

# Wie ich Psychodynamische Psychotherapie mache: Übertragung - Gegenübertragung

**Dr.phil., Dipl.-Psych. Mathias Lohmer**

Vortrag am 19. April im Rahmen der  
60. Lindauer Psychotherapiewochen 2010 (www.Lptw.de)

Die Frage, „wie ich psychodynamische Psychotherapie mache“, lädt zu mehrfachen Überlegungen ein.

Die Aussage „wie ich mache“ legt nahe, dass es ein implizites Handlungswissen gibt, das sich zum Teil vom Lehrbuchwissen unterscheidet, vielleicht persönlicher und unkonventioneller ist, als es üblicherweise beschrieben wird - ich werde also versuchen, direkt aus der Praxis zu berichten.

Beim Nachdenken über dieses Thema drängten sich mir rasch Überlegungen auf, die meiner langjährigen Beschäftigung mit der Psychotherapie von Patienten mit schweren Persönlichkeitsstörungen, insbesondere Borderline und narzisstischen Störungen entstammen (z.B. Lohmer 2005). Die wichtigen Entwicklungen innerhalb der psychodynamischen Psychotherapie fanden in den letzten Jahren auf dem Gebiet der Behandlung von Patienten mit sogenannten „strukturellen Ich-Störungen“ statt - einer Patientengruppe, bei der das Thema „Identität“ gleichsam im Zentrum der Behandlung steht. Zu nennen wären hier etwa die übertragungsfokussierte Psychotherapie (Transference Focused Psychotherapy - TFP) der Gruppe um Otto F. Kernberg (z.B. Clarkin et. al. 2008) - den Ansatz, den auch ich vertrete -, die strukturbezogene Psychotherapie von Rudolf (2004), die mentalisierungsbasierte Psychotherapie von Bateman und Fonagy (2004), aber auch die Schematherapie von Young (2005), die in einem Zwischengebiet von Verhaltenstherapie und psychodynamischer Psychotherapie anzusiedeln ist.

Gerade bei dieser Patientengruppe gewinnt die Handhabung von Übertragung und Gegenübertragung eine besondere Bedeutung - und damit sind wir auch bei dem Thema, das uns heute im speziellen beschäftigen wird.

Der Begriff der „Psychodynamischen Psychotherapie“ als vor allem auch im angelsächsischen Bereich üblicher Überbegriff umfasst sowohl das Gebiet der klassischen hochfrequenten PA als auch die verschiedenen Formen psychoanalytischer Psychotherapie, darunter auch die deutschen Sonderform der tiefenpsychologisch-fundierte Psychotherapie - ein weites Feld also. Ich werde mich hier im wesentlichen auf die psychoanalytische Psychotherapie im Sitzen bei einem Setting von 2 Stunden die Woche beziehen - einem empirisch belegten sinnvollen Rahmen für die Behandlung schwerer Störungen.

In der Folge werde ich mich zunächst mit dem Konzept der Übertragung beschäftigen und dabei - im Konzept der therapeutischen Beziehung - die Übertragungsbeziehung der Arbeitsbeziehung gegenüberstellen. Im Hauptteil werde ich mit Ihnen dann das Thema der Gegenübertragung mit typischen Gegenübertragungs-Komplikationen und schließlich Überlegungen zu „Gegenübertragung und Deutungstechnik“ diskutieren. Dabei werde ich ausführen, welche Vorteile eine „Gegenübertragungsgeleitete“ Deutungstechnik gerade für die Behandlung schwer gestörter Patienten hat.

## **1. Das Konzept der Übertragung**

Ein Charakteristikum der Psychodynamischen Therapie ist ihre starke *Beziehungsorientierung*, die den Patienten eine Spiegelung ihrer pathologischen Erlebens- und Verhaltensweisen und gleichzeitig die Chance zur lernenden Neuerfahrung und damit zur Modifikation ihrer inneren Beziehungsmuster im Rahmen der therapeutischen Beziehung ermöglicht. Durch die *Übertragung* der Welt der inneren Objekte in die Beziehung zum Therapeuten kann dieser die Erlebnisweisen des Patienten erfassen.

Unter „*Übertragung*“ verstehe ich *die im jeweiligen Moment aktualisierten inneren Erlebens- und Beziehungsmuster des Patienten, die die Beziehung zum Therapeuten oder zum Therapeutischen System prägen und färben.*

In diesem Verständnis wird Übertragung nicht - klassisch - als einer „Verzerrung“ des gegenwärtigen Erlebens aus dem Vergangenheits-Unbewussten des Patienten gesehen, sondern als die jeweilige Aktualisierung innerer Objektbeziehungen, die die innere Welt des Patienten bilden.

Übertragung wird hier also in einem umfassenden, kleinianisch-objektbeziehungs-theoretischen Sinne verstanden. Das Konzept der Übertragung umfasst dabei nicht nur „*Ganzobjekt-Übertragungen*“ (z.B. der Therapeut, der als strenger Vater oder versorgende Mutter erlebt wird), wie sie für höher strukturierte Patienten charakteristisch sind, sondern auch „*Teilobjekt-Übertragungen*“, wie sie besonders bei strukturell-Ich-gestörten Patienten dominieren (z.B. eine strenge Seite im Therapeuten, die plötzlich in der Wahrnehmung des Patienten dominiert und von der noch letzte Stunde erlebten Großzügigkeit des Therapeuten durch Spaltung getrennt gehalten wird).

Im Unterschied zur gängigen kleinianischen Praxis bezieht die *übertragungsfokussierte Psychotherapie* (TFP) aber noch stärker die Übertragungsmanifestationen des Patienten ein, die sich *außerhalb* der therapeutischen Einzel-Beziehung konstellieren, im Bereich der stationären Psychotherapie z.B. zum Gesamt des Teams, oder im sozialen Leben des Patienten.

Bei einem so weit gefassten Konzept von Übertragung besteht allerdings auch die Gefahr, dass die Begriffe von „Therapeutischer Beziehung“ und „Übertragungsbeziehung“ nicht mehr klar voneinander unterschieden werden.

## **2. Die Therapeutische Beziehung: Übertragungs- und Arbeitsbeziehung**

Die umfassendere *Therapeutische Beziehung* beinhaltet sowohl die spezifischen, die Beziehungswahrnehmung und -Gestaltung bestimmenden aktualisierten inneren Objektbeziehungsmuster (also die *Übertragung*), als auch die grundlegenden Parameter der Zusammenarbeit auf der Ebene der gesunden, beobachtenden und erwachsenen Ich-Anteile beider Partner der therapeutischen Arbeit (also die *Arbeitsbeziehung*) - auch wenn diese natürlich durch die *Übertragungsbeziehung* gefärbt wird.

Gerade für die Psychodynamische Psychotherapie von strukturellen Ich-Störungen ist die Pflege der *Arbeitsbeziehung* von besonderer Bedeutung, da diese durch die raschen Stimmungs- und Aufmerksamkeits-Schwankungen des Patienten und die hohe Störbarkeit der basalen Verbundenheit immer wieder gefährdet ist.

Damit der Patient die Übertragungs-Deutungen des Therapeuten produktiv aufnehmen und verarbeiten kann, achtet der Therapeut darauf, den Patienten zu erreichen, eine optimale Stimmung und Aufmerksamkeit für das Geschehen in der Stunde und ein mittleres Anspannungsniveau anzustreben. Zunächst gibt es im Patienten liegende Faktoren, die seine *Aufnahmefähigkeit* begrenzen: er kann zu gereizt, agitiert, angespannt, dissoziiert, affektlabil, manisch oder aber auch depressiv, abgeschottet, unaufmerksam, um sich selbst kreisend sein. Diese Grundstimmung muss zuerst adressiert werden - auch in Momenten akuter Krise und in Dissoziations-Zuständen können keine komplexen Botschaften aufgenommen werden!

Weiterhin kann auch eine nicht angemessene Interventionstechnik des Therapeuten die Aufmerksamkeit für das therapeutische Geschehen beeinträchtigen: wiederholte Abwehrdeutungen können zu einer feindselig-gereizten Stimmung führen, wenn der Patient den Therapeuten als verfolgend erlebt, dieser dieses Übertragungsmuster aber nicht benennt. Komplementär kann zu viel beruhigende Aktivität des Therapeuten zu einer Übermäßigen Schonung und Spannungsarmut führen.

Ziel dieser Aktivität auf der Ebene der *Arbeitsbeziehung* ist es also, eine Grundstimmung der Reflektion in der therapeutischen Dyade zu erzielen - es geht gewissermaßen um die Förderung einer kontinuierlichen Passung zwischen Patient und Therapeut.

Zwischen beiden wird eine „partnerschaftliche Ebene“ angestrebt, geprägt von Neugier und Erkenntnisinteresse: „was machen wir beide da gerade zusammen?“

Durch diese kontinuierliche Stärkung der Arbeitsbeziehung kann der Therapeut die Aufnahme und Verarbeitung von Übertragungs-Deutungen fördern, weil die immer prekäre Grenze zwischen Innen und Außen, Ich und Nicht-Ich, Subjekt und Objekt beachtet, thematisiert und gefestigt wird.

Gerade wenn also Regression im Dienste des Ichs ermöglicht wird, um „ausreichend tief“ deuten zu können, was für eine strukturelle Veränderung notwendig ist; wenn also von den unterschiedlichen inneren, oft *kindlichen Anteilen* der Persönlichkeit des Patienten die Rede ist, muss *gleichzeitig* konstant dieser beobachtende, gesunde Ich-Anteil im Patienten angesprochen werden, um pathologische regressive Entwicklungen zu verhindern, den Patienten nicht zu verwirren und seine Fähigkeit zu fördern, in eine reflektierende Meta-Ebene gehen zu können.

In dieser Konzeption unterhalten sich Patient und Therapeut wie Zuschauer in einem Theater auf der Ebene der Arbeitsbeziehung, der Ebene der „Beobachtung“, darüber, was die in eine Übertragungs-Gegenübertragungsbeziehung einbezogenen bis verwickelten Anteile beider „auf der Bühne“, der Ebene der therapeutischen „Handlung“, miteinander erleben!

Weist ein Patient z.B. harsch die Interventionen des Therapeuten immer wieder zurück, könnte eine solche Deutung lauten: „Komisch, gerade kommt es mir so vor, als würden Sie wie eine kritische Mutter jeden meiner Sätze ungnädig zurückweisen, während ich wie ein Kind, das alles richtig machen will, um Ihre Zustimmung werbe - können Sie das auch so sehen, dass wir beide das zusammen veranstalten?“.

Durch diese Haltung wird das beständige Wechseln zwischen Erleben und Reflektieren, und damit die Fähigkeit zur psychischen Verarbeitung des Patienten, unterstützt.

Wenn *Übertragungsdeutungen* in einen solchen Kontext eingebettet und in einem „*dialogischen Stil*“, wie er z.B. in der TFP-Tradition üblich ist, gehalten sind, haben sie eben keinen überfordernden und Kohäsion störenden Charakter – wie z.B. von Rudolf und anderen zuweilen kritisiert wird - , sondern wirken Struktur-bildend! Diese Art der Übertragungsdeutung kommt nicht - wie manchmal bei „klassischen Übertragungsdeutungen“ - überraschend und vieldeutig, um einen weiten Assoziationsraum zu öffnen, sondern vorbereitet und mit der „Evidenz“ des gerade eben von beiden Therapie-Partnern erlebten!

### **3. Das Konzept der Gegenübertragung**

Eine große Stärke der Psychodynamischen Psychotherapie besteht darin, dem Therapeuten mit dem Konzept der *Gegenübertragung* „die Erlaubnis dafür zu geben“, seine eigenen Empfindungen, Äußerungen und Handlungsimpulse als wichtiges Instrument der Psychotherapie betrachten zu dürfen.

Damit ist er „nicht mehr alleine“ mit unangenehmen, beschämenden oder sonst wie „störenden“ Affekten und inneren Zuständen als „seinem Problem“, sondern kann diese immer wieder in Bezug auf die Übertragung des Patienten reflektieren und damit für den therapeutischen Dialog nutzen. Ich glaube, dass die Neu-Bewertung der Gegenübertragung gegenüber der ursprünglichen Konzeption von Freud durch Paula Heimann (1950) und andere, sie nämlich nicht mehr als Quelle der Störung,

sondern als Quelle der Erkenntnis für den therapeutischen Prozess zu sehen, wahrhaft revolutionär für die Entwicklung der Psychotherapie im Ganzen war.

Ich verstehe *Gegenübertragung* als Gesamtheit aller emotionalen Reaktionen des Therapeuten auf den Patienten, aller – auch leibnahen - Empfindungen, aller Handlungsimpulse und Phantasien gegenüber dem Patienten (vgl. Clarkin et al. 2008).

Diese vermitteln sich dem Patienten wiederum subtil, über die Mimik und Haltung des Therapeuten, seine Stimmlage, seinen Atemrhythmus und vieles andere mehr (s.a. Scharff 2009).

Die Gegenübertragung speist sich nach Kernberg (vgl. Kernberg et al. 2008) *aus vier Quellen*:

Der Übertragung des Patienten, der Realität im Leben des Patienten, der eigenen Übertragungsdisposition des Therapeuten auf den Patienten und schließlich der Realität im Leben des Therapeuten.

Die Gegenübertragung ist im Rahmen einer psychodynamischen Psychotherapie die verlässlichste Quelle, von der inneren Welt des Patienten Kenntnis zu gewinnen. (Königsberg 2000).

Als Grundregel kann gelten: Je kränker und schwerer gestört der Patient ist, umso intensiver sind dessen Übertragung und die entsprechende Gegenübertragung des Therapeuten. Dies ist ein Ergebnis der Identitätsdiffusion, der geringen Integration widersprüchlicher innerer Selbst- und Objektaspekte sowie der Dominanz primitiver Abwehrmechanismen. Im *intersubjektiven* Gegenübertragungsverständnis sind wir uns dabei jedoch stets bewusst, dass unsere *eigene* Haltung gegenüber dem Patienten, die sich eben auch aus unserer eigenen Lebensrealität und unserer eigenen Übertragung auf den Patienten ergibt, im Sinne gegenseitiger Beeinflussung wiederum die Übertragung des Patienten auf uns mitbestimmt. Eine frisch verliebte Therapeutin wird sich anders mit einer frisch verliebten Patientin fühlen als eine Therapeutin, die sich in einem quälenden Trennungsprozess befindet. In gewisser Weise „geht die Gegenübertragung der Übertragung voraus“.

#### **4. Gegenübertragungs-Komplikationen**

In der Beziehung zu Patienten mit Persönlichkeitsstörungen erleben wir in der Gegenübertragung oft heftige Gefühlszustände und Affekte negativer Art, aber auch Gefühle großer Nähe bis hin zu Verschmelzungserleben und intensivem sexuellen Begehren. Diese Intensität stellt sich in der Behandlung höher strukturierter Patienten in viel selteneren Momenten ein. Das archaische Erleben auf Seiten des Therapeuten spiegelt häufig das nicht bewältigte, abgespaltene und somit unbewusste Erleben des Patienten wider. Borderline-Patienten konfrontieren uns mit ihren archaischen Affekten und Begierden und damit auch mit Aspekten unserer eigenen archaischen Innenwelt.

Therapeuten erleben Gefühle des Zermürbtseins, der Hilflosigkeit und Ohnmacht, der Angst und der Wut. So können uns können die Patienten dazu veranlassen, selbst in primitive Abwehrmodi zu geraten, so dass der therapeutische Dialog entgleist und in einen Clinch führt. Rothstein (1999) weist auf den therapeutischen Ausweg hin, solche „Störungen“ in unserem eigenen Gegenübertragungserleben nicht nur zu tolerieren, sondern als eine interessante neue Information aufzufassen, die es in der „Laborsituation“ der psychodynamischen Psychotherapie zu verstehen gilt. Diese Sichtweise unterscheidet sich grundlegend von der häufig in Supervisionen auftretenden Annahme, man müsse unangenehme Gefühle in der Gegenübertragung nur lange genug „aushalten“. Dies entspricht einem falsch verstandenen Konzept von „Containment“ (Bion 1962), das z.B. eher Ausdruck einer rationali-

sierten masochistischen Gegenübertragungseinstellung sein kann. Gelingendes Containment ermöglicht es hingegen, offensiv das eigene Erleben für den Entwicklungsprozess des Patienten zur Verfügung zu stellen - später werde ich auf dieses Konzept wieder zurückkommen.

Häufig sind solche Gegenübertragungsprobleme mit *aggressiven* oder entwertenden Patienten Thema in Supervisionen und Team-Gesprächen.

Viel schwieriger ist es aber - und wird deshalb wohl häufig verschämt vermieden - über *erotisch-sexuelle Gegenübertragungen* zu sprechen und sie angemessen zu nutzen.

Naturgemäß entwickelt der männliche Therapeut bei attraktiven weiblichen Patientinnen zeitweise sexuelle Fantasien als eigene Übertragung - vice versa Therapeutinnen bei männlichen Patienten, die unter anderen Bedingungen als Flirt-Partner durchaus in Frage kämen, oder in homosexuell-lesbischen Konstellationen. Dies ist zunächst Teil einer „normalen“ Gegenübertragung, soweit sie nicht bereits einer Abwehr-bedingten Hemmung unterliegt. Möglicherweise durch die Ent-Sexualisierung der Psychoanalyse in den letzten Jahrzehnten einerseits und die wichtige Debatte über sexuellen Missbrauch in der Psychotherapie andererseits ist es aber zu einer verschämten Tabuisierung innerhalb des interkollegialen Diskurses gekommen.

Mehr Direktheit im Erkennen und Zulassen „normaler“ erotisch-sexueller Übertragung und Gegenübertragung erleichtert auch, den Komplikationen bei sexualisierten oder *Liebes-Übertragungen* angemessen zu begegnen: In der Psychotherapie neigen frühkindlich sexuell traumatisierte Frauen, aber auch histrionisch-narzisstische Patientinnen ohne grobe sexuelle Missbrauchsgeschichte oft dazu, die Beziehung zum Therapeuten zu „sexualisieren“. Hier sind nach Gabbard (2000) zwei Gegenübertragungsprobleme zu beobachten: Zum einen läuft der Therapeut Gefahr, aus Angst vor der erwachsenen gesunden reifen Sexualität der Frau die Patientin „klein zu machen“ und sexuelles Begehren nicht als solches anzuerkennen. Stattdessen führt er die sexuellen Wünsche der Patientin an ihn *ausschließlich* auf ungestillte prägenitale Schutz- und Versorgungswünsche zurück und erkennt damit der Patientin die erwachsene Weiblichkeit ab. Er fixiert sie in der Position des missbrauchten Opfers und nimmt ihr die Möglichkeit, sich mit ihrem eigenen sexuellen Begehren anzufreunden.

Die gegenläufige Gefahr ist – und dies besonders bei narzisstisch bedürftigen Therapeuten – die „hinter“ dem Verführungsversuch liegenden Re-Victimisierungstendenzen *nicht* zu erkennen, stattdessen sich als einzigartiges begehrenswertes Objekt „gemeint“ zu fühlen und in einer Art „golden phantasy“ (Smith 1984) mit der Patientin den Inzest nicht nur im Phantasieraum, sondern im konkret sexuellen Missbrauch zu wiederholen.

Gefahren der Entgleisung bestehen neben der oben beschriebenen Gefahr des gemeinsamen Ausagierens in der Übernahme einer „Retter-Rolle“. Die Patientin kann ihn subtil dazu veranlassen, sich selbst gegenüber den geschilderten Objekten und Partnern der Patientin als das idealere, befriedigendere Objekt zu empfinden und die realen Objekte der Patientin rivalisierend zu entwerten. Umso quälender trifft den Therapeuten dann aber auch das zwangsläufige Umschlagen der viel versprechenden erotischen Atmosphäre in Ödnis und das Entdecken einer relativen psychischen Leere unter dem Flirrenden und Schillernden der sexualisierten Übertragung.

Eine behutsam-hartnäckige Interpretation der Abwehrfunktion der Sexualisierung und die Analyse der Beziehung der kindlichen Anteile der Patientin zu den väterlich-mütterlichen Anteilen des Therapeuten muss die in diese Störung eingeschriebene „Sprachverwirrung“ zwischen der kindlichen und der genital-sexuellen Ebene aufzuheben versuchen (vergl. Lohmer und Wernz 2009)

## 5. Gegenübertragung und Deutungstechnik

In einer modernen psychodynamischen Konzeption der *Verwendung* von Gegenübertragung gibt es zwei gegensätzliche Positionen.

Die *erste* Position (z.B. Kernberg) versteht Gegenübertragung als einen zentralen „Informationskanal“ neben der Beachtung der verbalen Äußerungen des Patienten und seinem nonverbalen Verhalten. Die Gegenübertragung wird dabei registriert, dies führt zu einem verstärkten und vertiefenden Reflektieren des Therapeuten und schließlich zu einer *Patienten- bzw. „dyadenzentrierten“* Intervention, die aber die persönlichen Empfindungen des Therapeuten dem Patienten gegenüber nicht benennt. Z.B. kann eine klärend-deutende Intervention seitens der Therapeutin, die sich trotz aller gegenteiligen Bemühungen als ständig kritisierende Mutter wahrgenommen fühlt, lauten: „Es kommt mir hier atmosphärisch zwischen Ihnen und mir vor wie zwischen einer ständig kritisierenden Mutter und einer Tochter, die sich in chronischer Verteidigungshaltung fühlt. Ich habe den Eindruck, dass Sie mich wie solch eine chronisch kritisierende Mutter erleben und selbst unter Rechtfertigungsdruck geraten. Empfinden Sie es auch so oder anders?“.

Die Gegenübertragung hilft in dieser Konzeption dem Therapeuten also, Material für eine angemessene Deutung des Übertragungs-Geschehens zu sammeln.

Die *zweite* Position, z.B. in der Tradition der „relationalen Psychoanalyse“ (vgl. Mitchell 2000), wie sie sich in den USA entwickelt hat, sieht im direkten Aussprechen und „Bekennen“ der Gegenübertragungsgefühle („self-disclosure“) dagegen einen wichtigen Beziehungs-Fördernden Faktor.

Ich plädiere hier für eine *Mittelposition*, die von Bions (1962) Konzeption der Beziehung von „Container und Contained“ ihren Ausgang nimmt. Ein unmittelbares Aussprechen von Gegenübertragungsgefühlen wie z.B.: „Sie machen mich jetzt ganz wütend, hilflos, ohnmächtig“ würde ich als nicht hilfreich ansehen - dieses Aussprechen dient in der Regel der Entlastung des Therapeuten, aber nicht dem gemeinsamen Verstehen. Der Therapeut hätte hier eben nicht in einem Prozess des Containment über seine Empfindungen nachgedacht und sie verarbeitet, sondern sie direkt an den Patienten zurückgegeben, re-projiziert - Patienten reagieren darauf zurecht mit Abwehr oder Schuldgefühlen.

Kann der Therapeut ein solches Containment leisten, ist es meiner Erfahrung nach bei schwerer gestörten Patienten gerade in Konfliktsituationen ungemein hilfreich, im Dienste des Verstehens die eigene Befindlichkeit als Ausgangspunkt einer Intervention zu nehmen, die den Patienten dazu einlädt, über die gemeinsame Beziehungsdynamik zu reflektieren. Steiner (1999) führte dazu den Begriff der „Therapeuten-zentrierten“ Intervention ein. Er beobachtete, dass sich manche Patienten von „Patientenzentrierten Deutungen“ („Sie versuchen gerade, mich in die Enge zu treiben“) angegriffen fühlten. In der *therapeutenzentrierten Deutung* benennt der Therapeut, wie er sich vom Patienten wahrgenommen fühlt und welche Auswirkung das vermutlich auf den Patienten hat. („Sie erleben mich als ängstlich, und das verunsichert Sie“).

## 6. Die „Gegenübertragungs-geleitete“ Deutungstechnik

In einer *Erweiterung* des Steiner'schen Konzeptes der „*Therapeuten-zentrierten Intervention*“ hin zur „*Gegenübertragungs-geleiteten*“ Intervention finde ich es sinnvoll, die eigene Gegenübertragung

in beobachtender und reflektierender Weise auszusprechen, damit eine Wahrnehmung des Patienten zu validieren und das eigene Erleben *explizit* als Ausgangspunkt für eine Intervention zu nehmen (vergl. a. Schneider-Heine und Lohmer, 2010). Hat man den Eindruck, bei einem Patienten mit seinen Beiträgen „nicht landen“ zu können, könnte eine Deutung beispielsweise lauten: „Ich habe bemerkt, dass ich eben recht ärgerlich geworden bin und Sie geradezu zurechtgewiesen habe. Ist Ihnen das auch aufgefallen? Ich glaube, das hat damit zu tun, dass ich in wachsendem Maße das Gefühl bekommen habe, bei Ihnen nicht ‘durchzukommen’ oder ‘landen zu können’ und deswegen mich dazu bringen ließ, immer heftiger und eindringlicher zu werden. Wie haben Sie das erlebt?“

Wie ist diese Intervention aufgebaut? Zunächst beschreibt der Therapeut seinen inneren Zustand und sein daraus resultierendes Verhalten dem Patienten gegenüber. Dann bezieht er ihn mit seiner Frage („Ist Ihnen das auch aufgefallen“?) ein. Als nächstes entwickelt der Therapeut - laut denkend - eine Hypothese, wie sein eigenes Erleben und Verhalten mit dem Verhalten des Patienten zusammenhängen könnte.

Die erste Intervention kann nach einer Klärung im therapeutischen Dialog in der Stunde dann in eine weitere Intervention münden, die etwa so lauten könnte: „Vielleicht passiert hier zwischen uns ja etwas, was generell in konflikthaften Situationen zwischen Ihnen und anderen passiert, und wir können hier sehen, wie Abschottung bei Ihnen dazu führt, dass der andere ärgerlich und eindringend wird, in dem Fall ich. Eine Reaktion, die Ihnen unvermittelt, unverständlich und feindselig vorkommt und bei Ihnen wiederum dazu führt, dass Sie sich noch mehr abschotten“.

Hier generalisiert der Therapeut das Muster der Interaktion zwischen dem Patienten und ihm vom Spezialfall der therapeutischen Beziehung zum sozialen Feld des Patienten.

Dieses Modell der „Gegenübertragungs-geleiteten“ Intervention hat mehrere Vorteile:

Der Therapeut kann auf diese Weise „laut denken“ und sich aus einer eigenen Gegenübertragungsnot dadurch befreien, dass er zunächst einmal beginnt, darüber zu reflektieren, in welcher Weise er zu einem ungewöhnlichem Gefühl oder Verhalten gebracht wurde. Er kann sich so aus der Verwicklung in eine projektive Identifizierung zu lösen beginnen. Der Patient wiederum kann am Gedankengang des Therapeuten auf eine nicht bedrohliche Weise teilhaben, ohne Angst haben zu müssen, jetzt als der „Schuldige“ dazustehen, da der Therapeut zunächst ja über eigene Empfindungen oder „Fehler“ spricht. Indem der Therapeut dem Patienten so noch „unfertige“, aber reflektierende Gedanken und Empfindungen vorführt, geht er bewusst das „Risiko“ ein, sich für „Fehler“ angreifbar zu machen, lädt den Patienten durch seine Offenheit aber immer wieder zum „Mitdenken und -fühlen“ ein. Der Therapeut, signalisiert dem Patienten so auch, dass ein Risiko einzugehen, sich auch verwundbar zu machen im therapeutischen Prozess, lohnend ist.

Die Gegenübertragung wird so beschrieben und ausgesprochen, aber in einer reflektierenden Form, die in Hypothesen über die gemeinsame „Übertragungs-Gegenübertragungsszene“ mündet. Diese „*Arbeitshypothesen*“ fungieren als Einladung an den Patienten, sich in die Perspektive des Therapeuten hineinzusetzen und an einer gemeinsamen Reflexion über das gerade Erlebte zu beteiligen. Die spezielle *Technik der gegenübertragungsgeleiteten Deutungstechnik* nutzt im Therapeutischen Dialog eine Art „Reißverschlussystem“: durch sein „lautes Nachdenken“ lässt der Therapeut den Patienten am eigenen „Verfertigen der Gedanken beim Reden“ (Kleist 1805) teilhaben, gibt gleichzeitig durch die Beschreibung seines Empfindens eine Evidenz für die „Arbeitshypothesen“ (Deutungen) und hält immer wieder inne, um dem Patienten „Einstiegsstellen“ zu ermöglichen („Was



denken Sie dazu, wie finden Sie das, erinnert Sie das an etwas, liege ich da richtig oder daneben, kommt Ihnen das ganz unsinnig oder irgendwie einleuchtend vor?“)

Dieses Erzählen kleiner Geschichten und Beschreibungen darüber, wie der Therapeut gerade den Kontakt zum Patienten erlebt und was ihm dazu einfällt hat weiterhin die Funktion, *Kohärenz* zu erzeugen: die verschiedenen abgespaltenen und projizierten Anteile des Patienten - Ausdruck seiner Identitätsdiffusion - werden in der Übertragung benannt und in Zusammenhang gebracht („gathering the transference“, wie es Betty Joseph, 1989, beschreibt).

Insbesondere wenn Spaltung und Projektion dominieren und damit ein Prozess der Integration behindert wird, sollte immer wieder die Verbindung zwischen dem interpersonellen Geschehen und der intrapsychischen Problematik markiert werden:

Zunächst sollte die *interpersonelle* Spaltung durch eine „*Polarisierungs-Deutung*“ fokussiert werden, im ersten Schritt durch eine *Konfrontation*, z.B.: „Merken Sie, wie ich immer besorgter um Ihre Gesundheit und Ihr Wohlbefinden werde, Sie nach Anlässen nach Ihrer Selbstverletzung und anderen Möglichkeiten der Spannungsbewältigung frage, während Sie scheinbar unberührt, ja eher noch „genervt durch mein herumreiten auf dem bisschen Schneiden“ ganz zufrieden mit dieser Bewältigungsmöglichkeit zu sein scheinen?“

Kann der Patient diese Konfrontation annehmen, könnte eine *Übertragungs-Deutung* folgen wie:

„Könnte es sein, dass Sie sich auf diese Weise einen störenden inneren Konflikt, wie Sie zu Ihrer Selbstbeschädigung stehen, ersparen können und statt dessen die beiden Seiten zwischen uns aufgeteilt werden - an mich haben Sie die Sorge um sich abgegeben, während Sie selber unberührt sein können, ja geradezu zufrieden mit dieser wunderbaren Möglichkeit, sich zu beruhigen?“

Könnte dies vom Patienten „verdaut“ werden, kann als nächster Schritt die *intrapsychische* Spaltung durch eine „*Teile-der-Persönlichkeits-Deutung*“ thematisiert werden, z.B.:

„eine Seite von Ihnen sorgt sich tatsächlich um Ihre Gesundheit, hat im Moment aber keine Chance gegen die andere Seite, die fast lustvoll sich schädigt“!

Ziel dieser Deutungstechnik ist es, an die Stelle von *Identitätsdiffusion* schrittweise eine *integrierte Identität* zu ermöglichen - und damit ein wesentliches Therapieziel in der Psychodynamischen Psychotherapie schwer gestörter Patienten anzustreben.

*Ich komme zum Ende:*

Wir haben gesehen, dass eine „Gegenübertragungs-geleitete“ Deutungstechnik besonders bei Patienten mit einer strukturellen Ich-Störung eine gute Möglichkeit darstellt, den Therapeutischen Dialog fruchtbar werden zu lassen.

Im Rahmen der psychodynamischen Psychotherapie stellen Übertragung und Gegenübertragung Basiskonzepte dar, die uns helfen, „Handlungs-, und „Beobachtungsebene“ in der Therapeutischen Beziehung zu erfassen.

Dabei haben wir auch gesehen, dass es gerade in der Arbeit mit schwer gestörten Patienten sinnvoll ist, dem Konzept der „Arbeitsbeziehung“ als Teil der Therapeutischen Beziehung eine besondere Aufmerksamkeit zu widmen, um die Aufnahmefähigkeit des Patienten für die Interventionen des Therapeuten zu fördern. Dies hilft auch, zusammen mit einer geeigneten Deutungstechnik, nicht un-

nötigen Widerstand beim Patienten zu provozieren. Wir haben uns auch damit beschäftigt, dass bestimmte Konzepte, wie die Auflösung von Spaltung durch geeignete Interventionsstrategien, für ein störungs-orientiertes Vorgehen sprechen - in unserem Fall einem Vorgehen, das am Strukturniveau der Patienten orientiert ist. Schließlich haben wir gesehen, dass die Analyse und Verwendung der Gegenübertragung des Therapeuten, gerade auch durch die Berücksichtigung der möglichen Komplikationen, einen besonders hilfreichen Weg zum Verständnis des gemeinsamen Unbewussten von Patienten und Therapeuten darstellen.

**Danksagung:** Für die hilfreiche Diskussion dieser Arbeit und der ihr zugrundeliegenden Konzepte danke ich Frau Dr. Agnes Schneider-Heine und Frau Dr. Corinna Wernz.

### **Literaturverzeichnis:**

- Bateman, A. u. Fonagy, P. (2004): Psychotherapy for Borderline Personality Disorder. Mentalization-based treatment. New York: Oxford University Press.
- Bioin, W.R. (1962): Lernen durch Erfahrung. Frankfurt/Main: Suhrkamp 1990
- Clarkin J.F., Yeomans F.E., Kernberg O.F. (2008): Psychotherapie der Borderline-Persönlichkeit - Manual zur psychodynamischen Therapie. Stuttgart: Schattauer, 2. Auflage.
- Gabbard G.O., Wilkinson S.M. (2000): Management of Countertransference with Borderline-Patients. Northvale, New Jersey: Aronson (first softcover edition).
- Heimann, P. (1950): On countertransference. International Journal of Psychoanalysis, 31, 81-84 (dt.: Über die Gegenübertragung. Forum der Psychoanalyse, 12, 179-184, 1996).
- Joseph, B. (1989): Psychic Equilibrium and Psychic Change. Selected Papers of Betty Joseph. London: Tavistock/Routledge
- Kernberg O.F., Yeomans F.E., Clarkin J.F., Buchheim P. (2008): Psychodynamische übertragungsfokussierte Psychotherapie (TFP) von Patienten mit einer Borderline-Persönlichkeitsorganisation. In: Dreyer K.A., Schmidt M.G. (Hg.): Niederfrequente psychoanalytische Therapie, Stuttgart: Klett-Cotta.
- Kleist, H. von (1805): „Über die allmähliche Verfertigung der Gedanken beim Reden“. Aus: Sämtliche Werke und Briefe, hg. von Helmut Sembdner, 2 Bde. München: 1978/ 9 1993.
- Königsberg, H.W. (2000): Gegenübertragung. In: Kernberg O.F., Dulz B., Sachsse U. (Hg.). Handbuch der Borderline-Störungen. Stuttgart: Schattauer, S. 87 - 97
- Lohmer, M. (2005): Borderline-Therapie. Psychodynamik, Behandlungstechnik und therapeutische Settings; Stuttgart: Schattauer, 2. Auflage

- Lohmer M., Wernz, C. (2009): Sexualität und Abwehrmechanismen In: Dulz B., Benecke C., Richter-Appelt, H. (Hg.). Borderline-Störungen und Sexualität. Atiologie - Störungsbild - Therapie. Stuttgart: Schattauer
- Mitchell, S. (2000): Relationality. From Attachment to Intersubjectivity. Hillsdale, NJ, The Analytic Press.
- Rudolf, G. (2004): Strukturbezogene Psychotherapie. Leitfaden zur psychodynamischen Therapie struktureller Störungen. Stuttgart: Schattauer.
- Rothstein, A. (1999): Some Implications of the Analyst feeling disturbed while working with disturbed Patients. Psychoanalytic Quarterly; LXVIII, S. 541 - 558
- Scharff, J.M. (2009): Verwickeln und Entwickeln – das analytische Paar und das Sexuelle; Psyche 63., S. 1 - 21
- Schneider-Heine, A. u. M. Lohmer (2010): Abwehr und Gegenübertragung. In: Dulz, B., Herpertz, S., Kernberg, O.F., Sachsse, U. (Hg.) Handbuch der Borderline-Störungen, Stuttgart: Schattauer (in Druck).
- Smith, S. (1984): The sexually abused Patient and the abusing Therapist: A study in sadomasochistic Relationships. Psychoanalytic Psychology, S. 89 - 98
- Van der Hart O., Nijenhuis E.R.S., Steele, K. (2008): Das verfolgte Selbst - Strukturelle Dissoziation und die Behandlung chronischer Traumatisierung. Paderborn: Jungfermann
- Steiner J. (1999): Orte des seelischen Rückzugs, Stuttgart: Klett-Cotta, 2. Auflage
- Young, J.E., Klosko, J.S., Weishaar, M.E. (2005): Schematherapie. Ein praxisorientiertes Handbuch. Paderborn: Jungfermann
- 

### **Kontakt:**

Dr.phil., Dipl.-Psych.  
Mathias Lohmer  
Psychother. Praxis  
Feilitzschstr. 36  
80802 München

e-mail: lohmer@t-online.de