

Übertragung

Der Begriff stammt von Freud (1895d, 1905, 1912a, 1914c)*

Übertragung ist eng verwandt mit **Projektion**** (Sonderform der Ü.).

Beides kann sich im Kontakt, in Interaktionen u. Beziehungen manifestieren.

Besonderheit bei Ü.: Ihr **objektgerichteter Appellcharakter**, d.h. es

wird eine Art emotionaler Druck auf den anderen ausgeübt, um so

Bedürfnisse, Wünsche oder Erwartungen **erfüllt** zu bekommen;

bei Projektionen geht es eher um **Zuschreibungen** die beim

anderen **Identifikationslatenz** provozieren können.

**Eigenschaften, vor allem emotionale Zustände, welche eine Person bei sich selbst nicht wahrhaben kann bzw. möchte, werden anderen zugeschrieben

* Zunächst: In der Therapie auftauchende peinliche Vorstellungen können als „falsche Verknüpfung“ auf den Analytiker übertragen werden: **Ü. als Transfer**

Später: Therapeutisch hilfreiche Reaktualisierung infantiler Beziehungsmuster mit Widerstandscharakter (gegen Erinnern und damit Bewusstwerdung): **Ü. als Wiederholung**

Ambivalenz der Übertragung „Positive“ und „negative“ Ü.

Bei „positiver“ Ü. nehmen wir an, es würden emotional bedeutsame positive Aspekte z.B. aus frühen Beziehungserfahrungen (Liebe, Zuneigung, Leidenschaft, Vertrauen) übertragen, bei „negativer“ Ü. sind es entsprechend negative Erfahrungsaspekte (Hass, Destruktion, Abneigung, Wut, Misstrauen) übertragen.

In dieser Ambivalenz der Ü. ist in der Regel einer ihrer Pole deutlich dominant.

Achtung: Die Attribuierung in „positiv“ und „negativ“ könnte dazu verführen anzunehmen, dass ein quasi-direkter Zugang zum Fremd-psychischen des Pat. möglich sei.

(Es wäre z.B. Unsinn, zu sagen: „Ich spüre jetzt Hass, Wut etc., also „Negatives“ in meiner Gegenübertragung ...“)

Übertragung und Übertragungsneurose

Im Zuge voranschreitender Konfliktbearbeitung und damit einhergehender Verdichtung der therapeutischen Beziehung (einschl. der Ü.) werden immer mehr Übertragungsmuster aus anderen Beziehungserfahrungen aktiviert (aktualisiert, erneuert).

Indem so die anfänglich „allgemeine“ Neurose in die therapeutische Beziehung und Arbeit hineingeholt (z.B. durch Wie-Deutungen*) und dort konzentriert wird, **transformiert sie sich zur**

Übertragungsneurose. Also zu einer artifiziellen Neurose, einem hilfreichen „Provisorium“ (Freud 1916/17) für die Therapie, das z.B. durch Wie-damals-Deutungen* beeinflusst und verändert werden kann.

*nach Lorenzer (1970), vgl. Zepf, S./Hartmann, S. Forum Psychoanal 2003 19, S. 82-92

Gegenübertragung

(Übertragung des Th. auf den Pat.)

Der Begriff stammt auch von Freud (1910, 1917)*

* Freud: GÜ in erster Linie ein **Therapiehindernis**, weshalb sie aus der therapeutischen Sitzung auszuschließen sei („in sich erkennen und bewältigen“ (1910d).

Erst Paula Heimann (1950) entdeckte die zentrale Bedeutung der GÜ als **Quelle der Erkenntnis** für die therapeutische Arbeit.

Gegenübertragung

Auf seiten des Th. können die unterschiedlichsten (nicht-bewussten) Widerstände wirksam sein, was z.B. erst an fehlendem

Th.-Fortschritt feststellbar sein kann:

- W. dagegen, sich vom Pat. „als reines Objekt gebrauchen“ zu lassen,
- sich gegen emotionales Manipuliert-Werden abgrenzen zu müssen,
- sich durch Ausagieren der th. Aufgabe des Analysierens entziehen zu wollen oder zu müssen,
- sich mit dem W. des Pat. zu verbünden und den W. damit nicht mehr als solchen zu erkennen, ihn z.B. als normales psychisches Geschehen zu behandeln, usw.

Disk: Unterschied: Widerstand und Abwehr

Gegenübertragung – in modernen

Konzepten:

GÜ – Identifikation**,

GÜ – projektive Identifizierung***,

GÜ – Bereitschaft zur Rollenübernahme****

GÜ – Intersubjektivität*****

Achtung: Es geht bei dem Verständnis all dieser Konzepte stets um Modelle zu den Phänomenen von Ü. und GÜ.!

Nie soll die Rede sein von einem quasi-direkten Zugang zum Fremdpsychischen des Pat.

(Wie erwähnt: „Ich spüre jetzt in meiner Gegenübertragung ...“)

Gegenübertragung

GÜ mit Anteilen an Identifikation**,

** Racker (1968): Identifikation mit Ich und Es (z.B. gegen Strenge des Über-Ich), also Id. mit einer **Selbstrepräsentanz** des Pat. = **konkordante** Id.;

Identifikation mit projektiv verleugneter (z.B.: Meine üble Verfassung ist die Deine, stammt allein von Dir!) innerer Objektrepräsentanz = **komplementäre** Id., d.h. eigene innere Konflikte des Th. können durch Proj. aktiviert werden

Gegenübertragung

GÜ als Manifestation projektiver Identifizierung***,

Allg.: p. Id. ist ein unbewusster Abwehrmechanismus (also kein Widerstand), bei dem Teile des Selbst abgespalten und auf eine andere Person projiziert werden. Diese Person wird dann unbewusst als Teil des eigenen Selbst empfunden.

*** Ogden (1979, 1982) beschreibt drei Aspekte der projektiven Identifizierung:

1. Ein Aspekt des Selbst wird projektiv verleugnet, und bzw. indem er unbewusst in eine andere Person verlagert wird.
2. Der Projizierende übt auf interpersonaler Ebene einen Druck aus, der die andere Person zwingt, das, was projiziert wurde, zu erleben oder sich unbewusst damit zu identifizieren.

Therapeutisches Nutzen der p. Id.:

3. Der Empfänger der Projektion agiert dementsprechend und „hält“ die projizierten Inhalte (containing), um sie einer Re-Introjektion durch den Patienten in modifizierter Form zugänglich zu machen.

Gegenübertragung

GÜ, im Konzept der **Bereitschaft zur Rollenübernahme**
i.S. einer Kompromissbildung zwischen der Rollenzuschreibung
seitens des Pat. und den eigenen Behandlungstendenzen ****

**** Sandler (1976): Es kann nützlich sein, „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.“

Gegenübertragung

GÜ, im Konzept der Intersubjektivität –

ein Prozess gegenseitiger projektiver Identifizierung *****

***** Bollas (1987): Die GÜ-Analyse während der Behandlung eröffnet gleichzeitig einen einzigartigen Zugang zur inneren Welt des Pat. und zu uns selbst: „Um den Patienten zu finden, [müssen] wir ihn in uns selbst suchen“! Also: Die Analyse des Pat. gleichzeitig mit der Selbstanalyse des Therapeuten.

Ogden (1994) geht noch weiter: „Es gibt keinen Analysanden außerhalb der Beziehung zum Analytiker, und es gibt keinen Analytiker außerhalb der Beziehung zum Analysanden.“

Ein besonderes Zusammenspiel von Übertragungsangebot und Gegenübertragung *

1) Im Falle eines **personalen** Übertragungsangebots – also mit **szenischen Schilderungen** – stellen sich beim Therapeuten meist auch Gegenübertragungsregungen ein, die szenische Bilder oder Phantasien enthalten. Der Therapeut erlebt **objektgerichtete** Emotionen und Handlungsimpulse, die ihm selbst und seiner Beziehung zum Patienten eine relativ klare Kontur geben.

2) Bei **nicht-personalen** Übertragungsangeboten, die bei frühen Störungen dominant sind, fehlen solche szenischen Schilderungen meist und es können (apersonale) **Partialobjekt-Repräsentanzen** übertragen werden. Der Therapeut wird dann z.B. auf diffuse Weise aktiviert, gefordert, er fühlt sich beunruhigt, besorgt, bedroht, verwirrt, gelähmt oder zunichte gemacht.

* nach: Stirn/Hartkamp, Psychotherapeut 3, 2004

Übertragung und Gegenübertragung bei unterschiedlichen Störungen *

1) Angststörungen

Diagnostisches: Bei "Angst" als Symptom fehlt die psychische Signalfunktion; damit Hinweis auf gestörte Ichfunktionen oder pathologische Objektbeziehung.

Mögliche Ü.: Hilfesuchen, Anklammern, Kontrolle, Idealisierung des Therapeuten als mächtig vs. misstrauische Befürchtung bzgl. der Idealisierung; Vermeidungsverhalten oder kontraphobisches Verhalten zur Abwehr der Einsicht in eigene Verantwortung.

Mögliche GÜ.: Pat. schonen, schützen zu wollen, vs. Ärger, Hilflosigkeit und Aggression wg. überzogener Anspruchshaltung seitens des Pat. und Weigerung sich auf den Prozess einzulassen.

* nach: Stirn/Hartkamp, Psychotherapeut 3, 2004

Übertragung und Gegenübertragung bei unterschiedlichen Störungen *

2) Depression

Mögliche Ü.: Hilfesuchen, Anklammern, Kontrolle, Idealisierung des Therapeuten als mächtig vs. misstrauische Befürchtung bzgl. der Idealisierung; Pat. tendieren häufig dazu den Therapeuten appellhaft in ihre selbstquälerischen, selbstentwertenden und -verachtenden sowie masochistischen Tendenzen zur Selbstbestrafung und -beschädigung ausführlich einzubeziehen.

Mögliche GÜ.: Impulse zu helfen, zu versorgen oder zu beschützen – mit großem Engagement; ferner: Schuld- und Insuffizienzgefühle, Gefahr der Übernahme der Selbstvorwürfe des Patienten.

Bei suizidalen Patienten können über projektiv-identifikatorischen Mechanismen Gefühle auftauchen, überflüssig zu sein oder für den Pat. nichts mehr tun zu können.

* nach: Stirn/Hartkamp, Psychotherapeut 3, 2004

Übertragung und Gegenübertragung bei unterschiedlichen Störungen *

3) Zwangsstörungen

Mögliche Ü.: Oberflächlich affektarme, unterschwellig aggressiv getönte Situationskontrolle und Bemächtigungstrebungen, oft ausgedrückt durch Themenbestimmung (unendliches Reden über Details der Zwangssymptome und den Versuchen, damit umzugehen – Rationalisierungen) vs. fügsame Unterwerfung durch Pseudoeinsichten – Macht/Ohnmacht-Dynamik in der Interaktion.

Mögliche GÜ.: Impulse, den Kontakt auszublenden, das Interesse zu verlieren; Weigerung quälende Langeweile zu ertragen, bis hin zu Aggressionen und sadistischen Phantasien gegenüber dem Pat. Gefahr des Mitagierens bei der Gefühlsabspaltung in Form von Strenge und Ungehaltensein.

Problem: Sich in die Mechanismen der Gefühlsabspaltungen einfühlen zu können, weil sich diese Dynamik oft „hinter“ Deckmänteln von massiven Rationalisierungen und Symptombeschäftigungen verbirgt.

* nach: Stirn/Hartkamp, Psychotherapeut 3, 2004

Übertragung und Gegenübertragung bei unterschiedlichen Störungen *

4) Hysterie

Mögliche Ü.: Affektive Überschwänglichkeit bis hin zur Dramatisierung; libidinös gefärbtes Werben um Aufmerksamkeit und Verführung zu Beziehungsphantasien; Idealisierung der Person des Th.; phasenweises Erzeugen von intensiver Nähedynamik, verbunden mit der Tendenz „Lieb-Kind-Sein“ zu wollen; aber auch Identitätsverwirrung und -unsicherheit.

Mögliche GÜ.: Versagenserfahrungen bezüglich der therapeutischen Kompetenz; z.B. Reingefallen-Sein auf Verführungskünste und Idealisierungen, ggf. sich eingestehen zu müssen, derartige Übertragungsinhalte genossen zu haben. Enttäuschung und Verärgerung angesichts therapeutischen Kontrollverlusts über hysterische Inszenierungen (Ohnmacht, Hilflosigkeit, Depotenzierung).

Problem: Unsere therapieleitenden Absichten, die Konzepte (Ödipalisierung, Identität, Triangularität) anwenden zu wollen, werden häufig durchkreuzt und behindert – Selbstkritik: „Schon wieder habe ich es nicht geschafft, ... angemessen zu deuten!“

* nach: Stirn/Hartkamp, Psychotherapeut 3, 2004

Übertragung und Gegenübertragung bei unterschiedlichen Störungen *

5) somatoforme St.

Mögliche Ü.: Gegenbild zu hysterischer affektiver Überschwänglichkeit – affektive Kargheit, abgespaltene Gefühlsdimension, verbunden mit Beziehungsdruck: „Hier soll es ausschließlich um meine Symptomatik gehen!!!“ Ferner oft magische Heilungsvorstellungen und -erwartungen.

Mögliche GÜ.: Versagenserfahrungen den Kontakt betreffend, Vergeblichkeits-Anmutungen, Ärger, Langeweile, körperliche Reaktionen; u.U. die eigene Abwehr von Gefühlen der Ohnmacht und Hilflosigkeit (Depotenziertheit).

Problem und therapeutische Aufgabe: Eine Art psychotherapeutische Dialyse anzuwenden: Über konzentrierte Empathie und Selbst-Mitgefühl bezüglich der belastenden GÜ-Affekte kann die abgespaltene Gefühlsdimension stellvertretend erfasst, emotional adäquat geäußert und damit dem Bewusstsein zugänglich gemacht werden (Methode des Containing und der „Entgiftung“ der Gefühlswelt).

* nach: Stirn/Hartkamp, Psychotherapeut 3, 2004

Übertragung und Gegenübertragung bei Persönlichkeitsstörungen

1) Narzisstische PkSt.

Ausdruck der Psychodynamik einer Narzisstischen PkSt.: Phänomene von Selbstidealisation und Objektentwertung = Festhalten an eigener Großartigkeit (Omnipotenz) bei gleichzeitiger Unterdrückung von Objektsehnsucht durch Entwertung und Kontrolle anderer (diese leiden am Pat., nicht er selbst, dies erst nach narzisstischen Krisen).

Vielfältige Motive: Schutz vor Kleinheit und Durchschnittlichkeit, vor Wünschen nach Hilfe und Abhängigkeit sowie Schutz vor Zweifeln an Autonomie und Identität. Es zeigt sich oft schon beim ersten Kontakt eine Art Ü./GÜ.-Verwicklung bei der man diese vielfältige Dynamik spürt oder ahnt. In den Übertragungsmustern ist eine Differenzierung zwischen Personen außerhalb der Th. und dem Therapeuten erkennbar. Mögliche GÜ-Impulse: hartes Anpacken, massive Konfrontation; GÜ-Risiken: Idealisierung des Th. unbearbeitet stehen lassen (z.B. wg. Id.-genuss, damit Abbruchtendenzen „übersehen“); Verführung zur Beschämung.

Übertragung und Gegenübertragung bei Persönlichkeitsstörungen

1) Narzisstische PkSt. – Forts.

Therapeutische Haltung: Sich eine dritte Position bezüglich der Verwicklungsdynamik erarbeiten und von dieser Position aus intervenieren („Wenn ich uns beiden zusehe, dann zeigt sich ...“).

Behandlungstechnik: Zunächst eigenes Verständnis für die o.g. Motive entwickeln und dosiert mit Erwähnung der Schutzbedürftigkeit einbringen. Selbst- und Fremdbewertung hinterfragen und respektvoll klären, welchen psychoökonomischen Nutzen sie haben könnten. Die großen Anstrengungen würdigen, die dazu dienen, Einsicht in die eigene psychische Realität (Pseudoautonomie und unsichere Identität) zu vermeiden. Immer wieder Beziehungsdynamik analysieren und bearbeiten.

Übertragung und Gegenübertragung bei Persönlichkeitsstörungen

2) Borderline PkSt.

Ausdruck der Psychodynamik einer Borderline PkSt.: Stark schwankende/kippende Phänomene von Verzweiflung, Erregung, Selbstzerstörung, Objektanklammerung vs. -vernichtung, Funktionaler Einsatz oder Gebrauch von Ich-Funktionen (körperliche Misshandlung, Selbstverletzung, Fressattacken, funktionalisierte Sexualität, Suchtmittelzufuhr uvm.), Fehlen emotionaler Präsenz bei gleichzeitig massivem Affektaufruhr usw.

Auch hier zeigt sich oft schon beim ersten Kontakt eine Art Ü./GÜ.-Verwicklung bei der man diese vielfältige Dynamik deutlich spürt. In den Übertragungsmustern besteht wenig bis keine Differenzierung zwischen Personen außerhalb der Th. und dem Therapeuten.

Mögliche GÜ-Aspekte: Vorsicht bis Angst angesichts interaktionellem Druck; sich getäuscht, hereingelegt fühlen; Verwirrtheitszustände, extreme Müdigkeitsanmutungen, Leere (eigene Beziehungsabwehr) aber auch große Nähe und tiefes Verständnis; Ärger über und Wut auf die erlebten Zumutungen; Bestrafungsimpulse vs. masochistischer Unterwerfung, Regressionsneigung.

Übertragung und Gegenübertragung bei Persönlichkeitsstörungen

2) Borderline PkSt. – Forts.

Zur therapeutischen Haltung: Mit szenischer und interaktioneller Dramatik rechnen und diesbezüglich die beobachtenden Funktionen aktivieren: Thematische Hierarchie (gemäß Vertragsabsprachen) berücksichtigen.

Zur Behandlungsführung: Eindruck von aktueller Verfassung des Pat. thematisieren um daraus ein für die momentane Behandlungsdyade relevantes thematisches Bild zu erzeugen (daraus kann sich z.B. ergeben, dass die Pat. aktuell in einer dissoziativen Verfassung feststeckt).

Klärungen des aktuellen und damit bewusstseinsnahen Austauschs sollen den **Interpretationen** von Therapeutenseite vorangehen. Übertragungsdeutungen wenn überhaupt dann nur selten und erst nach längerer Behandlungsdauer.

Disk. der („gegenübertragungsgeliteten“) Deutungstechnik nach Lohmer, M. (2011).