Personen zu tun haben. Es scheint, dass ein solches leidenschaftsloses Verhalten häufig die entmutigende Beziehung in der Kindheit des Patienten mit einem schizoiden Elternteil wiederholt und so interpretiert wird, dass der Analytiker damit seine Feindseligkeit dem Patienten gegenüber ausdrückt. Wenn ein Analytiker seine Gefühle offenbart – immer in einer kontrollierten Weise – würde damit die Quelle des häufigsten Widerstands unserer Patienten verschwinden: das Bedürfnis des Patienten, den Analytiker zu der Anerkennung zu bringen, daß der Patient einen wirklichen emotionalen Effekt auf ihn hat.“ (Searles 1979, S. 191, Übersetzung J.T.)

Ferenczi und Rank haben bereits 1924 in ihrem von Freud und seinen Schüler heftig kritisierten Buch *Entwicklungsziele der Psychoanalyse* dafür plädiert, eine Technik der „Aktivität“ zu kultivieren. Ferenczi verlangt das freie Spielen-Lassen der Assoziationen und der Phantasie und das Gewähren-Lassen des eigenen Unbewussten. Er nimmt damit den von Heimann und anderen vorgeschlagenen, „instrumentellen“ Gegenübertragungsbegriff vorweg. Heimann knüpft auf eine Weise an Ferenczi an und entwickelt ein Konzept, das die Psychoanalyse bis heute maßgeblich leitet: Die Gegenübertragung ist eines der „wichtigsten Werkzeuge“, das für die Forschung im psychoanalytischen Prozess äußerst nützlich ist. Die Gegenübertragung ist nach Heimanns (1950) Meinung ein Forschungsinstrument für das Unbewusste des Patienten. In ihrer „totalistischen“ Auffassung plädiert sie dafür, dass der Begriff „Gegenübertragung“ alle Gefühle bezeichnen sollte, die der Analytiker gegenüber seinem Patienten empfindet.

Wenige Jahre vor Heimann hat Winnicott (1947) die Meinung vertreten, dass die sogenannte „objektive Gegenübertragung“ imstande ist, Aussagen über die innere Befindlichkeit des Patienten zu machen. Sie entstehe auch unabhängig von der persönlichen Problematik des Analytikers und stelle keine subjektive Verzerrung der Wahrheit dar. Winnicott ist damit – neben Ferenczi und Rank – einer der wichtigsten Vorläufer der von Heimann postulierten „reaktiven“ Gegenübertragung. In seinem Artikel mit dem prägnanten Titel *Haß in der Gegenübertragung* spricht Winnicott offen die massive, negative Gegenübertragung an, die besonders in der Arbeit mit Frühgestörten beim Analytiker auftreten kann. Er geht so weit zu verlangen, dass dem Patienten dieser Hass in der Gegenübertragung des Analytikers mitgeteilt werden muss, damit der Patient erfährt, was er in Beziehungen macht. Dies mag auf den ersten Blick im Gegensatz zu dem von Winnicott geprägten Begriff des „holding“ stehen. Es ist nach Winnicotts Verständnis aber Teil des „ausreichend guten Analytikers“, der – genauso wie die „ausreichend gute Mutter“ den Säugling – den Patienten auch manchmal hasst. Winnicott spricht sich jedoch nicht dafür aus, diesen Hass in der Gegenübertragung einfach blind mitzuteilen. Es geht ihm vor allem darum, das Ideal vom Analytiker als „gütigen und gelassenen Übermenschen“ durch das Konzept eines berührbaren und menschlichen Therapeuten zu ersetzen.

Anders als in den defensiv-objektivierenden Konzepten ist hier der Analytiker durchaus bereit, sich vom Patienten bewegen zu lassen. Anstatt in der Gegenübertragung nur eine unglückliche Abweichung vom Neutralitätsideal zu sehen, wird hier davon ausgegangen, dass der Therapeut zwangsläufig – wenn auch in unterschiedlichem Maße – an einer Beziehung beteiligt ist. Der Beitrag des Analytikers in der therapeutischen Beziehung wird nicht mehr

vermieden oder sogar verleugnet, sondern besonders hervorgehoben. Alle Gedanken, Gefühle, Körperempfindungen und Handlungstendenzen des Analytikers werden als informationsreiche „Antwort“ auf die Übertragung des Patienten verstanden und entsprechend interpretiert. Diese Vorstellung der Gegenübertragung als „Antwort“ wurde einige Jahrzehnte später von Moeller (1977) ausgebaut, der den Gegenübertragungsbegriff allerdings auf die nicht-neurotische Antwort auf die Übertragung des Patienten einschränkte.

Der argentinische Analytiker Racker (1959) hat von der Gegenübertragung als einer „Induktion“, als ein „passives, sensibles Instrument“ (S. 128) und als „Resonanzkörper“ (ebd., S. 127) gesprochen. Er führte die heute noch gebräuchliche, hilfreiche Unterscheidung zwischen *komplementärer* und *konkordanter Identifizierung* ein. In der konkordanten Gegenübertragung identifiziert sich der Analytiker mit Teilen bzw. inneren Instanzen in der Person des Patienten (z.B. mit dem Über-Ich). In der komplementären Gegenübertragung identifiziert sich der Therapeut dagegen mit den verinnerlichten Objekten des Patienten aus der Kindheit, zu denen er auf diese Weise Zugang findet. In dem Maße, in dem der Analytiker an der konkordanten Identifizierung scheitert und diese abwehren muss, verstärken sich die komplementären Identifizierungen.

Der Engländer Joseph Sandler (1976) schließt in einem Artikel an die positive Bedeutung der Gegenübertragung an, wie sie von Heimann dargelegt wurde. Er führt in diesem Artikel das Konzept der „Bereitschaft zur Rollenübernahme“ aus, das parallel zur gleichschwebenden Aufmerksamkeit des Analytikers von einer „gleichschwebenden Bereitschaft“ („*free-floating responsiveness*“) zur Rollenübernahme ausgeht. Sandler schreibt, dass die unbewussten Wünsche und Mechanismen des Patienten, mit denen der Therapeut konfrontiert wird, intrapsychisch ihren Ausdruck in unbewussten Bildern und Phantasien finden, in denen das Selbst und das Objekt miteinander interagieren und durch besondere Rollen repräsentiert werden. Einfacher gesagt könnte man zusammenfassen, dass der unbewusste „Film“ ein Drehbuch für zwei Personen ist, für den Patienten und den Therapeuten.

Dieses innovative Verständnis der Gegenübertragung von Heimann (1950), Ferenczi (1924), Searles (1979), Winnicott (1947) und anderen steht in krassem Gegensatz zu Sigmund Freuds Forderung, durch ein Niederhalten der Gegenübertragung und ein letztlich angestrebtes Beseitigen der Übertragung zu einer Heilung in der psychoanalytischen Situation zu gelangen. Trotz dieser grundlegenden Erweiterung des Gegenübertragungsbegriffs ist in den achtziger Jahren zunehmend Kritik an diesem „Einbahnstraßen-Modell“ laut geworden. So fortschrittlich diese Konzepte im Vergleich zu den defensiv-objektivierenden Konzepten sind, so sehr krankt dieses Sender-Empfänger-Modell daran, dass die Aufmerksamkeit auf die Aktivität

des Patienten und die Re-Aktivität (die „Antwort“) des Therapeuten fokussiert. Der eigene Betrag des Analytikers bzw. Psychotherapeuten zur Beziehung bleibt weitestgehend im Dunkeln. Der Patient überträgt etwas und der Analytiker gegenüberträgt. Paula Heimann und Heinrich Racker betrachten die Gefühle und Gedanken des Analytikers nur als Inszenierungen des Patienten *im* Patienten. Der Beitrag des Analytikers ist auf eine rein rezeptive und antwortende Funktion begrenzt. Jürgen Körner (1989) umschreibt diese Konzeption der Gegenübertragung provokant:

„Etwas pointiert formuliert: Das Konzept von der Gegenübertragung könnte als ein Versuch verstanden werden, mit Zittern und Zagen zurückzusteigen in die Szene, aus der man sich mit Hilfe der Zwei-Personen-Beziehungen-Theorie zu weit entfernt hatte.“ (S. 393)

In der neueren Psychoanalyse wird deshalb auf die subtile Verschränkung der bewussten und unbewussten Gefühlsreaktionen von Analytiker und Patient ein größeres Gewicht gelegt.

9.8. Interaktionelle Gegenübertragungskonzepte

Verstärkt in den achtziger Jahren hat sich an breiter Front die Erkenntnis durchgesetzt, dass der Analytiker kein distanzierter, sondern ein *teilnehmender* Beobachter ist, der auf vielerlei Weise mitagiert. Es wird als ein „Geburtsfehler“ der psychoanalytischen Technik angesehen, die Gegenübertragung früher nicht in hinreichendem Maße gewürdigt zu haben. Heutzutage zählt die Gegenübertragung zu den wichtigsten „Therapiewerkzeugen“ und hat die Deutung an Wichtigkeit noch übertroffen. Viele Analytiker verstehen sich heute eher als eine Art „haltende Mutter“, die den Nährboden für eine (Nach-) Entwicklung liefert. In dieser Sicht bekommt der Therapeut eine ungleich größere Mitverantwortung für die Entwicklung der Therapie.

Im Zentrum psychoanalytischen Interesses stehen traditionell intrapsychische, inzwischen auch interaktionelle Prozesse. Wir verfügen heute über Modelle, die auch zirkuläre und interdependente Beziehungen abbilden können. Den interaktionellen Aspekt der Gegenübertragungskonzepte fassen Stolorow, Branchaft und Atwood (1996) zusammen:

„Wir betonen [...], dass die Gegenübertragung [...] eine entscheidende Bedeutung bei der Gestaltung der Übertragung hat und mitbestimmt, welche ihrer spezifischen Dimensionen den erlebnismäßigen Vordergrund der Analyse besetzen wird. Übertragung und Gegenübertragung bilden gemeinsam ein intersubjektives System reziproker, gegenseitiger Einflussnahme.“ (S. 65)

In eben diesem Sinne sieht Körner (1990) Übertragung und Gegenübertragung als intersubjektiven und interpersonellen Prozess an, der, als „Einheit im Widerspruch“, einen inneren Konflikt des Patienten vollständig abbildet. „Das ‘Geheimnis’ der Übertragung“, so Körner (1990), „ist der Versuch des Patienten, mit Hilfe der Trennung von Übertragung und Gegenübertragung auseinanderzuhalten, was in ihm als Konflikt nicht vollständig bewußt werden darf“ (S. 87). Damit sind die beiden Phänomene der Übertragung und Gegenübertragung „Spaltungsprodukte“ eines einzigen intrapsychischen und ehemals interpersonalen Konfliktes: „In der Übertragungsbeziehung trennt der Patient also zwei Seiten eines inneren Konfliktes und hält sie doch zusammen“ (ebd., S. 99). In dieser Konzeption der Übertragung und Gegenübertragung als einer *Einheit im Widerspruch* ist die Gegenübertragung ein gleichsam zwangsläufiger Bestandteil der Gesamtinteraktion, ein wesentlicher Beitrag des Therapeuten zum Ganzen. An der bisher üblichen Subjekt-Objekt-Trennung, an der „Einwegscheibenbeziehung“, die in den defensiv-objektivierenden oder instrumentellen Konzepten postuliert wird, kann deshalb nicht mehr festgehalten werden. Wenn man von diesem interaktionellen Konzept der therapeutischen Situation ausgeht, kann sich der Psychotherapeut nicht mehr nur auf die Gegenübertragung als Mittel zur Hypothesenbildung beschränken, sondern steht vielmehr als Reagierender im Rampenlicht, als jemand, der aus eigener Motivation handelt und somit tief in das therapeutische Geschehen involviert ist. Der Analytiker und sein Patient erleben also eine durchaus reale und konflikthafte Beziehung miteinander:

„Dieser Begriff der Gegenübertragung wäre der weitestmögliche, er umfasst alle Körperempfindungen, Gedanken, Gefühle und Handlungsimpulse des Analytikers. Die therapeutische Situation wäre als reale, konflikthafte Beziehung zu verstehen, die von beiden Beteiligten gemäß ihrer unterschiedlichen Rollen gestaltet und fortentwickelt wird. Die Rolle des Analytikers sieht vor, die Beziehungskonflikte mit seinem Patienten nicht nur zu „beantworten“, sondern als inneren Konflikt selbst zu erleben und durchzuarbeiten.“ (Körner 1990, S. 97)

Die Subjektivität des Therapeuten galt lange Zeit als Störvariable, die den Erkenntnisprozess beeinträchtigt. Heutzutage sieht man das subjektive Erleben des Therapeuten nicht nur als eine unvermeidliche Begleiterscheinung, sondern auch als eine Möglichkeit, unbewusste Selbstentwürfe, Szenen, Phantasien und Konflikte des Patienten besser zu verstehen. Für Mertens (1991) stellt die analytische Behandlung „immer ein intersubjektives Erfahrungsfeld dar, in dem sich Übertragung und Gegenübertragung wechselseitig verschränken“ (S. 49).

Bestimmte intersubjektive Autoren wie zum Beispiel Natterson (1991) haben versucht, die Konzepte von Übertragung und Gegenübertragung als Ganzes zu umgehen, indem sie den Begriff der Intersubjektivität an ihre Stelle gesetzt haben:

„Die Subjektivität des Therapeuten bildet eine grundlegende motivationale Quelle und einen strukturierenden Einfluss auf den therapeutischen Prozess. Wenn das subjektive Leben eines spezifischen Patienten und das eines spezifischen Therapeuten in der therapeutischen Begegnung konvergieren, wird eine spezielle Beziehung etabliert, die keiner anderen gleicht.“ (S. 223, Übersetzung J.T.)

Thomä (1984, 1999, 2001) hat sich in einer Reihe von Artikeln zu dem Thema der Intersubjektivität oder der „Bifokalität“ der Übertragung und Gegenübertragung geäußert. Das Konzept der „Bifokalität“ der Übertragung (Thomä 2001) besagt, dass Übertragungen von innen und von außen entstehen. Diese unbewussten „Klischees“ oder „Schemata“ bestimmen die subjektive Realität. Aus diesem Konzept der Bifokalität der Übertragung ergibt sich zwangsläufig, dass die Wahrnehmungen des Patienten durchaus realistisch sind und als „verzerrt“ höchstens dann gelten können, wenn ihnen ein besonders hoher Bedeutungsgehalt zugeschrieben wird. Die klassische Idee, dass die Übertragung eine Verzerrung ist und der Analytiker als Schiedsrichter über Realität und Illusion zu entscheiden hat, ist erstaunlicherweise also nicht ausgestorben. In Thomäs (2001) Sicht stellt es von vornherein einen Irrtum dar, in der Gegenübertragung als *solcher* ein wesentliches diagnostisches Hilfsmittel oder sogar ein Forschungsinstrument zu sehen. Freud betrachtete die Übertragungsneurose nicht innerhalb einer therapeutischen Zwei-Personen-Beziehung und konnte deshalb auch nicht den ungemein großen Anteil des Therapeuten an dieser „künstlichen Neurose“ sehen.

Behandlungstechnisch kann es nach Thomä (2001) nur darum gehen, den Einfluss des Therapeuten voranzusetzen und ernst zu nehmen und seine konkrete Wirkung auf den Patienten systematisch zu untersuchen. Die Übertragung und Gegenübertragung ist nicht nur die Schöpfung des Patienten, sondern immer eine Schöpfung von beiden. Die psychoanalytische Triebtheorie, die vom „Objekt“ spricht, hat die Objektbeziehungstheorie in ihrem Sprachgebrauch weitergeführt. Es wird dabei leicht übersehen, dass man es im therapeutischen Feld mit lebenden Wesen und „Subjekten“ zu tun hat, die aufeinander einwirken. Thomä (1984) schreibt daher:

„Die analytische Beziehung wird falsch konzipiert, wenn man davon ausgeht, daß der Analytiker eine durchanalysierte Deutungsmaschine ist und lediglich der Patient von tiefen Gefühlen bewegt wird. Die gefühlsmäßig gefärbte Reaktion des Analytikers stellt vielmehr eine der wichtigsten Reaktionen eines Patienten dar.“ (S. 50)

In Thomäs Sicht sind die Grundpfeiler der Psychoanalyse – Widerstand und Übertragung – auf der Grundlage eines „Detachment“, einer Distanz, erreicht worden. Ihr haftet demnach ein grundlegender Konstruktionsfehler an, der zu beseitigen wäre. Nach Freuds Metapher der Übertragung ist der Patient der Alleinautor, der in der Übertragung ausschließlich Nachdrucke

liefert. Nach Thomä (2001) hat die Übertragung jedoch immer zwei Autoren. Diese „Übertragungen“ haben, wie Smith (1990) gezeigt hat *immer* eine „reale“ Komponente, die er „perceptual cue“ (S. 220) nennt. Diese realen Auslöser von Übertragungen korrespondieren mit unbewussten Schemata. Als Ergebnis dieser Sichtweise ergibt sich, dass die „perzeptuellen Auslöser“ eine große Bedeutung für das Verständnis der seelischen Realität des Patienten haben.

Die erste Übertragung beginnt ja noch vor der ersten Begegnung. Aus dieser Perspektive sind Übertragung und Gegenübertragung keine zeitlich aufeinanderfolgenden Vorgänge, bei denen die Gegenübertragung eine Reaktion auf die Übertragung darstellt, sondern sind gleichzeitige Vorgänge im Patienten und Therapeuten im interaktionellen und intersubjektiven Bereich. Diese Anerkennung des Wahrheitsgehaltes von Wahrnehmungen des Patienten ist für Thomä therapeutisch ausschlaggebend.

Bettighofer (2000), der in seinem Buch *Übertragung und Gegenübertragung im therapeutischen Prozess* ebenfalls ein intersubjektives Verständnis von Übertragung und Gegenübertragung postuliert, führt den Begriff der „Eigenübertragung“ des Therapeuten ein. Von Moellers (1977) Definition ausgehend, derzufolge die Gegenübertragung als „spezifische, nicht-neurotische Reaktion des Analytikers auf die Übertragung seines Patienten“ (S. 145) zu verstehen ist, entwickelt Bettighofer seine Konzeption. Er betont, dass „das Hervorheben der Möglichkeit einer Eigenübertragung ein entscheidender Fortschritt [ist], weil so die Person des Analytikers mit ihren Idiosynkrasien, ihren eigenen Mustern und Selbstschutzmechanismen ins Blickfeld gerät“ (S. 64). Das Involviertwerden des Therapeuten in einen interaktionellen Prozess lässt nach dieser Sichtweise nicht nur beim Patienten, sondern auch beim Therapeuten neurotische Strukturen sichtbar werden. Wenn dieses Auftreten einer gewissen Eigenübertragung im therapeutischen Prozess offener diskutiert würde, würden bestimmte Prozesse insgesamt besser verstanden werden. An anderer Stelle schreibt Bettighofer (1994):

„Unbewusste Motive, unbewältigte Konflikte und die Kränkbarkeit des Analytikers können dabei so gut mit Teilübertragungen zusammenpassen, daß sie sich quasi ineinanderfügen und der Patient nicht nur aus übertragenen Ängsten bestimmte Äußerungen bewusst oder unbewusst unterlässt, sondern weil er die reale Wahrnehmung hat, daß er den Analytiker damit empfindlich kränken oder verletzen würde. Die Fähigkeit des Analytikers, sich in der Selbstreflexion eigenen unlustvollen Erfahrungen zu stellen, entscheidet in solchen Situationen darüber, ob sie für den Patienten in einer pathogenen Wiederholung enden oder ob sie Ausgangspunkt für einen kreativen Neuanfang werden.“ (S. 121)

Lange vor dieser von Bettighofer vertretenen Sichtweise haben Balint und Balint im Jahre 1939 bemerkt, „daß wir höchst persönliche Motive dafür haben, unsere individuelle analytische Methode so eifrig zu verteidigen“ (S. 253). Der Analytiker Körner (1989) geht noch ei-

nen Schritt weiter, wenn er den Aspekt der „Restneurose“ des Analytikers betont: „In unserer Befangenheit *gegenüber* unserem Patienten, der konflikthaften Verstrickung *mit* unserem Patienten, spiegelt sich die verbliebene Befangenheit gegenüber unseren eigenen Eltern und Lehrern“ (S. 395).

Nach der relationalen und konstruktivistischen Auffassung von Gabbard (1996, 1999) und Renik (1996) spielen „Enactments“ eine besondere Rolle im therapeutischen Geschehen. Das Konzept besagt, dass der Therapeut durch eine fortlaufende Serie von „Enactments“ in die Welt des Patienten praktisch „hineingesaugt“ wird und so von seiner traditionellen Position, eine objektive und leere Projektionsleinwand zu sein, vertreiben. Diese Enactments sind als Beispiele des Ineinandergreifens von Übertragungs-Gegenübertragungsmomenten zu verstehen, die, weil sie meist außerhalb der bewussten Wahrnehmung liegen (wie zum Beispiel Körperhaltungen), wirksam sind. Die Konzeption der Enactments ist in gewisser Hinsicht mit dem Mechanismus der „projektiven Identifikation“, wie er von Klein (1962) und Bion (1963) erstmalig beschrieben wurde, identisch. Bei der klassischen Definition der projektiven Identifikation wird der Therapeut praktisch als leer betrachtet, als Gefäß oder „Container“ für das, was der Patient in ihn hineinprojiziert. Bion verbindet die projektive Identifizierung mit seinem Modell „*Container-contained*“: Der Säugling verleugnet in projektiver Weise Affekte und innere Zustände, die unerträglich für ihn sind, und fördert hiermit ihr „containment“ durch die Mutter. Bion hat ausdrücklich hervorgehoben, dass über und jenseits der unbewussten Phantasie des Projizierenden eine interpersonale Interaktion stattfindet. Ogden (1979) arbeitet Bions Konstrukt weiter aus und beschreibt drei Aspekte der projektiven Identifizierung: (1) Ein Aspekt des Selbst wird projektiv verleugnet, indem er unbewusst in eine andere Person verlagert wird. (2) Der Projizierende übt auf interpersonaler Ebene Druck aus, der die andere Person zwingt, das, was projiziert wurde, zu erleben oder sich unbewusst damit zu identifizieren. (3) Der Empfänger der Projektion (in der analytischen Situation) agiert ihr entsprechend und „hält“ die projizierten Inhalte, was zu einer Reintrojektion durch den Patienten in modifizierter Form führt. Hier wird das Konzept der projektiven Identifikation eindeutig *interaktionell* gefasst.

Auch Slanders (1976) Konzept der „Bereitschaft zur Rollenübernahme“ bzw. der „Rollenbereitschaft“ steht der heutigen Auffassung von projektiver Identifizierung sehr nahe:

„Ich möchte [...] daran erinnern, daß es oft nützlich ist, die irrationale Reaktion des Analytikers, die ihm – vor dem Hintergrund seines Berufsgewissens – ausschließlich als eigener blinder Fleck erscheint, als Kompromissbildung zwischen eigenen Strebungen und *der kontrollierten Übernahme der Rolle, die ihm der Patient aufzwingt*, zu betrachten.“ (S. 302)

In dieser Konzeptualisierung von Sandler aktualisiert der Patient in der Übertragung unbewusst eine internalisierte Objektbeziehung, ein inneres „Drama“ des Patienten, in dem der Therapeut eine Rolle spielt. Der Analytiker und Körperpsychotherapeut George Downing (1996) geht in ähnlicher Weise davon aus, dass die meisten Gegenübertragungen eine Mischung aus persönlicher Gegenübertragung und sogenannter „induzierter Gegenübertragung“ (S. 318) sind. Die primitive Objektbeziehungseinheit erscheint in dieser Perspektive als eine Art Drehbuch für zwei Schauspieler und der Therapeut entdeckt, dass ihm eine der beiden Rollen „zuschrieben“ wurde. Downing (1996) unterscheidet hinsichtlich des Umgangs mit der Gegenübertragung drei praktische Schritte: Im ersten Schritt geht es um die Wahrnehmung der Gegenübertragung selbst, sie zu spüren und zu fühlen. Der zweite Schritt besteht im intellektuellen Zuordnen, im Bilden von Hypothesen. Dabei ist es relevant, die therapeutische von der induzierten Gegenübertragung zu unterscheiden und zu verstehen, was der induzierte Anteil über die Geschichte des Patienten offen legt. Im dritten Schritt werden eine Reihe von Entscheidungen darüber getroffen, was mit den gewonnenen Informationen geschieht und welche Art von Interventionen daraus abzuleiten sind. Downing (1996) schreibt:

„Überraschenderweise ist der erste dieser drei Schritte, die bewusste Wahrnehmung des Zustands der Gegenübertragung, am schwierigsten. [...] Eine Eigenschaft, die die Gegenübertragung ausmacht, scheint in der Schwächung der Sensibilität des Therapeuten zu bestehen.“ (S. 320)

Der zentrale Gedanke von Gabbard (1999), Renik (1993), Hoffman (1998) und anderen konstruktivistisch denkenden Analytiker ist, dass im therapeutischen Setting ständig „Enactments“ stattfinden und sich Therapeuten deshalb ständig überprüfen müssen, inwieweit sie an einem inneren Szenario teilnehmen, dessen Skript vom Patienten geschrieben wurde. Der Begriff des „Enactments“ hat gegenüber dem der projektiven Identifikation meines Erachtens den Vorteil, dass er auch die innere Gestimmtheit des Therapeuten mit einbezieht – und den Therapeut nicht als eine Art „leeres Gefäß“ darstellt.

Renik (1996) zum Beispiel argumentiert, dass die Gegenübertragung immer erst nach der Gegenübertragungsinzenierung wahrgenommen werden kann. Er begrüßt eine Behandlungstechnik, die der Spontaneität des Analytikers Raum lässt, und dies, obwohl die Subjektivität des Analytikers sich zwangsläufig bis zu einem gewissen Grade in den Interventionen bemerkbar macht.

Renik (1993, 1996) stellt sich mit Konstruktivisten wie Hoffman (1998) und Gabbard (1999) in eine Reihe, die erkannt haben, dass es unvermeidlich ist, die Subjektivität ins Spiel zu bringen, wenn man die analytische Interaktion verstehen will. Der konstruktivistische Standpunkt akzeptiert auch, dass das Verhalten des Analytikers bis zu einem gewissen Grad durch die

Beeinflussung seitens des Patienten geformt wird. Beide, Übertragung und Gegenübertragung, werden von diesem Standpunkt aus als gemeinsame Schöpfung betrachtet. Mitchell (1988) drückt dies in seinem Buch über die relationalen Aspekte der Therapiesituation ähnlich aus:

„Der Analytiker ist aus unserer Perspektive, wenigstens bis zu einem gewissen Grad, in die Beziehungsmatrix des Analysanden eingebettet. Es ist dem Analytiker nicht möglich, die ihm zugeschriebenen Rollen und Konfigurationen in der Beziehungswelt des Analysanden zu umgehen. Die Erfahrung des Analytikers wird notwendigerweise durch die Beziehungsstrukturen des Analysanden geformt; er spielt die ihm zugeschriebenen Rollen, auch wenn er verzweifelt versucht, einen Platz außerhalb des Patientensystems einzunehmen oder überhaupt keine Rolle zu spielen.“ (S. 292)

Der Auffassung, dass die Gegenübertragung eine gemeinsame Schöpfung darstellt, zu der beide, Analytiker und Analysand, ihren Beitrag leisten, pflichten mittlerweile sowohl klassische Psychoanalytiker, wie auch moderne Kleinianer, Objektbeziehungstheoretiker und die Vertreter des sozialen Konstruktivismus bei.

Zum Abschluss dieses Kapitels möchte ich noch die Ideen eines der meines Erachtens originellsten und kreativsten Psychoanalytikern anführen, die derzeit unsere Auffassungen vom therapeutischen Prozess und speziell von der Gegenübertragung, Subjektivität bzw. Intersubjektivität erweitert hat. Dies ist der amerikanische Analytiker Thomas Ogden.

Der in der Tradition von Melanie Klein und Donald Winnicott stehende Analytiker Ogden (1994, 2001) hat sich mit der Konzeption des Zusammenspiels zwischen Subjektivität und Intersubjektivität im analytischen Setting ausgiebig befasst. Er stellt fest, dass die gegenwärtige Psychoanalyse den positivistischen Rahmen gesprengt hat, in dem Analytiker und Analysand als getrennte Objekte betrachtet werden können. In Ogdens Sichtweise ist das Kernstück des analytischen Prozesses die dialektische Bewegung zwischen Subjektivität und Intersubjektivität. In Anlehnung an Winnicotts Prämisse (1974), dass ein „Kind“ nicht unabhängig von der mütterlichen Umgebung konzeptualisiert werden kann, schreibt Ogden (1994): „Es gibt keinen Analysanden außerhalb der Beziehung zum Analytiker, und es gibt keinen Analytiker außerhalb der Beziehung zum Analysanden“ (S. 4). Wenn das Konzept der Gegenübertragung bedeutungsvoll sein sollte, müsse es unter dem Aspekt gesehen werden, dass es eine Dialektik zwischen dem Analytiker als einer getrennten Einheit auf der einen Seite und dem Analytiker als einer gemeinsamen Schöpfung der sich im analytischen Prozess entfaltenden Intersubjektivität auf der anderen Seite herstellt. Ogden unterstreicht, dass in der psychoanalytischen Arbeit drei Subjektivitäten involviert sind: die Subjektivität des Analysanden, diejenige des Analytikers und die des „*analytischen Dritten*“. Nach seiner Auffassung, die von vielen mo-

deren Analytikern geteilt wird, stellt sich der Therapeut unbewusst als Subjekt im unbewussten Experiment des anderen zur Verfügung. Dies bedeutet auch für den Therapeuten ein teilweises „Abgehen von der eigenen Individualität, deren teilweises Abtreten an ein drittes Subjekt, eine Subjekt, das weder Analytiker noch Analysand ist, sondern eine dritte Subjektivität, die unbewusst durch das analytische Paar geschaffen wird“ (Ogden 2001, S. 7). Bei Winnicott (1971) ist es der „Übergangsraum“ oder „intermediäre“ Raum der Erfahrung zwischen Innen- und Außenwelt, der von Ogden als geheimnisvolles Drittes eingeführt wird:

„Der intersubjektive analytische Dritte wird als drittes Subjekt aufgefasst, das durch das unbewusste Zusammenspiel von Analytiker und Analysand geschaffen wird; zugleich werden Analytiker und Analysand im Akt der Erschaffung des analytischen Dritten erzeugt. Es gibt keinen Analytiker, keinen Analysanden, keine Analyse außerhalb des Prozesses, durch den der analytische Dritte geschaffen wird.“ (Ogden 1998, S. 1071)

Ogden (1998) nimmt hier Winnicotts Konzept eines „potential space“ auf, das auch bei Bollas (1987) eine Rolle spielt. Die Konzeption des „intersubjektiven analytischen Dritten“ (oder des „analytischen Dritten“) weist auch einige Parallelen zu anderen Konzepten auf. Es entspricht nicht nur Winnicotts Vorstellung eines „Möglichkeitsraums“ zwischen der inneren Welt des Kindes und der Außenwelt, die es umgibt, sondern ist in gewisser Hinsicht auch mit dem selbstpsychologischen Konzept eines *intersubjektiven Bereichs* zu vergleichen, das von Atwood und Stolorow (1983) entwickelt wurde: „Die Psychoanalyse versucht, Phänomene zu beleuchten, die innerhalb eines [...] Bereichs auftauchen, der durch die Überschneidung zweier Subjektivitäten konstituiert wird – der des Patienten und der des Analytikers“ (S. 117). Diese neue Subjektivität, die durch den analytischen Dritten geschaffen wird, steht für Ogden in einer dialektischen Spannung mit den individuellen Subjektivitäten von Analytiker und Analysand. Dadurch, dass der analytische Dritte durch die jeweiligen individuellen Persönlichkeitssysteme von Patient und Therapeut erfahren wird, ist das Erleben für jeden von beiden nicht identisch.

Ogden (2001) vertritt außerdem die interessante Ansicht, dass das Gefühl für die Lebendigkeit oder Leblosigkeit eines bestimmten Augenblicks einer Analytestunde das wichtigste Kriterium des analytischen Prozesses darstellt. In dieser Hinsicht kommt er der Konzeption der „now moments“ von Daniel Stern (2002) sehr nahe (siehe Kapitel 10). Hinsichtlich der Dynamik von Übertragung-Gegenübertragung bedeutet dies, dass der Analytiker von einem Erleben in der Gegenübertragung Gebrauch macht, um bestimmte expressive und defensive Rollen des Gefühls von Lebendigkeit oder Leblosigkeit der Analyse zu hinterfragen.