

Gegenübertragung

- Freud
- Gegenübertragung als analog zur Patientenübertragung im Analytiker entstehender emotional-kognitiver Vorgang

Der Begriff der Gegenübertragung thematisiert das Einbezogenensein des Therapeuten mit seinen eigenen Reaktionstendenzen und insbesondere auch mit seinen unbewussten Anteilen in die Dynamik des therapeutischen Prozesses. Das Phänomen wird von Therapeuten verschieden definiert und benutzt und ist bis heute eines der wichtigsten Instrumente psychoanalytischer Arbeit. Dabei hat der Begriff in seiner 90-jährigen Geschichte einen enormen Bedeutungswandel erfahren. In diesem Beitrag werden die geschichtliche Entwicklung, der Bedeutungswandel des Begriffs und der daraus resultierende veränderte Umgang mit der Gegenübertragung dargestellt.

Geschichte und Entwicklung

Freuds Gegenübertragungsbegriff

Die Beunruhigung über den Umgang auf Seiten des Analytikers mit bestimmten erotisch-sexuell gefärbten Formen der Übertragung führten zur Beschäftigung mit dem Konzept der **Gegenübertragung als analog zur Patientenübertragung im Analytiker entstehenden emotional-kognitiven Vorgang**. Seine ersten schriftlichen Äußerungen dazu finden sich im Freud-Jung-Briefwechsel 1909 (McGuire u. Sauerländer 1974). Öffentlich erwähnt Freud den Begriff „Gegenübertragung“ zum ersten Mal 1910 in seinem Vortrag: „Die zukünftigen Chancen der psychoanalytischen Therapie“, in dem er ausführt:

Wir sind auf die Gegenübertragung aufmerksam geworden, die sich beim Arzt durch den Einfluss des Patienten auf das unbewusste Fühlen des Arztes einstellt, und sind nicht weit davon, die Forderung zu erheben, dass der Arzt diese Gegenübertragung in sich erkennen und bewältigen müsse. Wir haben... bemerkt, dass jeder Analytiker nur soweit kommt, als seine eigenen Komplexe und inneren Widerstände es gestatten, und verlangen daher, dass er seine Tätigkeit mit einer Selbstanalyse beginne und diese, während er seine Erfahrungen am Kranken macht, fortlaufend vertiefe (Freud 1910, S. 108).

Daraus folgert er 1912 für das seiner Ansicht nach richtige Verhalten des Analytikers:

Ich kann den Kollegen nicht dringend genug empfehlen, sich während der psychoanalytischen Behandlung den Chirurgen zum Vorbild zu nehmen, der alle seine Affekte

Dr. med. Aglaja Stirn

Klinikum der Johann-Wolfgang-Goethe-Universität, Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Psychotherapeutische Ambulanz (Hs 93), Heinrich-Hoffmann-Straße 10, 60528 Frankfurt a. M., E-Mail: stirn@em-uni-frankfurt.de

und selbst sein menschliches Mitleid beiseite drängt und seinen geistigen Kräften ein einziges Ziel setzt: die Operation... (Freud 1912, S. 375–387).

Freud wies immer wieder auf die Notwendigkeit hin, dass der Analytiker durchanalysiert sein muss. Der Arzt soll undurchsichtig für den Analysanden sein und wie eine Spiegelplatte nichts anderes zeigen als ihm gezeigt wird. Vom Analytiker verlangt ein derartiges Vorgehen viel Geschick, Geduld, Ruhe und Selbstverleugnung. Deswegen empfahl Freud dem Therapeuten, sich alle fünf Jahre einer Analyse zu unterziehen, um den Gefahren, die im Umgang mit dem verdrängten Material entstehen, adäquat zu begegnen.

Frühe Bewertungen der Gegenübertragung

Ca. 30–40 Jahre lang galt die Gegenübertragung so ausschließlich als eine Störvariable, die einen verzerrenden Einfluss auf die Objektivität des Analytikers und damit auf die psychoanalytische Behandlung ausübt. Die Gegenübertragung war sozusagen der **blinde Fleck in der Spiegelfunktion des Therapeuten**. Es entwickelte sich eine geradezu phobische Einstellung der Therapeuten gegenüber ihren eigenen Gefühlen, da man das Ideal forderte, der Analytiker habe anonym, eben ein Spiegel zu bleiben und es gäbe keinen Platz für die Beschäftigung mit eigenen Emotionen, dem eigenen Unbewussten und wie man selbst damit umgeht.

Differenzierung des Gegenübertragungsbegriffs

Die Gegenübertragung wurde erst 30 Jahre nach Freud wieder thematisiert und in eine neue Perspektive gerückt (z. B. Balint 1939; Bermann 1949; Winnicott 1949; Reich 1951; Cohen 1952; Gitelson 1952; Little 1951). Besonders der Beitrag von Paula Heimann 1950 wird als Wendepunkt in der Gegenübertragungsdiskussion verstanden. Zwar hat Ferenczi bereits 1919 drei Phasen der Gegenübertragung beschrieben. Diese konnten jedoch an der damals herrschenden übergroßen Ängstlichkeit vor der Gegenübertragung nichts ändern. Im Jahr 1945 (1974) hob dann Fenichel hervor, dass die Angst vor der Gegenübertragung den Analytiker dazu bringen könnte, jede menschliche Natürlichkeit in den Reaktionen seinen Patienten gegenüber zu unterdrücken. Auch Bermann betonte 1949, dass die negative Einschätzung der Gegenübertragung zu einer rigiden antitherapeutischen Einstellung geführt habe.

Paula Heimanns totalistische Gegenübertragung

Die Wendung vom „Aschenputtel der psychoanalytischen Technik hin zur strahlenden Prinzessin“ (Thomä u. Kächele 1985, S. 101) leitete ein Vortrag mit dem Titel „Bemerkungen zur Gegenübertragung“ von Paula Heimann im Jahre 1950 ein: „Die Gegenübertragung des Analytikers ist nicht nur das A und O der analytischen Beziehung, sondern sie ist die *Schöpfung* des Patienten. Sie ist ein Teil der Persönlichkeit des Patienten.“ Heimann leitete mit ihrem Vortrag die so genannte „totalistische“ Sichtweise der Gegenübertragung ein, in der man **alle Gefühle des Analytikers seinem Patienten gegenüber als Gegenübertragung** betrachtet. In ihrem Vortrag führte sie aus, dass es nicht das Ziel der Lehranalyse sei, den Analytiker zu einer Maschine zu machen, die aufgrund intellektueller Prozesse Deutungen produziert, sondern ihn zu befähigen, seine Gefühle auszuhalten, statt sie zu agieren. Die Zweierbeziehung zwischen Analytiker und Patient unterscheidet sich von anderen Beziehungen durch den Grad der Gefühlserlebnisse des Analytikers und durch den Gebrauch, den er davon macht. Nach Auffassung Heimanns benötigt der Analytiker einen beweglichen emotionellen Spürsinn, um die Gefühlsregungen und unbewussten Phantasien des Patienten wahrzunehmen und ihnen zu folgen. Durch den Vergleich seiner eigenen Gefühle mit den von dem Patienten vorgebrachten Assoziationen kann er überprüfen, ob er den Patienten verstanden hat oder nicht.

In Momenten starker Gefühlsregungen muss bis zu dem Moment abgewartet werden, an dem der Analytiker versteht, was sich ereignet hat.

Heimann hat wie keine andere Autorin bis dahin den **positiven Wert der Gegenübertragung als wesentliches diagnostisches Hilfsmittel**, als via regia zum Unbe-

► **Blinder Fleck in der Spiegelfunktion des Therapeuten**

► **Alle Gefühle des Analytikers gegenüber dem Patienten als Gegenübertragung betrachten**

► **Positiver Wert der Gegenübertragung als wesentliches diagnostisches Hilfsmittel**

wussten des Patienten und als psychoanalytisches Forschungsinstrument betont. Sie vertrat die Ansicht, dass je vollkommener sich der Analytiker der Gegenübertragung öffne, desto besser sich diese als diagnostisches Hilfsmittel eigne. Geteilt wurde ihre Ansicht von Analytikern wie Racker, Winnicott, Kernberg, Loch u. a. Heimanns Auffassung unterlag jedoch einer Entwicklung: 1978 hat sie sich von der Bemerkung distanziert, die Gegenübertragung sei eine Schöpfung des Patienten.

Kritiker der totalistischen Auffassung

Kritiker der totalistischen Auffassung merken an, dass der Analytiker bei Vertretung dieser Ansicht stets dazu verleitet ist, zu sagen: „Das hat der Patient in mir induziert“, damit einen tiefenhermeneutischen Prozess kurzschließt und sich nicht mehr die Mühe macht, darüber nachzudenken, wie es dazu kam und in welchem Ausmaß eigene neurotische Reaktionen den Anlass gaben. Bereits 1948 schrieb Searles (1978/79), dass übertragungsbestimmte Projektionen auf keinen Fall einfach nur intrapsychisch entstandene Verzerrungen sind, sondern stattdessen tendenziell auf tatsächlichen Persönlichkeitseigenschaften und Verhaltensweisen des Analytikers beruhen, die allerdings aufgrund der intrapsychischen pathologischen Bedürfnisse des Patienten stark vergrößert werden. Die Überlegungen von Searles verwiesen schon damals auf die Notwendigkeit, dass Analytiker viel sorgfältiger auf die gegenwärtig aktualisierten Beziehungserfahrungen mit ihren Patienten achten sollten.

Greenson (1973) vertrat die Position, dass die **▶Gegenübertragung des Analytikers das Pendant zur Übertragung des Patienten** darstellt, das aus unverarbeiteten ungelösten Konflikten seitens des Analytikers resultiert. Sie kann sich als generelle Haltung manifestieren. Man könnte diese Reaktion Übertragung des Analytikers nennen. Greenson verwies darauf, dass der Analytiker immer wieder reflektieren sollte, was seine eigenen Übertragungen, seine eigenen Persönlichkeitshaltungen und Einstellungen sind.

Transaktioneller Ansatz

Nach Möller (1977) läuft die Gegenübertragung über lange Zeit unbewusst ab. Jede Kommunikation hat nichtbewusstseinsfähige Elemente, die überwiegend nonverbal, körpersprachlich, primärprozesshaft organisiert sind. Die **▶unbewusste Kommunikation** hängt also zu einem Großteil davon ab, wie der Analytiker mit den bei ihm ausgelösten inneren Bildern, Affekten und Objektbeziehungen umgehen kann. Diese *transaktionelle Sichtweise* legt die Notwendigkeit nahe, eigene neurotische Übertragungen auf die Patienten, den Einfluss von Persönlichkeitshaltung und andere subjektive Affekte und Verhaltensweisen zu reflektieren. Viel häufiger wird die **▶gefühlsmäßige Einstellung gegenüber dem Patienten durch die Art der verbalen und nonverbalen Interventionen** ausgedrückt, also wie man zuhört, an welchen Stellen man schweigt, welchen Wert man Übertragungsdeutungen oder genetischen Rekonstruktion beimisst etc. Der Patient überträgt dem Therapeuten beides, das übertragene Objekt und den korrespondierenden Zustand des Selbst. Selbst und Objekt sind im Analytiker zwar nicht gleichzeitig intrapsychisch gegenwärtig, doch, wie auch Kernberg (1965) betont, kommt es darauf an, die Beziehung zwischen Selbst und Objekt zu verstehen. So wie ein Patient sich gegen das Bewusstwerden seiner Übertragung und gegen die Auflösung der Übertragung wehren kann, so gibt es auch beim Analytiker einen **▶Widerstand gegen das Bewusstwerden und die Auflösung der Gegenübertragung**. Während im ersten Fall der Analytiker sich gegen das Bewusstwerden bestimmter Gefühle, Affekte und Phantasien wehrt, gelingt es ihm im zweiten Fall nicht, mit den starken ausgelösten Gefühlen angemessen umzugehen. So ist die Gegenübertragung nicht per se ein wertvolles Diagnostikum, sondern **▶erst die reflektierte Gegenübertragung hilft weiter**. Immer aber besteht die Gefahr, dass sich der Analytiker mit der Abwehr seines Patienten verbündet, gemeinsam mit ihm agiert und dabei bleibt.

Sandlers Rollenempfänglichkeit

Sandler (1976) postuliert deshalb neben der Haltung der gleichschwebenden Aufmerksamkeit auch eine **▶Haltung der gleichschwebenden Rollenbereitschaft**, die er

▶ **Gegenübertragung des Analytikers Pendant zur Übertragung des Patienten**

▶ **Unbewusste Kommunikation**

▶ **Verbale und nonverbale Interventionen als Ausdruck der gefühlsmäßigen Einstellung**

▶ **Widerstand gegen das Bewusstwerden und die Auflösung der Gegenübertragung**

▶ **Erst die reflektierte Gegenübertragung hilft weiter**

▶ **Haltung der gleichschwebenden Rollenbereitschaft**

► Komplementäre Rolle

► Projektive Identifikation zum Verständnis von nonverbalen Austauschprozessen

► „Container-Contained-Konzept“

► Die psychoanalytische Situation ist ein Interagieren von zwei Personen

► Reaktionen nicht nur komplementär oder konkordant, sondern als gesamte Person

Rollenempfänglichkeit nennt. Er hat die Komplementaritätseinstellung rollentheoretisch ergänzt, indem er die Interaktion zwischen Patient und Analytiker auf die intrapsychische Rollenbeziehung zurückführte, die jeder dem anderen aufzudrängen sucht. Der Analytiker reagiert also oft ohne es zu wissen auf die „cues“, die ihm der Patient zuwirft und übernimmt so eine, von diesem unbewusst intendierte Rolle. Um sich über diese Rollenempfänglichkeit bewusst zu werden, sollte sich der Analytiker immer wieder fragen, was er in dieser Sitzung anders gemacht hat als sonst.

Die Rollenbeziehung des Patienten besteht zum einen in der Rolle, in der er sich selbst befindet und zum anderen in einer ► **komplementären Rolle**, die er im gleichen Augenblick dem Analytiker zuweist. Man könnte den therapeutischen Prozess rollentheoretisch als einen Weg beschreiben, der immer mehr zu den eigentlichen Rollen hinführt, die der Patient nicht nur spielen, sondern auch sein möchte. Entzöge sich der Analytiker der Komplementarität, so würde er die Neuinszenierung des wahren Selbst des Patienten erschweren.

Klein und Bion

Diese Gegenübertragung auslösenden „cues“ laufen natürlich auch auf der nonverbalen Ebene ab. Hier hat sich das Konzept der ► **projektiven Identifikation** als geeignet zum **Verständnis von nonverbalen Austauschprozessen** erwiesen. Es wurde ursprünglich 1946 von Melanie Klein eingeführt und weiter ausgearbeitet. Klein stand einem erweiterten Konzept der Gegenübertragung, wie Heimann es postuliert hatte, zunächst ablehnend gegenüber. Für sie war die projektive Identifikation eine omnipotente Phantasie zur Abwehr primitiver Ängste, also eine Phantasie, die die Art und Weise, wie der Patient den Therapeuten erlebt, verändert. Bion erweiterte das Konzept in Hinblick auf kommunikative Aspekte – er legte mehr Gewicht auf die Seite des Therapeuten, also den Empfänger der projektiven Identifikation. Kleinianisch arbeitende Therapeuten benutzen das Konzept im Sinne eines „state of mind“, der im Therapeuten durch verbale und nonverbale Aktionen des Patienten hergestellt wird. Der Therapeut beteiligt sich zunächst in einem re-enactment, um in einem zweiten Schritt die projektive Identifikation in seiner Gegenübertragung zu erkennen (Staehele 1997).

Bion (1962) erweiterte das Modell mit seinem ► **„Container-Contained-Konzept“**, in dem die Externalisierung von Selbst- und Objektanteilen via Interaktion in dem Interaktionspartner erfolgt. Während innerhalb des ersten Entwicklungsstadiums des Konzepts der projektiven Identifikation die Prozesse der Projektion und Identifikation sich auf Veränderungsvorgänge *innerhalb* der psychischen Repräsentanzen beziehen, und der tatsächliche Interaktionspartner davon nicht betroffen ist, wurde im zweiten Stadium eine Brücke zwischen den intrapsychischen Phantasien im Patienten und den Gegenübertragungsreaktionen des Analytikers geschlagen. In der projektiven Identifikation sind intrasubjektive und intersubjektive Aspekte der Gegenübertragung zusammengebracht (ausführlich s. unten).

Subjektivität des Analytikers

Immer mehr rückt die Subjektivität des Analytikers in den Fokus der Aufmerksamkeit. Insofern spricht die moderne psychoanalytische Forschung immer mehr davon, dass die ► **psychoanalytische Situation ein Interagieren von zwei Personen** ist, die sich in ihrer Subjektivität verstehen müssen. Die Reaktion des Analytikers, die in jeder Minute der analytischen Interaktion abläuft, lässt eine Gegenreaktion entstehen, wodurch diese zu einem wichtigen Stimulus für den Patienten wird, der in einer bestimmten Art darauf reagiert. Der Analytiker reagiert also nicht nur ausgestanzt auf die Übertragung, ► **nicht nur komplementär oder konkordant, sondern als gesamte Person** mit seinen eigenen neurotischen Übertragungsgefühlen, mit der Projektion von Selbstanteilen, ja sogar mit eigenen projektiven Identifikationen.

Der sozialkonstruktivistische Ansatz

In den letzten Jahren wick das Konzept des *objektiven Analytikers* immer mehr dem *sozialkonstruktivistischen Ansatz* (Gergen 1985; Hoffman 1991). Dieser Ansatz geht davon aus, dass weder der Analytiker noch der Patient in der Lage sind, eine a priori

► **Jede Erkenntnis ist schon das Produkt eines äußerst komplexen Informationsverarbeitungsvorgangs**

► **Psyche auch als zirkuläres System**

► **Selbstbezoglicher Rückkopplungsprozess**

► **„Äquilibrierendes“ Selbstsystem**

► **Neurotizität tritt dann ein, wenn das übertragene Muster dysfunktional wird**

► **Übertragung und Gegenübertragung gleichzeitige Vorgänge im Patienten und beim Analytiker**
► **Folgen intrapsychischer und intrapersoneller Organisations- und Reorganisationsvorgänge**

► **„matching“**
► **„affect attunement“**

gegebene, von ihnen unabhängig und vorgefundene Wirklichkeit zu erkennen. Vielmehr wird diese Wirklichkeit durch die Wahrnehmung und ihre neurophysiologischen und gelernten Gesetzmäßigkeiten eigentlich erst konstruiert. Eine objektive Erkenntnis ist also deshalb nicht möglich, weil ► **jede Erkenntnis schon das Produkt eines äußerst komplexen Informationsverarbeitungsvorgangs** ist (Herold 1995). In diese Vorstellung spielen Konzepte wie die Heisenbergsche Unschärferelation hinein, die davon ausgeht, dass das beobachtete Objekt durch den Vorgang des Beobachtens bereits schon in sich verändert wird und somit nicht mehr in der ursprünglichen Gestalt erfasst werden kann. Hoffman (1991) spricht nicht nur von einem Wechsel von der Trieb- zur Objektbeziehungstheorie, sondern auch von einem grundsätzlichen Fortschritt vom positivistischen zum konstruktivistischen Modell. Das Verständnis des Therapeuten ist so immer Resultat aktiver Erkenntnissuche in einem interpersonalen Feld (Bettighofer 1998).

Die Psyche als zirkuläres System

Von der modernen Hirnforschung beeinflusst, lässt sich die ► **Psyche auch als zirkuläres System** sehen (Maturana 1985). Die zirkuläre Organisation erfüllt die Voraussetzung, dass eine Interaktion, die einmal stattgefunden hat, wieder stattfinden kann. Es gibt einen ► **selbstbezüglichen Rückkopplungsprozess**. Es wird ein Prozess in Gang gesetzt, durch den diese Elemente wieder erzeugt werden. Dadurch wird Identität geschaffen. Damit wird die Psyche als ein System gesehen, das sich im Sinne dieser autopoetischen Prozesse bis zu einem gewissen Maße selbst reproduziert, d. h., dass immer wieder dieselben Erfahrungs- und Interaktionsmuster auftreten. Man spricht von einem ► **„äquilibrierenden“ Selbstsystem**, das für die Aufrechterhaltung der interpersonellen Sicherheit sorgt. Unter dieser Voraussetzung ist der der Übertragung und der Gegenübertragung zugrunde liegende Prozess ubiquitär. Ihm fehlt es zunächst an pathologischer Konnotation. ► **Neurotizität tritt dann ein, wenn das übertragene Muster dysfunktional** wird, also wenn die Flexibilität des Äquilibrierungsprozesses gestört ist.

Interaktioneller Ansatz

In langen empirischen Forschungen kam Strupp (1996) zu dem Ergebnis, dass Therapeuten sehr schnell eine positive oder negative Einstellung gegenüber dem Patienten entwickeln und diese Einstellung einen großen Einfluss auf den Prozess und die Prognose hat. Dadurch, dass der Therapeut als Beobachter mit dem zu Beobachtenden in einer gemeinsamen Beziehung steht, beeinflusst er selbst den beobachteten und behandelten Patienten und ist wiederum durch das Beobachtete in seiner Beobachtung beeinflusst. Übertragung und Gegenübertragung sind aus dieser Perspektive nicht mehr zeitlich aufeinander folgende Vorgänge, wobei die Gegenübertragung als eine Reaktion auf die Übertragung folgt, sondern sie sind ► **gleichzeitige Vorgänge im Patienten und beim Analytiker**. Übertragung und Gegenübertragung sind ► **Folgen intrapsychischer und intrapersoneller Organisations- und Reorganisationsvorgänge**.

So geht nach Neyraut (1974) die Gegenübertragung der Übertragung gar voraus. De M'Uzan (1989) spricht von einer *Vorgegenübertragung*, so dass es auch Widerstände seitens des Therapeuten geben kann. Es entsteht also ein gemeinsames Handeln, „ein interaktionelles Sich-anstecken“, wodurch Kommunikation überhaupt erst entsteht. Für das Verständnis dieses subtilen Aufeinanderbezogenseins von Patient und Therapeut eignen sich deshalb auch Begriffe aus der Kleinkindforschung wie ► **„matching“** und ► **„affect attunement“**, wie sie von Stern (1986) beschrieben und von Rayner (1992) zur Kennzeichnung prä- und nonverbaler Vorgänge im Rahmen des analytischen Gesprächs verwendet wurden (s. hierzu auch Krause u. Lütolf 1989).

Der Widerstand wurde zunächst als nur auf Seiten des Patienten existent betrachtet: Der Patient hält eine innere, wenn auch partiell neurotische Kompromissbildung zwischen Wünschen und Abwehr, z. B. durch Verdrängung und Gegenbesetzung aufrecht. Heutzutage geht man jedoch auch von einem Gegenübertragungswiderstand aus: Auch der Analytiker kann Angst haben, wenn er sich auf den Patienten einlässt, auch bei ihm können innere konflikthafte Schemata aktualisiert werden usw. Je stärker der Patient regrediert und je intensiver sein Übertragungsangebot, desto mehr wird dies vom Psychotherapeuten als introsiver Akt, als ein Eindringen in die

► **Kommunikationsform und Modus der Objektbeziehung**

► **„Metabolisierung“ der Affekte**

► **Die projektive Identifikation kann auch als unbewusste Phantasie betrachtet werden**

► **Konzept der wechselseitigen Rolleninduktion**

eigene innere Gefühlswelt empfunden. Dem Widerstand auf Seiten des Therapeuten liegt somit auch eine Angst vor Traumatisierung zugrunde.

Formen der Gegenübertragung

Projektive Identifikation

Das dem interaktionellen Denken angelehnte Konzept der projektiven Identifikation wurde zunehmend als ► **Kommunikationsform und Modus der Objektbeziehung** beschrieben. Dieses Konzept erfasst nonverbale interaktionelle Vorgänge zwischen Patienten und Analytiker und ähnelt dem „Container-Contained-Modell“ von Bion (1962), das das vom Patienten im Therapeuten induzierte Erleben beschreibt und nach dem die ► **„Metabolisierung“ der vom Patienten in den Analytiker hineingegebenen, zumeist sehr archaischen Affekte** wie Wut, Verzweiflung, äußerste Verwirrung, aber auch intensive kindliche Liebe über das weitere Gelingen des therapeutischen Prozesses entscheiden.

Bei der Projektion werden Aspekte der Selbstrepräsentanz einer Objektrepräsentanz zugeschoben, während bei der Identifikation Teile der Objektrepräsentanz in die Selbstrepräsentanz hineingenommen werden. In Rackers Terminologie (1959; 1976) identifiziert sich der Analytiker entweder konkordant mit den Selbstrepräsentanzen des Patienten oder komplementär mit dem Objektrepräsentanzen in den Übertragungsphantasien des Patienten.

Bion erweiterte das Modell in der Art, dass die externe Realisierung von Selbst- oder Objektanteilen via Interaktion in den Interaktionspartner erfolgt. Durch die projektive Identifikation können stark bedrängende Affekte im Analytiker deponiert werden. Dieser kann sie „aufnehmen, verdauen, umwandeln, von archaischen Bestandteilen entgiften und dem Patienten zurückgeben“.

Die ► **projektive Identifikation kann auch als unbewusste Phantasie** betrachtet werden. Diese unbewussten Phantasien sollen in einen kausalen Zusammenhang mit dem Erleben und Verhalten des Patienten gebracht werden und zwar bezüglich der prinzipiellen Intentionalität, also der primären Objektbezogenheit aller Wünsche und Phantasien. Hier wird die dyadische Natur der projektiven Identifikation deutlich. Sie hängt nicht nur von der Absicht des Patienten ab, sondern auch von der Fähigkeit des Analytikers, die Gegenübertragungsgefühle zu verstehen und zu deuten, so dass mit dieser Deutung möglichst die Inhalte der unbewussten Phantasien erreicht werden.

Im klinischen Alltag wird vorwiegend die negative projektive Identifikation dargestellt, wobei jedoch auch die positive projektive Identifikation gesehen werden kann. Bei Bion stellt die projektive Identifikation eine Art symbiotischer Beziehung dar, die in wechselseitig begünstigender Weise zwischen zwei Personen stattfindet, nämlich zwischen einem „container“ und einem „contained“. Bei der nichtpsychotischen Form der projektiven Identifikation kann man vermutlich besser mit dem ► **Konzept der wechselseitigen Rolleninduktion** arbeiten, wobei das „Etwas hineinstecken“ als Signalverhalten verstanden werden kann, um eine reziproke Antwort bei einem anderen auszulösen. Für Kernberg (1989) ist die projektive Identifikation eine frühe Form der Kommunikation. Bei der projektiven Identifikation wird der auf ein äußeres Objekt projizierte Impuls nicht als Ich-fremd erlebt, weil das Selbst empathisch mit dem Objekt in Verbindung bleibt. Hierbei kommt es zu einem Verschwimmen der Grenzen zwischen Selbst und Objekt, da der projizierte Impuls immer noch als Ich-zugehörig erlebt wird.

Projektive Identifikation liegt nach Bion (1970, S. 108 f.) dann vor, wenn:

1. Der Analytiker das Gefühl hat, so manipuliert zu werden, dass er in der Phantasie seines Patienten jetzt gerade eine ganz bestimmte (manchmal sehr schwer zu erkennende) Rolle spielt.
2. Der Analytiker plötzlich ganz starke Empfindungen verspürt, die er sich aber nicht recht erklären kann.
3. Der Analytiker plötzlich ganz starke Empfindungen verspürt, deren Ursache er merkwürdigerweise weder herausfinden, noch verstehen können will.
4. Der Analytiker jetzt gerade überzeugt ist, bestimmt keine richtige Deutung gegeben zu haben,

- ▶ **Konkordante Identifikation**
- ▶ **Komplementäre Identifikation**
- ▶ **Introjektion und Projektion, Resonanz, Anerkennung**
- ▶ **Miterlebte Emotionen**
- ▶ **Identifikation mit dem Objekt im Analysanden**
- ▶ **Therapeut-Patientin: erotische Übertragungen**
- ▶ **Therapeut-Patient: negativ-aggressive Übertragungen**
- ▶ **Therapeutin-Patientin: präödpale Mutterbeziehung**
- ▶ **Konstellation eines heterosexuellen Spannungsfelds**
- ▶ **Entwicklungsbedürftige Mutter-Kind-Beziehung**
- ▶ **Identifikation mit gründlich abgespalten oder in den Analytiker projizierten Ich-Anteilen**

5. Der Analytiker sich als ganz besondere Person in einer ganz besonderen emotionalen Situation erlebt.

Konkordante und komplementäre Identifikation

Der Anteil der Gegenübertragung, der aus der Identifikation des Analytikers mit dem Ich und dem Es des Patienten hervorgeht, wird **▶ konkordante Identifikation** genannt. Der Anteil, der sich mit der Identifikation des Analytikers mit den inneren Objekten des Patienten ergibt, ist die **▶ komplementäre Identifikation**. Konkordante Identifikation beruht auf **▶ Introjektion und Projektion, auf Resonanz, auf der Anerkennung des zum anderen gehörigen Fremden als zum selbst gehörenden Eigenem**. Nach Racker (1976) erlebt der Analytiker bei dieser Form der Gegenübertragung ähnliche Gefühle wie der Patient. Man kann diese **▶ miterlebten Emotionen** klassifizieren in solche, die sich auf Über-Ich, Ich oder Es-Anteile der Persönlichkeit beziehen. Komplementäre Identifikation geschieht, wenn sich der Analytiker mit dem **▶ Objekt im Analysanden identifiziert**. In der analytischen Situation kommen zu meist beide Teile vor. Der Analysand wiederum kann auch innere Objekte für den Analytiker sein und der Analytiker kann in ihm eigene frühere Erfahrungen wiederholen. Es kommt also nicht nur zu konkordanter und komplementärer Identifikation, sondern auch zu konkordanter und komplementärer Gegenübertragung.

Geschlechtsspezifische Unterschiede der Gegenübertragungen

Es gibt viele Berichte über Therapien, in denen ein männlicher Therapeut eine weibliche Patientin behandelt, aber nur wenige Berichte umgekehrter Konstellation. Therapeutinnen behandeln offenbar weit häufiger weibliche als männliche Patienten, während bei Therapeuten die Relationen ausgeglichener sind. In der **▶ Konstellation Therapeut-Patientin ist viel von erotischen Übertragungen** die Rede, in den wenigen Berichten von Therapeutin-Patient spielen erotische Übertragungen kaum eine Rolle. Zwischen **▶ Therapeut und Patient gibt es viel mehr negativ-aggressive Übertragungen** als in anderen Konstellationen. Zwischen **▶ Therapeutin und Patientin geht es häufig um eine präödpale Mutterbeziehung** mit Fragen der Regulation von Nähe und Distanz oder um intensive Bedürftigkeit der Patientin und positiv erlebte Bemutterung seitens der Therapeutin (Kottje-Birnbacher 1994). Auch in den Gegenübertragungsträumen zeigen sich geschlechtliche Unterschiede. So haben Therapeuten öfter Gegenübertragungsträume mit erotisch-sexuellem Inhalt als Therapeutinnen, die auf der Ebene des manifesten Inhalts häufiger davon träumen, dass Patienten in ihre private Sphäre eindringen (Lester et al. 1989). Zwischen **▶ Therapeuten und Patientinnen konstellierte sich rasch ein heterosexuelles Spannungsfeld**. Hingegen kommt es zwischen Therapeutinnen und ihren Patienten bezüglich des Übertragungs-/Gegenübertragungsfelds leichter und schneller zu einer **▶ entwicklungsbedürftige Mutter-Kind-Beziehung** (Klöß-Rothmann 1992).

Affekte in der Gegenübertragung

Neben den breitgefächerten Möglichkeiten an im therapeutischen Prozess und der Beziehung Patient-Therapeut entstehenden Gefühlen, gibt es eine Reihe an Affekten, die in Betracht kommen können, als Gegenübertragung gewertet zu werden. Zu diesen gehören insbesondere die folgenden Affekte.

Angst

Angst kann beim Therapeuten auftreten, wenn er Widerstände beim Patienten bemerkt, die er als Gefahr für die therapeutische Arbeit erlebt. Angst kann ebenso entstehen, wenn sich der Therapeut mit schwer bedrohten, heftig angegriffenen und gefährlich vorbelasteten inneren Objekten identifiziert, oder auch als Folge einer **▶ Identifikation mit gründlich abgespalten oder in den Analytiker projizierten Teilen des Ichs des Patienten**. Der Grund für eine nachhaltige Projizierung ist häufig in der Tatsache zu finden, dass der Patient seine Schuldgefühle nicht erträgt und der Therapeut es schwer hat, die auf ihn verschobene Schuld zu ertragen. Die Abwehrmechanismen

- ▶ **Depressive oder paranoide Form**
- ▶ **Die depressive Angst ist an die Befürchtung geknüpft, den Patienten zerstört oder krank gemacht zu haben**
- ▶ **Die paranoiden Gegenübertragungsängste entstehen als Reaktion auf Gefahr, die von verschiedenartigen Haltungen des Patienten ausgehen**

- ▶ **Moralische Über-Ich-Vorwürfe bei Zustandsverschlechterung**

- ▶ **Masochismus des Patienten**

- ▶ **Versagung von Wünschen**

- ▶ **Verweigerung der Bindung und Hingabe**

- ▶ **Äußerungen von Ironie**

- ▶ **Ausblendung oder Abwertung dieser Patienteneigenschaften**

- ▶ **Rückzug des Patienten**

des Patienten (projektive Identifikation) erreichen ihr Ziel oft wirklich, in dem Sinne, dass der Therapeut sich schuldig fühlt. Hierbei kann es auch zum Agieren kommen.

Gegenübertragungsangst kommt entweder in einer ▶ **depressiven oder paranoiden Form** vor (Racker 1976, S. 188–192). Die depressive Angst ist ▶ **an die Befürchtung geknüpft, den Patienten zerstört oder krank gemacht zu haben**. Es kann sein, dass sich depressive Ängste beim Therapeuten zeigen, wenn beim Patienten z. B. durch Versagung Aggressionen entstehen, die sich gegen sich selbst richten. Die ▶ **paranoiden Gegenübertragungsängste entstehen als Reaktion auf Gefahr, die von verschiedenartigen Haltungen des Patienten ausgehen**. Es kommt zu einer Identifikation mit dem Verfolger. Die depressive oder paranoide Angst des Therapeuten ist also eine gefühlsmäßige Antwort auf die Erkrankung des Patienten, die ihrerseits eine masochistische Abwehr der rachsüchtigen Verfolgung durch das Objekt ist. So kann auch die Angst vor der Verschlechterung des Gesundheitszustands des Patienten bedeuten, dass damit der Rächer befriedigt wird, oder dass man versucht, ihm Halt zu bieten.

Schuldgefühle

Sie werden oft der Gegenübertragungsangst zugerechnet (Racker 1976, S. 195). So kann z. B. eine ▶ **Zustandsverschlechterung** beim Patienten, zugleich mit der Furcht vor dessen Rache (paranoide Angst) oder Angst ihm geschadet zu haben (depressive Angst), ▶ **moralische Vorwürfe des Über-Ichs** hervorrufen. Die Übertragungssituation, auf die der Therapeut mit Schuldgefühlen reagiert, ist durch den ▶ **Masochismus des Patienten** gekennzeichnet. Der Therapeut fühlt sich als Angeklagter, der den Patienten peinigt. Der Therapeut kann dann leicht dazu neigen, dem Patienten die ihm auferlegten Schuldgefühle zurückzugeben.

Aggression

Die ▶ **Versagung von Wünschen** weckt Gegenübertragungsaggressionen. Darunter kann z. B. die direkte Aggression des Patienten fallen, seine untreue Zurückweisung, d. h. der Therapeut ist einem bösen Objekt ausgeliefert. Insofern kommt Gegenübertragungsaggression oft dadurch zustande, dass der ▶ **Patient die Bindung und Hingabe verweigert**, indem er schweigt, blockiert, verheimlicht usw. Diese Übertragungssituation ist eine Abwehr gegenüber bestimmten Objektimages. Es können Objekte sein, die das Subjekt sadistisch verfolgen, oder Objekte, die das Subjekt vor seiner eigenen Zerstörung bewahren, indem sie das eigene Ich zum Ziel des Angriffs machen. Damit greift das Subjekt wie bei der Melancholie und dem Selbstmord gleichzeitig das innere und äußere Objekt (den Analytiker) an. Der Analytiker, der dadurch in eine depressive oder paranoide Situation gebracht wird, setzt sich zur Wehr, indem er die gleiche Identifikation mit dem Angreifer eingeht und damit Verfolger wird (Racker 1976, S. 192 ff.). Das Bestreben, ihm entgegengebrachte Aggression bzw. Entwertung umzuwandeln, kann beim Therapeuten zu ▶ **Äußerungen von Ironie** führen. Aggressionen gegenüber dem Patienten können beim Therapeuten jedoch auch der Abwehr eigener depressiver Reaktionen von Ohnmacht und Hilflosigkeit dienen.

Neid

Fast alle Patienten haben etwas, um das sie der Therapeut beneiden könnte – musische oder berufliche Fähigkeiten, materiellen Besitz oder Jugend. Nicht erkannter bzw. eingestandener Neid kann für ▶ **Ausblendung oder Abwertung dieser Patienteneigenschaften** auf Seiten des Therapeuten stehen. Eine solche Abwertung kann destruktive Formen annehmen (König 1993, S. 120).

Müdigkeit

Oft ist der Schlaf bzw. die Schläfrigkeit beim Therapeuten ein Zeichen, dass der ▶ **Patient sich zurückzieht**. Er entfernt sich innerlich, indem er z. B. an der Oberfläche intellektualisiert, es zu Gefühlsblockierungen kommt und die Sprache monoton wird usw. Hiermit bringt der Patient seine Furcht vor der und seinen Unwillen über die Abhängigkeit vom Therapeuten zum Ausdruck. Diese Form der Gegenübertragung tritt

- ▶ **Die erotische Gegenübertragung als Widerstand kommt häufiger bei Frauen vor**
- ▶ **Der Widerstand gegen die Bewusstwerdung der erotischen Übertragung ist häufiger bei Männern**

- ▶ **Gefühl des Ungenügens**

- ▶ **Kontaktherstellung über körperliche Prozesse**
- ▶ **Patienten mit körperlichen Entwicklungsstörungen der Organfunktionen, Atmung, Schlaf, Appetit, Verdauung, Wärmeregulation**

- ▶ **Zusammenhang mit projektiver Identifikation**

häufig bei Patienten auf, die frühe, archaische Objektbeziehungen eingehen. Der Therapeut kann den Eindruck von Pseudogefühlen bekommen. Der Patient spricht von Gefühlen, ohne sie wirklich lebendig zu kommunizieren (Zwiebel 1997). Müdigkeitsreaktionen können allerdings auch für Abwehr von Wut und Hass stehen. Es kann eine narzisstische, psychosomatische Struktur zugrunde liegen, desgleichen Suchtstrukturen oder schwere Depressionen.

Erotische Gegenübertragung

Der Terminus wird oft gleichbedeutend mit „Übertragungsliebe“ verwendet. Für eine Patientin kann es entlastend sein, wenn der Therapeut seine erotische Gegenübertragung darstellt, weil diese damit von dem Gefühl befreit wird, ohnmächtig und ausgeschlossen zu sein oder sich schuldig gemacht zu haben. Die ▶ **erotische Gegenübertragung als Widerstand kommt häufiger bei Frauen vor**, während der ▶ **Widerstand gegen die Bewusstwerdung der erotischen Übertragung häufiger bei Männern** vorkommt.

Masochistische Gegenübertragung

In der masochistischen Übertragung erlebt der Patient den Therapeuten als ebenso versagend, quälend und strafend wie es die frühen Objekte gewesen waren. Umgekehrt fühlt sich der Therapeut fortwährend veranlasst zu geben, um geschehenes Leid wiedergutzumachen. Er ist sich indes seines Versagens nur allzu deutlich und schmerzlich bewusst und macht sich darüber Vorwürfe. So ist das ▶ **Gefühl des Ungenügens** eine Mischung von Schuld und Scham in der Gegenübertragung, das durch die Selbstquälerei, die Zerquältheit des Patienten hervorgerufen oder provoziert wird, indem jeder Erfolg, auch der in der Analyse, zerstört werden muss (Wurmser 1991, S. 3).

Die Gegenübertragungsneurose

Von Racker (1976) wurde die Gegenübertragungsneurose als die Übertragungsneurose des Analytikers beschrieben, die entsteht, wenn die Übertragung des Analytikers den Patienten verkennt. Beispiel: Ein Therapeut könnte mit unbewussten Wünschen davon ausgehen, dass sich seine Patientinnen in ihn verlieben sollen. Dadurch könnte er verhindern, dass die Patientinnen eine neue Liebesbeziehung eingehen. Wechselnde Liebschaften seitens der Patientin könnten beim Therapeuten Neid und Hassgefühle hervorrufen, weil dieser sich ausgeschlossen fühlt.

Körperlich erlebte Gegenübertragung

Bei der Einfühlung in den Patienten kann Körperempathie als reflektierte Wahrnehmung der körperlichen Prozesse, die im Therapeuten auftreten, entstehen (Hess-Liebers 1999). Sie stellt eine Art ▶ **Kontaktherstellung über körperliche Prozesse** dar. Der Patient bringt sein Leiden über die „Körperrede“ in die Beziehung. Dies tritt besonders bei ▶ **Patienten mit körperlichen Entwicklungsstörungen der Organfunktionen, wie z.B. Atmung, Schlaf, Appetit, Verdauung, Wärmeregulation** auf bzw. wenn das Körpererleben sprachlich nicht ausreichend symbolisierungsfähig ist. Körpergefühle können als Druck, Schmerzen, Stechen oder vegetativ als Niesen, Schwitzen, Husten, Augentränen, Jucken, Naselaufen etc. auftreten oder aus dem Bereich der Tiefensensibilität generiert sein. Sie entstehen meist bei frühen Kommunikationsmustern oder Erfahrungsstrukturen aus der autistisch-berührenden Position (Ogden 1995) bzw. bei untragbaren Affekten, die nicht symbolisiert werden können und sich in archaischen Körperreaktionen ausdrücken.

Sympathie als Gegenübertragung

Sympathiegefühle für einen Patienten können sowohl im ▶ **Zusammenhang mit projektiver Identifikation** stehen als auch mit Übertragung idealer Objekte durch den Therapeuten in Verbindung gebracht werden. Der Patient kann den Therapeuten auch mit einem idealen Objekt identifizieren, das er in seinem Beziehungsfeld aktualisieren möchte.

► Widerstandsphänomen des Patienten

- Langeweile, Müdigkeit, Ruhelosigkeit, Ärger, kritikloses Einverständnis, Termine-Vergessen
- Mangel an Gefühlen und Einstellungen
- Körperbefindlichkeiten
- Es geht nicht darum, den Patienten mit eigenen Konflikten zu belasten oder eigene Problemlösungsmodelle darzustellen

► Förderung der Entdeckung der realen Beziehung

- Verdeutlichung der Wirkung des Patienten auf das Objekt
- Neutralität setzt nach der Gegenübertragung ein

Das im Therapeuten hervorgerufene Sympathiegefühl kann aber auch ein **Widerstandsphänomen des Patienten** sein, mit dem er den Therapeuten davon abhalten will, ihn zu konfrontieren oder in sonst einer Weise zu beanspruchen (König 1993).

Fazit für die Praxis

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass das Beleben von Bildern, die durch die Gegenübertragung evoziert werden, Teil des kognitiven Prozesses auf Seiten des Analytikers ist. Soviel der Patient auch immer zur Inszenierung der Gegenübertragung beiträgt, sie entsteht im Therapeuten und dieser hat sie bei sich zu suchen. So kann z. B. die Müdigkeit des Analytikers mit dem Widerstand des Patienten zu tun haben, jedoch auch unabhängig von ihm sein. Die häufigsten Gegenübertragungsreaktionen sind das **Gefühl der Langeweile, der Müdigkeit, der Ruhelosigkeit, des Ärgers, des kritiklosen Einverständnisses mit allem, was der Patient erzählt, das Vergessen von Terminen und Sitzungen**. Eine Gegenübertragungsreaktion kann auch ein **Mangel an Gefühlen und Einstellungen** sein, oder eine plötzlich auftauchende Affekt- und Handlungstendenz. Alle starken Gefühlsreaktionen sowie **Körperbefindlichkeiten** kommen in Betracht, als Gegenübertragungsreaktionen gewertet zu werden. Es ist deshalb ratsam, von Anfang an die eigene Emotionalität anzuerkennen und die beruflichen Aufgaben zu klarifizieren, die dem Therapeuten abgemilderte affektive Reaktionsweisen ermöglichen. Es geht **nicht darum, den Patienten mit eigenen Konflikten zu belasten oder eigene Problemlösungsmodelle darzustellen**, sondern denjenigen Patienten, die blind bleiben für die Affekte und Handlungen, die sie bei anderen auslösen, dies zu verdeutlichen. Gegen die Bewusstwerdung der Gegenübertragung herrschen viele Widerstände. Wahrscheinlich existiert eine Parallele zwischen dem Widerstand des Patienten, sich seiner Übertragung bewusst zu werden und dem Widerstand des Therapeuten, sich seiner Gegenübertragung bewusst zu werden. Bei der introspektiven Analyse der Gegenübertragung sind also folgende Fragen zu beantworten: Inwieweit handelt es sich bei den Gefühlen und Phantasien um

1. konkordante und komplementäre Identifikation,
2. Rollenbereitschaft und Projektiv-Identifikation,
3. eigene Übertragung,
4. Resultate aller dieser interaktiven intrapsychisch ablaufenden Vorgänge.

Viele Psychoanalytiker lehnen bis heute ein Bekennen der Gegenübertragung unter Berufung auf Freud ab. Genauer untersucht bezogen sich dessen Empfehlungen jedoch darauf, den Patienten nicht an den persönlichen Konflikten des Analytikers teilhaben zu lassen, weil dies den Patienten verwirren oder belasten würde und ihn davon abhalten könnte, seinen eigenen Lebensstil zu finden. In diesem Sinne hat auch Heimann argumentiert, die der Frage, ob dem Patienten mitgeteilt werden soll, wenn die analytische Haltung durch Gegenübertragung beeinflusst wird, ablehnend gegenüberstand, weil dies ihrer Meinung nach den Patienten belasten würde. Ihrer Ansicht nach käme dies einer Beichte seitens des Therapeuten gleich. Andere Autoren ihrer Zeit (Gitelson 1952; Little 1951) führten jedoch bereits aus, dass die Gegenübertragung unbedingt angesprochen werden sollte, da dies im Patienten die Entdeckung fördere, dass es sich im Arzt-Patienten-Verhältnis um eine **reale zwischenmenschliche Situation** handele. Irrtümer sollten allerdings möglichst schnell aufgeklärt werden, denn es sei ausschließliches ununterbrochenes Vorrecht des Patienten, Gegenstand der Erforschung von Gründen und Sinnbedeutung zu sein. Gitelson und Little hatten bereits erkannt, dass das Teilhaben des Patienten an der Gegenübertragung ein bedeutungsvoller Vorgang ist, der große therapeutische Möglichkeiten eröffnet, aber auch die Erkenntnis vertieft.

Wichtig ist für die konstruktive therapeutische Situation, dass die Mitteilung der Gegenübertragung im Sinne der Komplementarität betrachtet wird. Es handelt sich um ein situationsgebundenes Gefühl, dass nichts über das Privatleben des Therapeuten enthüllt wird. Es ist Teil einer Interaktion, die dem **Patienten deutlich macht, welche Wirkung er auf das Objekt hat**. Der Therapeut sollte prinzipiell einräumen können, betroffen und berührt zu sein. **Neutralität setzt nach der Gegenübertragung ein** und ermöglicht die professionelle Aufgabe des Therapeuten, indem er sich von der natürlichen körperlich-sinnlichen Komplementärreaktion distanziert.

Literatur

- Balint M, Balint A (1939) Übertragung und Gegenübertragung. *Int J Psychoanal* 20: 223–230
- Bermann L (1949) Counter-transference and attitudes of the analyst in the therapeutic process. *Psychiatry* 12: 159–166
- Bettighofer S (1998) Übertragung und Gegenübertragung im therapeutischen Prozess. Kohlhammer, Stuttgart
Berlin Köln
- Bion WR (1962) Learning from experience. Heinemann, London
- Bion WR (1970) Attention and interpretation. Tavistock, London
- Ciampi L (1997) Die emotionalen Grundlagen des Denkens. Entwurf einer fraktalen Affektlogik. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen
- Cohen MB (1952) Countertransference and anxiety. *Psychiatry* 15: 231–243
- Fenichel O (1945/1974) Psychoanalytische Neurosenlehre, 3 Bde. Walter, Olten
- Ferenczi S (1919) Zur psychoanalytischen Technik. In: Ferenczi S (1970) Schriften zur Psychoanalyse, Bd I. Fischer, Frankfurt a M
- Freud S (1910) Die zukünftigen Chancen der psychoanalytischen Therapie. *GW Bd 8, S 108*
- Freud S (1912) Ratschläge für den Arzt bei der psychoanalytischen Behandlung. *GW Bd 8, S 375–387*
- Gergen KJ (1985) The social constructionist movement in modern psychology. *Am Psychol* 40: 266–275
- Gitelson M (1952) The emotional position of the analyst in the psycho-analytic situation. *Int J Psychoanal* 33: 1–10
- Greenson RR (1973) Technik und Praxis der Psychoanalyse. Klett, Stuttgart
- Heimann P (1950) On countertransference. *Int J Psychoanal* 31: 9–15
- Herold R (1995) Übertragung und Widerstand. Ulmer Textbank, Ulm
- Hess-Liebers W (1999) Erfahrungen mit Körper-Empathie. Ein Bericht aus der psychoanalytischen Praxis. *Forum Psychoanal* 15:312–326
- Hoffman IZ (1991) Discussion: toward a social constructivist of the psychoanalyst situation. *Psychoanal Dialogues* 1: 74–105
- Kernberg OF (1965) Notes on countertransference. *J Am Psychoanal Assoc* 13: 38–56
- Kernberg OF (1989) Projektion und projektive Identifikation. *Forum Psychoanal* 5: 267–283
- Kernberg OF (1999) Persönlichkeitsentwicklung und Trauma. *Persönlichkeitsstörungen* 3: 5–15
- Klein M (1946) Notes on some schizoid mechanism. *Int J Psychoanal* 27: 99–110
- Klöß-Rothmann L (1992) Geschlechtstypische Übertragungs- und Gegenübertragungsphänomene. *Prax Psychother Psychosom* 37: 113–123
- König K (1993) Gegenübertragungsanalyse. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen
- Kottje-Birnbacher L (1994) Übertragungs- und Gegenübertragungsbereitschaften von Männern und Frauen. *Psychotherapeut* 39: 33–39
- Krause R, Lütolf P (1989) Mimische Indikatoren von Übertragungsvorgängen – Erste Untersuchungen. *Z Klin Psychol* 18: 55–67
- Lester EP, Jodoin RM, Robertson BM (1989) Countertransference dreams reconsidered: a survey. *Int Rev Psychoanal* 16: 305–314
- Little M (1951) Countertransference and the patient's response to it. *Int J Psychoanal* 32: 32–40
- Maturana HR (1985) Erkennen: Die Organisation und Verkörperung von Wirklichkeit. Friedr. Vieweg & Sohn, Braunschweig Wiesbaden
- McGuire W, Sauerländer W (Hrsg) (1974) Freud-Jung-Briefwechsel. 145 F, 254–255. Suhrkamp, Frankfurt a M
- Möller ML (1977) Zur Theorie der Gegenübertragung. *Psyche* 31: 142–166
- M'Uzan M de (1989) Während der Sitzung. Überlegungen zum psychischen Geschehen im Analytiker. In: *Jahrbuch der Psychoanalyse, Bd 31*. frommann-holzboog, Stuttgart-Bad Cannstadt (1993)
- Neyraut M (1974) Die Übertragung. Suhrkamp, Frankfurt a M
- Ogden T (1995) Frühe Formen der Erfahrung. Springer, Wien New York
- Racker H (1976) Übertragung und Gegenübertragung. Studien zur psychoanalytischen Technik. Reinhardt, München Basel
- Rayner E (1992) Matching, attunement and the psychoanalytic dialogue. *Int J Psychoanal* 73:39–54
- Reich A (1951) On countertransference. *Int J Psychoanal* 32: 24–31
- Sandler J (1976) Gegenübertragung und Bereitschaft zur Rollenübernahme. *Psyche* 30: 297–305
- Searles HF (1978/79) Concerning transference and countertransference. *Int J Psychother* 7: 165–188
- Senf W, Broda M (1996) (Hrsg) Praxis der Psychotherapie. Thieme, Stuttgart New York
- Staehe A (1997) Paranoid-schizoide Position und projektive Identifizierung. In: Kennel R, Reerink G (Hrsg) Klein – Bion. Eine Einführung. Beiträge zum „Frankfurter Theoretischen Forum“ 1996. edition diskord, Tübingen
- Stern DN (1986) Selbsterfahrung des Säuglings. Klett Cotta, Stuttgart
- Strupp HH (1996) Nachhaltige Lektionen aus der psychotherapeutischen Praxis und Forschung. *Psychotherapeut* 41: 84–87
- Thomä H, Kächele H (1985) Lehrbuch der psychoanalytischen Therapie, Bd 1: Grundlagen. Springer, Berlin Heidelberg New York
- Winnicott DW (1949) Hate in the countertransference. *Int J Psychoanal* 30: 69–74
- Wurmser L (1991) „Der goldleuchtende Dolch“. Masochistische Übertragung, Über-Ich-Übertragung und Gegenübertragung. *Forum Psychoanal* 7: 1–19
- Zwiebel R (1997) Der Schlaf des Analytikers. Die Müdigkeitsreaktion in der Gegenübertragung. Verlag Internationale Psychoanalyse, Stuttgart München