

## Wut, (Ohn-)Macht und die Frage nach dem Relationalen in der Individualpsychologie

### Anger, Power(lessness) and relational aspects in individual psychology

Manfred Reisinger<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Sigmund Freud PrivatUniversität Wien

#### Kurzzusammenfassung

Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten werden im Zuge ihrer Arbeit an der Affektregulation unter anderem mit Gefühlen wie Wut und Ärger in der therapeutischen Beziehung konfrontiert. Der Autor beschäftigt sich in diesem Artikel mit dem therapeutenseitigen Erleben dieser Emotionen, führt dazu passende Forschungsergebnisse an und plädiert im Anschluss in einer kritischen Diskussion für ein Umdenken in Bezug auf klassisch-orthodoxe Interventionstechniken in der Psychoanalyse zugunsten eines Konzepts der Relationalität in der psychoanalytischen Individualpsychologie.

#### Abstract

In-depth psychotherapists face a wide range of feelings including hate and anger in the therapeutic relationship when working on mechanisms of affect regulation with patients. The author focuses on these feelings in psychotherapists and shows some relevant data on this topic. In a critical discussion he eventually calls for a new, relational way of thinking in terms of traditional, orthodox methods of intervening in individual psychology and psychoanalysis.

#### Schlüsselworte

Ärger; Psychoanalyse; Individualpsychologie; Gegenübertragung; Relationale Psychoanalyse

#### Keywords

Anger; psychoanalysis; individual psychology; countertransference; relational psychoanalysis

## 1 *Dürfen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten wütend sein?*

Wut, Ärger und Aggression sind Begrifflichkeiten, die wir im Kontext psychoanalytisch-individualpsychologischer Psychotherapie augenblicklich eher in Zusammenhang mit der praktischen Arbeit mit Patientinnen und Patienten assoziieren. Dabei mögen die Gedanken vielleicht um Menschen mit schweren strukturellen Defiziten kreisen, auch das symptomatische Repertoire diverser Impulskontrollstörungen mag einem dabei in den Sinn kommen. Nicht zu vergessen ist das breite phänomenologische Spektrum depressiver Krankheitsbilder, die nicht selten von einer latent zugrundeliegenden Aggression begleitet werden. Und welche Psychotherapeutin, welcher Psychotherapeut kennt nicht die unangenehme Situation, wenn eine Patientin oder ein Patient mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung im Zuge ihrer oder seiner Spaltungstendenzen plötzlich und unvorbereitet mit einem heftigen Wutanfall in der Therapiesitzung reagiert? Als tiefenpsychologisch orientierte Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten lernen wir in einer jahrelang dauernden und intensiven Ausbildung mit solchen Phänomenen in der Praxis (besser oder schlechter) umzugehen. Dabei steht neben einem theoriegeleiteten und reflektierenden Aspekt auch immer die Frage der persönlichen Abgrenzung im Raum. Das zu erlernen, erfordert neben der Aneignung fachlich spezifischer Inhalte eine intensive Phase der Selbsterfahrung – die Lehranalyse.

Wenn es darum geht, die Wahrnehmung unangenehmer Affekte wie Ärger und Aggression bei unseren Patientinnen und Patienten in einer haltgebenden, sicheren Umgebung, wie sie das Setting in einer Psychotherapie bietet, aufdeckend zu schärfen, dann sprechen wir in der Tiefenpsychologie möglicherweise von der Förderung der Affekttoleranz im Zuge einer Abwehranalyse. Ein eindrucksvolles Beispiel für die Wirkung psychodynamischer Ansätze, die sich implizit auch immer mit der Arbeit an der Abwehr beschäftigt, lieferte eine Studie von Perry und Bond (2012): In ihrer Untersuchung gingen sie der Frage nach, ob bei Patientinnen und Patienten mit depressiven Störungen, Angststörungen und Persönlichkeitsstörungen sogenannte „unreife“ Abwehrmechanismen nach einer psychodynamisch orientierten Langzeittherapie von zweieinhalb Jahren durch reifere Formen der Abwehr ersetzt werden könnten. Das Ergebnis entsprach tatsächlich der zugrundeliegenden Theorie: „Overall, the lowest (action) and highest (high adaptive) defense levels in the hierarchy of defenses improved significantly, as did overall defensive functioning (median effect size=0.71, 95% CI=0.01–1.83)“ (Perry & Bond, 2012, S. 916).

Über die Bedeutung von Wut und Ärger innerhalb einer therapeutischen Beziehung zu reden, haben wir Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten also gelernt, vor allem dann, wenn wir tiefenpsychologisch (geschweige denn individualpsychologisch) sozialisiert sind, denn dann haben wir gelernt, wie wichtig es ist, das Unangenehme, das Bedrohliche, das, worüber unsere Patientinnen und Patienten so oft nicht sprechen wollen oder können, behutsam, aber gleichzeitig auch immer zielgerichtet und theoriegeleitet, nicht aus den Augen zu verlieren. Im Gegenteil: Tun wir es doch, dann meldet

sich schneller als uns recht ist das mahnende Bild des idealen, durchanalysierten Analytikers oder der Analytikerin in uns, verbündet sich mit unserem Über-Ich und dirigiert uns geradeaus in die Fänge unserer Supervisorinnen und Supervisoren. Und spätestens zu diesem Zeitpunkt, wenn wir über mangelnde Fortschritte, über Müdigkeit in den Therapien (Zwiebel, 1992) oder uns nicht verständliche Fehlleistungen im Zusammenhang mit unserer Arbeit berichten, spätestens dann macht uns der erfahrene Lehrtherapeut oder die erfahrene Lehrtherapeutin darauf aufmerksam, dass wir ja möglicherweise projektiv mit den abgespaltenen aggressiven Anteilen unserer Patientin oder unseres Patienten identifiziert sind. Oder noch schlimmer, dass wir vielleicht sogar selber wütend oder ärgerlich sind und wie hilfreich es nicht sein könnte, unserer eigenen Aggressivität im Sinne einer Eigenübertragung einen adäquaten Raum reflektierend zu geben. Doch genau an diesem Punkt beißt sich die sprichwörtliche Katze in ihren Schwanz: Denn wo genau befindet sich denn dieser Raum für Menschen wie uns, die über viele Jahre der Ausbildung in finanzieller Askese verbracht haben, die sich möglicherweise viel zu lange den neurotischen Eigensinnigkeiten ihrer Lehrtherapeutinnen und Lehrtherapeuten unterworfen haben, die sich im Zuge ihrer Ausbildung mit den „bösen“, strukturschwachen Patientinnen und Patienten in unterbezahlten, prekären Anstellungsverhältnissen herum-schlagen mussten? Doch auch auf diese Frage gibt uns die Psychotherapiewissenschaft eine Antwort: Der Raum dafür mag existieren, mit einer Ausnahme - unserer Praxis. Denn dort – und dies bekräftigt die Forschung – gilt es, einen professionellen Umgang mit feindseligen Gefühlen von uns und von Seiten der Patientinnen und Patienten zu pflegen. So zeigen etwa Hoffmann, Rudolf und Strauß (2008) in einer zusammenfassenden Darstellung empirischer Forschungsergebnisse über „unerwünschte und schädliche Wirkungen von Psychotherapie“ Eigenschaften von Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten auf, die mit hoher Wahrscheinlichkeit ein negatives Therapie-Outcome vorhersagen. Im Zuge ihrer Darstellung nennen sie unter anderem eine negative Gegenübertragung sowie Gefühle von Enttäuschung und Feindseligkeit. Diesbezüglich verweisen die Autoren zum Beispiel auf eine bereits über dreißig Jahre zurückliegende Untersuchung von Sachs (1983) über therapeutenseitige Variablen in Bezug auf schlechte Behandlungsergebnisse und betonen in diesem Zusammenhang „das Versagen, eine negative Haltung des Patienten gegenüber der Therapie oder dem Therapeuten anzusprechen, [...], sowie schließlich die Verwendung verletzender (d.i. inhaltlich oder zeitlich unangemessener) Interventionen“ (Hoffmann et al., 2008, S.9).

Diese zugegebenermaßen etwas populärwissenschaftlich angehauchte Darstellung mag den guten Gepflogenheiten einer wissenschaftlichen Arbeit nicht entsprechen. Doch sollte sie eines deutlich zum Ausdruck bringen: Aggression und der damit verbundene Ärgerausdruck von Menschen, die als Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten arbeiten, sind Phänomene, bei denen mit höchster Wahrscheinlichkeit nicht allzu leicht die private Person und die offizielle Therapeutenpersönlichkeit getrennt betrachtet werden können.

## **2 *Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten SIND wütend!***

### **2.1 *Die Vanderbilt Studien***

Ein eindrückliches Beispiel dafür liefern die Ergebnisse der mittlerweile legendären und zeitlich weit zurückliegenden Vanderbilt Studien, bei denen gezeigt werden konnte, dass feindseliges und aggressives Verhalten von Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten unabhängig von ihrer theoretischen und praktischen Vorbildung regelmäßig beobachtet werden kann. Die beiden groß angelegten Studien Vanderbilt 1 (Strupp & Hardley, 1979) und Vanderbilt 2 (Henry, Strupp, Schacht, & Binder, 1993; Henry, Schacht, Strupp, Butler, & Binder, 1993) gingen im Zuge der zur damaligen Zeit boomenden Psychotherapieprozessforschung vor allem der Frage nach, welche Bedeutung die Person der Psychotherapeutin und des Psychotherapeuten für den Behandlungsprozess hat (Hildenbrand, 1993). Neben standardisierten diagnostischen Testverfahren, Interviews und Videoaufzeichnungen wurden vor allem für die zweite Studie eigene Messinstrumente entwickelt. Die Vanderbilt 1 Studie (1972-1980) untersuchte, inwiefern die spezifischen technischen Interventionen von ausgebildeten Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten auf der einen Seite und allgemeine positive Merkmale menschlicher Beziehungen auf der anderen Seite einen Einfluss auf das Prozess- und Therapie-Ergebnis ausüben, das heißt, es ging um die Frage, welchen Stellenwert spezifische versus non-spezifische Faktoren in einer Therapie einnehmen (Strupp & Hardley, 1979). Das Studiendesign bestand aus zwei Gruppen: Die erste Gruppe bestand aus sehr erfahrenen professionellen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, für die zweite Gruppe wurden keine Fachkräfte, sondern College-Professoren ausgewählt, denen man die Fähigkeit zum Aufbau einer tragfähigen Beziehung zutraute und die auch als besonders einfühlsam galten. Beide Gruppen behandelten jeweils 15 männliche College-Studenten, die nach den damals angewandten Diagnosekriterien eine relativ homogene Gruppe mit Störungen aus den Bereichen Depression und Angst bildeten. Die zu prüfende Hypothese bestand in der Annahme, wonach die professionellen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten aufgrund ihrer Ausbildung und Profession und durch die damit verbundene Anwendung spezifischer und unspezifischer Faktoren zu einem signifikant besseren Prozessverlauf und Therapieergebnis tendieren würden. Das Ergebnis der Studie erstaunte:

„Patients undergoing psychotherapy with college professors showed, on the average, quantitatively as much improvement as patients treated by experienced professional psychotherapists. The greatest amount of change occurred during the treatment period (individual sessions on a twice-a-week basis for up to 25 hours over a period of three to four months) and it was maintained to the follow-up assessment about a year after intake“ (Strupp et al., 1979, S.1134-1135).

Das für den vorliegenden Artikel besonders relevante Ergebnis der Studie, das Strupp auch in seiner Revision (1998) bestätigte, enthüllte eine verblüffende Erkenntnis: Selbst die professionellen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten reagierten relativ häufig nicht professionell, und zwar in einer negativen, gekränkt-aggressiven Art und Weise, wenn sich bei manchen Patienten eine feindselig getönte Übertragungs-Gegenübertragung-Konstellation entfaltete:

„In the Vanderbilt Project, therapists - even highly experienced ones and those who had undergone a personal analysis tended to respond to such patients with counterhostility that not uncommonly took the form of coldness, distancing, and other forms of rejection. Needless to say, to the patient such responses become self-fulfilling prophecies leading to a dissolution of the therapeutic relationship, early termination, and poor outcome“ (Strupp, 1998, S.25).

Dieses brisante Ergebnis war mitunter für die Entwicklung von Therapiemanualen, speziell für schwierigere Patientengruppen mitverantwortlich. Strupp und Binder (1984) entwickelten daraufhin für die Vanderbilt 2 Studie ein eigenes Therapiemanual für eine psychodynamisch orientierte Kurzzeitpsychotherapie (TLDP – Time-limited dynamic Psychotherapy). Insgesamt 16 Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten wurden in einem einjährigen Trainingsprogramm für die Studie unter den Richtlinien des Manuals ausgebildet (Henry, Strupp, Schacht, & Binder, 1993). Die zweite Vanderbilt Studie sollte sodann die These untersuchen, wonach der Grad der Manual-Treue der Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten mit dem Therapieergebnis korreliert. Die Veränderungen der Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten vor, während und nach dem Trainingsprogramm wurden mit dafür eigens entwickelten Messinstrumenten (Vanderbilt Therapeutic Strategies Scale, Vanderbilt Psychotherapy Process Scale) und Interviews untersucht. Ein erstes Ergebnis zeigte zunächst eine allgemeine Verbesserung im Bereich technischer Interventionen psychodynamisch orientierter Gesprächsführung (Henry, Strupp, Schacht, & Binder, 1993). Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, die überdurchschnittlich hoch dem Manual treu blieben, zeigten zwar die besten durchschnittlichen Ergebnisse, ein signifikanter Zusammenhang ließ sich statistisch jedoch nicht nachweisen. Bemerkenswert – und für diese Arbeit relevant - scheint jedoch vor allem die Tatsache, wonach eine allzu starke Orientierung am Manual sogar eine Verschlechterung von bestimmten interpersonellen und interaktionellen Fähigkeiten auf Seiten der Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten evozieren konnte. Gerade diejenigen, die sich besonders manual-treu verhielten, wirkten auf ihre Patientinnen und Patienten weniger warm und freundlich, was zur Folge hatte, dass deren Patientinnen und Patienten das höchste Maß an gemessener Feindseligkeit aufwiesen. Interviews mit Patientinnen und Patienten sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten nach Beendigung des Programms zeichneten ein paradoxes Bild: Obwohl das Manual aufbauend auf den Ergebnissen der Vanderbilt 1 Studie mitunter darauf ausgerichtet war, die interpersonellen und kommunikativen Kompetenzen von Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten zu verbessern, sodass diese gerade bei schwierigen Patientengruppen zu weniger feindseligen Reaktionen neigten, so zeigte sich partiell ein ganz anderes Bild. Manche Patientinnen und Patienten erlebten ihre Psy-

chotherapeutinnen und Psychotherapeuten sogar „less approving and supportive, less optimistic, and more authoritative and defensive“ (Henry, Strupp, Schacht, & Binder, 1993, S. 439). Zusammenfassend kann das Ergebnis der zweiten Vanderbilt Studie dahingehend interpretiert werden, dass unprofessionelle Verhaltensweisen von Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, zu denen eben auch feindselige Reaktionen gegenüber Patientinnen und Patienten gehören, durch ein spezifisches Training an Therapiemanualen inklusive intensiver Supervision, nicht verhindert werden können. Es scheint so zu sein, dass selbst sehr erfahrene Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten durch das Erlernen von neuen therapeutischen Strategien aufgrund einer Irritation ihrer gewohnten Haltung zu unangebrachten Reaktionen in der therapeutischen Situation mit ihren Patientinnen und Patienten neigen. Es wurde sogar berichtet, dass manche Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten ihr Beziehungsverhalten nach Absolvierung des Trainings besonders autoritär und negativistisch gestalteten. Die Ergebnisse der Vanderbilt Studien zeigten deutlich, dass Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten trotz jahrelanger Erfahrung und intensiven Trainings Probleme in kritischen Situationen mit schwierigen Patientinnen und Patienten oft unangebracht beantworteten. Sie tendierten also in Ärger provozierenden Situationen dazu, ihre gegenübertragungsbedingte Aggression unhinterfragt auszuagieren.

## 2.2 *(Un)sichtbare Wut*

Mit einer thematisch dazu passenden Frage befasste sich die folgende Studie: Eine Untersuchung von Elisabeth Pauza (2012) untersuchte Veränderungen von Persönlichkeit, Beziehungserleben und emotionalen Kompetenzen vor, während und nach der psychotherapeutischen Ausbildung. Mit Hilfe standardisierter, klinisch-psychologischer Messinstrumente evaluierte die Psychologin Merkmale aus den folgenden vier Kernbereichen: Persönlichkeit, emotionales Erleben und Emotionsregulierung, Emotionserkennung sowie Beziehungserleben und -verhalten. Die für die vorliegende Arbeit relevanten Ergebnisse beziehen sich vorwiegend auf den Bereich der Emotionsregulierung, hier im Besonderen auf das Erleben von Wut. Als Testinstrument für diesen Teilbereich ihrer Untersuchung nutzte die Autorin den EER-Fragebogen zur Erfassung des emotionalen Erlebens und der Emotionsregulation (Benecke, Vogt, Bock, Koschier & Peham, 2008). Bezogen auf Veränderungen im emotionalen Erleben und der Emotionsregulation erbrachte die Erhebung im Vorher-Nachher-Vergleich neben einer signifikanten Senkung des Erlebens von Interesse und Freude bei den Ausbildungskandidatinnen und Ausbildungskandidaten folgendes Ergebnis: „Das Erleben von Ekel, Verachtung, Reizbarkeit und Vernichtungsangst steigt signifikant. Das Erleben von Wut steigt signifikant (Bonferroni-korrigiert)“ (Pauza, 2012, S.109). Dieses Ergebnis darf insofern als bemerkenswert bezeichnet werden, da laut der Autorin die Werte des Persönlichkeitsmerkmals Aggressivität über die gesamte Ausbildungszeit hinweg niedrig und vor allem im Vergleich zur Normstichprobe im normalen Bereich blieben. Eine denkbare Erklärung für diesen Widerspruch sieht die Autorin unter anderem in der Möglichkeit, dass die Ausbildungskandidatinnen und -kandidaten während der Ausbildungsdauer zunehmend auch

vermehrt negative Emotionen wie innerliche Wut als Teil einer gewachsenen breiteren emotionalen Wahrnehmungsvielfalt spüren, diese Wut jedoch weniger ausagieren (Pauza, 2012). Welche Faktoren für den signifikanten Anstieg der Wut während der psychotherapeutischen Ausbildung verantwortlich sind, kann von Elisabeth Pauza jedoch nur gemutmaßt werden. Unbeantwortet bleibt auch die Frage, inwiefern ein Anstieg der Wut nur als vorübergehendes Merkmal zum Zeitpunkt des Ausbildungsabschlusses oder als dauerhaft integrierter Bestandteil des Wut-Erlebens gedeutet werden kann.

Eine weitere Untersuchung, die sich mit dem Sichtbarwerden unangenehmer Emotionen auf Seiten der Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten im Behandlungsgespräch befasste, stammt von Krause (2005): Dafür untersuchte er den mimischen Affektausdruck von Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in Therapiesitzungen und analysierte gleichzeitig deren Sprachinhalte. Die Analyse der per Video aufgezeichneten Therapiesitzungen brachte folgendes Ergebnis: In erfolgreichen Therapien wurden die negativen Affekte wie Ärger, Verachtung und Ekel mimisch bei den Therapeutinnen und Therapeuten meistens dann beobachtet, wenn die Gespräche vor allem die Objekte der Patientinnen und Patienten zum Inhalt hatten. Bei weniger erfolgreichen Therapien jedoch zeigten die Therapeutinnen und Therapeuten negative Affekte in ihrer Mimik dann, wenn das Thema des Gesprächs über die Person der Patientin oder des Patienten selbst beziehungsweise auch über die therapeutische Beziehung zwischen den beiden geführt wurde. Wie sehr diese von Krause (2005, S.104) als „politisch unkorrekte(n) Gesichter“ bezeichneten Gefühlsausdrücke von den Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten möglicherweise gefürchtet werden, zeigt die Beobachtung, wonach alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer in zehn Minuten Gesprächszeit mimisch nur zehn Affekte gegenüber ihren Patientinnen und Patienten zeigten – gegenüber dreißig beobachtbaren Affekten in einer Kontrollgruppe. Daher spricht der Autor in diesem Zusammenhang auch von Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten als „Abstinenzkünstler“ (Krause, 2005, S.104) und beschreibt damit deren Fähigkeit, ihre äußerlich wahrnehmbare Abstinenz selektiv zu steuern. Die Untersuchung von Krause verdeutlicht damit auch die Bedeutung des Ärgerausdrucks von Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten innerhalb der therapeutischen Beziehung.

### **3 Relational gefragt: WER ist denn jetzt eigentlich wütend?**

1959 veröffentlichte der nach Argentinien ausgewanderte Wiener Psychoanalytiker Heinrich Racker, Vertreter eines instrumentellen Gegenübertragungskonzepts, seine Arbeit „Übertragung und Gegenübertragung“. Von ihm stammt die konzeptionelle Unterscheidung zwischen der konkordanten und komplementären Gegenübertragungsreaktion. Die Differenzierung bezieht sich dabei auf die jeweils aktivierte Identifizierung der Psychotherapeutin oder des Psychotherapeuten. Bei der konkordanten Gegenübertragung identifiziert sich die Psychotherapeutin bzw. der Psychotherapeut mit bestimmten Teilen oder inneren Instanzen, nämlich den Selbstrepräsentanzen der Patientin bzw. des Pati-

enten, was dazu führt, dass sie oder er sich im Moment der Situation genauso fühlt wie die Patientin oder der Patient sich selbst. Kernberg (1997, S.132) beschreibt diesen Vorgang in der Begrifflichkeit der Objektbeziehungstheorie, wenn er von einer Identifizierung des Analytikers „mit eben der Selbst- oder Objektrepräsentanz [...] die im Patienten aktiv ist“, spricht. Nach Wöller und Kruse (2010, S.259) reagiert die Psychotherapeutin oder der Psychotherapeut dann in ihrer oder seiner Gegenübertragungsfantasie emotional auf die Patientin oder den Patienten so, „wie der Patient wahrscheinlich auf wichtige frühe oder aktuelle Beziehungspartner reagiert hat oder reagiert“. In dieser Situation entwickelt und erlebt die Psychotherapeutin bzw. der Psychotherapeut dieselben Affekte im Hier und Jetzt der therapeutischen Beziehung wie seinerzeit die Patientin oder der Patient im Dort und Damals bedeutungsvoller Objektbeziehungen.

Im Gegensatz dazu findet bei der komplementären Gegenübertragung eine Identifikation der Psychotherapeutin bzw. des Psychotherapeuten mit den inneren Objektrepräsentanzen der Patientin bzw. des Patienten aus ihrer bzw. seiner Vergangenheit statt, das heißt, sie oder er reagiert emotional auf die Patientin oder auf den Patienten so, wie frühere oder aktuelle Beziehungspartner dieser oder diesem begegnet sind oder begegnen. Bei dieser Konstellation übernimmt die Psychotherapeutin oder der Psychotherapeut unbewusst eine Rolle, die ihr oder ihm von der Patientin oder von dem Patienten mittels projektiver Identifikation zugewiesen wurde. Sie oder er erlebt sich dann selbst zum Beispiel als strenge, übermächtige Analytikerin bzw. als strengen, übermächtigen Analytiker, die oder der in sich Impulse verspürt, ihre Patientin oder seinen Patienten ständig zu kritisieren und zu tadeln, wie es seinerzeit vielleicht die Mutter oder der Vater der Patientin oder des Patienten getan hat. Durch ständige Reflexion der eigenen inneren Reaktionen und Geschehnisse ist es der Analytikerin oder dem Analytiker möglich, einen Zugang zur Welt der inneren Objekte der Patientin oder des Patienten zu erhalten. Ermann (2009, S.78) fasst somit in Anlehnung an Rackers Definitionen die Gegenübertragung als „Identifikation mit den projizierten (d.h. übertragenen) Phantasien des Patienten“ zusammen. Racker hob im Besonderen die weitreichende Bedeutung der komplementären Gegenübertragung hervor. Scheitert die Psychotherapeutin oder der Psychotherapeut an einer konkordanten Identifizierung, das heißt, gelingt es ihr oder ihm nicht, einen Selbstaspekt der Patientin oder des Patienten vorübergehend in sich selbst wahrzunehmen, so verstärken sich abwehrbedingt komplementäre Reaktionen der Patientin oder dem Patienten gegenüber (Racker, 1997, S.159).

Kohrs (2014) verweist in diesem Zusammenhang auf einen interessanten Aspekt hinsichtlich feindseliger Gegenübertragungsreaktionen: Besonders zurückhaltende Interventionsstile seien oftmals Resultate ausagierter komplementärer Identifikationen des Therapeuten. Dabei beruft er sich auf Racker selbst, der „[...] immer wieder ausdrücklich diese vermeintlich abstinenter, sozusagen klassischen psychoanalytischen Haltungen[...]“ unter dem Gesichtspunkt eines möglichen unbewussten Ausagierens gegenübertragungsbedingter Reaktionen sah. Racker spricht diesbezüglich vom „rachsüchtigen Schweigen“ (1997, S.162) des Analytikers. Ähnlich sieht es auch die deutsche Psychoanalytikerin Ursula Kreuzer-Haustein (2008, S. 532-533). In ihrer Auseinandersetzung mit feindseligen Ge-

genübertragungen und Aggressionskonzepten von Psychoanalytikerinnen und Psychoanalytikern verweist sie eindrücklich auf folgendes Paradoxon: Nicht die „lauten“, bewusst von der Psychotherapeutin oder vom Psychotherapeuten wahrnehmbaren aggressiven Gefühle wie Wut und Sadismus der Patientin oder dem Patienten gegenüber seien gefährlich. Denn wenn das Gewahr werden und die bewusste Reflexion solcher Emotionen noch möglich seien, dann verfügen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten ausreichend über eine Fähigkeit, die Michael Parsons (2006, S.1195) treffend als „emotional availability“ titulierte. Dann sei es noch möglich - trotz stattgefunder Enactments – den therapeutischen Prozess durch Reflexion und Selbstanalyse voranzubringen. „Muß der Analytiker jedoch seinen Haß auf den Patienten, seine Wünsche, ihn loszuwerden oder schlecht zu behandeln, abwehren, dann ist die Gefahr eines vollständigen Rückzugs vom Patienten groß, und seine analytische Haltung ist ernsthaft angegriffen“ (Kreuzer-Haustein 2008, S.533). Das Paradoxe bildet sich in diesem Fall in einem „leise“ und ruhig voranschreitenden, zunächst unbemerkbaren langsamen Rückzug der Psychotherapeutin oder des Psychotherapeuten ab. Nach und nach verliert sie oder er den emotionalen Kontakt zu ihrer Patientin oder zu seinem Patienten, wendet sich von ihr oder ihm ab und schafft dadurch eine Distanz innerhalb der Beziehung; ein Phänomen, das sich in der Gegenübertragung zum Beispiel durch Gefühle wie chronische Langeweile (Fenichel, 1934) oder Müdigkeit (Zwiebel, 1992; Rieken, 2003) ausdrücken kann.

Bettighofer (2010) erweitert dieses relationale Gegenübertragungskonzept um eine zusätzliche Dimension, indem er in Anlehnung an Heuft (1990) den Begriff der „Eigenübertragung“ der Analytikerin bzw. des Analytikers zur Diskussion stellt. Dabei nutzt er als Ausgangspunkt seiner Überlegungen die Definition von Möller (1977, S.145), der die Gegenübertragung als „spezifische, nicht-neurotische Reaktion des Analytikers auf die Übertragungen seines Patienten“ festlegt. Nach Bettighofer (2010, S.65) sei jedoch „das Hervorheben der Möglichkeit einer Eigenübertragung ein entscheidender Fortschritt, weil dadurch die Person des Analytikers mit ihren Idiosynkrasien, ihren eigenen Mustern und Selbstschutzmaßnahmen ins Blickfeld gerät.“

Die Analytikerin oder der Analytiker erscheint unter solch einer Betrachtung nicht als durchanalysierte graue Wand, auf deren Projektionsfläche die intrapsychischen Konflikte der Patientinnen und Patienten ihre Abbildung finden. Sie oder er präsentiert sich im Gegenteil als eigenständiges Subjekt, das aufgrund seiner Bezogenheit auch immer selbst eigene neurotische Strukturen in den gemeinsamen Prozess miteinbringen kann. Stirn (2002, S.51) fasst diesen Sachverhalt treffend zusammen, indem er die Reaktion der Analytikerin oder des Analytikers auf die Übertragungen der Patientin oder des Patienten nicht nur im Sinne Rackers als konkordant oder komplementär beschreibt. Vielmehr reagiere der Therapeut „als gesamte Person mit seinen eigenen neurotischen Übertragungsgefühlen, mit der Projektion von Selbstanteilen, ja sogar mit eigenen projektiven Identifikationen“ (ebd.) auf die Zuschreibungen seiner Patientinnen und Patienten.

Bettighofer (1994, S.121) warnte bereits wesentlich früher ausdrücklich vor der mit dieser Erkenntnis einhergehenden Gefahr, wenn er feststellt: „Die Fähigkeit des Analytikers, sich in der Selbstreflexion eigenen unlustvollen Erfahrungen zu stellen, entscheidet in solchen Situationen darüber, ob sie für die Patientin oder den Patienten in einer pathogenen Wiederholung enden oder ob sie Ausgangspunkt für einen kreativen Neuanfang werden.“

Zusammenfassend und in Beantwortung der eingangs gestellten Frage „WER ist denn jetzt eigentlich wütend?“ kann somit folgender Schluss gefolgert werden: Das therapeutische Erleben von Wut und Aggression in einer psychotherapeutischen Behandlung stellt etwas gemeinsames „Gemachtes“ dar und kann ursächlich nicht nur einer der beiden beteiligten Personen zugeschrieben werden. Denn wenn im Zuge wirksamer psychodynamischer Prozesse die Selbst- und Objektrepräsentanzen von Patientin oder Patient und Psychotherapeutin oder Psychotherapeut im intersubjektiven Raum aufeinanderprallen, lässt sich eine klare Differenzierung über den Ursprung und das Wesen der sich dabei formierenden affektiven Konstrukte im Sinne einer eindeutigen Zuordnung kaum noch vornehmen. Dann entsteht etwas, das Ermann (2017, S.99) als „intersubjektive Übertragung“ bezeichnet, eine Matrix, in der die (zumindest begrifflichen) Grenzen zwischen (Eigen-)Übertragung und Gegenübertragung verschwimmen.

#### **4 *Enactments: Intersubjektive Verstrickungen***

Wie Mertens ausführt (2009, S.79), besteht über den Begriff des Enactments in der psychoanalytischen Community wenig Einigkeit. Abgeleitet aus Sandler's Konzept (1976) der Bereitschaft zur Rollenübernahme bezeichnete es in den Augen klassisch-orthodoxer Psychoanalytikerinnen und Psychoanalytiker bis zuletzt ein Phänomen des Agierens und blieb damit in deren Augen ein Widerstandsphänomen; der subjektive Einfluss der Analytikerin bzw. des Analytikers wurde von der klassischen Psychoanalyse nur im Fall konfliktreicher Interaktionen als Möglichkeit in Betracht gezogen, eine Auffassung, die an das ursprüngliche, defensive Konzept der Gegenübertragung erinnert. Betrachtet man den Begriff aus Sicht der relationalen Psychoanalyse, die immer auch von einer gemeinsamen Konstruktion des therapeutischen Prozesses beider Beteiligten ausgeht, so bezeichnet Enactment eine Verstrickung der Analytikerin und des Analytikers mit Anteilen der Patientin und des Patienten in einen unbewusst stattfindenden Handlungsdialog.

„Das allmählich bewusstwerdende und dann immer stärker reflektierbare Enactment stellt nicht nur neue Erkenntnisse über den Patienten und die Interaktion mit ihm zur Verfügung, sondern die Transformierung des Enactments, die sich über viele Stunden hinziehen kann, ist neben der Durcharbeitung psychodynamischer Konfliktthemen im autobiographischen Ge-

dächtnismodul mit die wichtigste Dimension des analytischen Prozesses.“ (Mertens, 2009, S.82)

Enactment bezeichnet also einen zunächst unbewusst ablaufenden Vorgang auf der Handlungsebene zwischen zwei Personen. In einer psychoanalytischen Behandlung geschieht dies zwischen einer ausgebildeten Person, die ihren gesamten Wahrnehmungsapparat unter Zuhilfenahme spezifischer Theorien der Interaktion des Unbewussten zur Verfügung stellt und einer zweiten Person, die ursprünglich hilfeschend, zum gleichen Teil zum Konstrukteur einer gemeinsam geschaffenen Realität wird, die nun in einer ganz spezifischen Dyade, der therapeutischen Beziehung, verstanden werden kann. Das, was verstanden werden soll, ist im Falle einer relationalen Auffassung nicht isoliert als etwas von der Patientin oder vom Patienten Gemachtes zu betrachten; vielmehr rückt nun die gemeinsame Begegnung in den Fokus der Aufmerksamkeit – oder, wie es Steven A. Mitchell (1988) als eine der Gründerfiguren relationaler Strömungen ausdrückt – die relationale Matrix. Das Psychische wird nach Mitchell von einer Vielzahl internalisierter Beziehungserfahrungen konstituiert, er nennt sie „Mikrokosmen des Beziehungsfelds“ (Mitchell, 2003, S. 99). „Beziehungserfahrungen, intrapsychische Bewertung und die wiederkehrenden Muster, nach denen das Erleben des Selbst und der Beziehungen organisiert wird, stehen miteinander in einer Wechselwirkung“ (Ermann, 2012, S. 63). Bezogen auf die praktische Anwendung des relationalen Konzept postuliert Mitchell (2005, S. 333): „Im Zentrum ... steht die Authentizität des Analytikers bei der Teilnahme am Prozess des Patienten“. Dabei spricht er von intensiven Empfindungen des Analytikers, die im Zuge der „Bemühungen des Patienten“ (ebd.), mit ihm in Verbindung zu treten, auftauchen. Genau diese Gefühle sind es, die aus einer relationalen Perspektive heraus nicht mehr einzig und allein als gegenübertragungsbedingt klassifiziert werden. In diesem Zusammenhang verweist Stephenson (2011, S. 194) auf die große Chance, die solch einer Grundhaltung innewohnt, wenn er von einer „reflexionsgeleiteten Transformation der Affektkontrolle“ spricht. Wenn es gelingt, im Zuge eines intensiven Einlassens auf das Erleben der Patientinnen und Patienten im Hier und Jetzt der therapeutischen Situation, die individuelle, aber gemeinsam gestaltete Beziehungsdynamik verstehend zu erfahren. „Erst dadurch verlieren am Ende [...] neurotische Mechanismen ihren Zweck und ihre Notwendigkeit“ (ebd.).

Relationale Aspekte des therapeutischen Geschehens spielten nicht nur in der Psychoanalyse seit Anfang der 80er Jahre des vorigen Jahrhunderts eine immer stärkere Rolle. Auch die zu dieser Zeit neu aufflammende Psychotherapiewissenschaft bemühte sich, das Prinzip der Intersubjektivität und des Relationalen als allgemeines Merkmal, als allgemeinen Wirkfaktor, unabhängig von einer bestimmten therapeutischen Richtung, theoretisch zu fundieren. Ein Beispiel dafür liefert die empirisch gut belegte, schulübergreifende „Control-Mastery“-Theorie von Joseph Weiss (Albani, Blaser, Geyer, & Kächele, 1999; Sampson, Weiss, & Mount Zion Psychotherapy Research Group, 1986). Sie postuliert, dass Patientinnen und Patienten früh erworbene pathogene Überzeugungen innerhalb der

therapeutischen Beziehung auf unbewusster Ebene überwinden wollen und im Zuge dessen ihre Therapeutinnen und Therapeuten bestimmten Beziehungstests unterziehen. Das bedeutet, dass diese pathogenen Überzeugungen in Form von „Angeboten“ an die Therapeutin bzw. an den Therapeuten innerhalb der Beziehung auf die Probe gestellt werden. Die spezifische Art und Weise, wie die Therapeutin oder der Therapeut mit diesen Beziehungsangeboten, die ja aus internalisierten Beziehungserfahrungen beider Protagonisten gespeist werden, umgeht, entscheidet nach Auffassung der Autoren darüber, ob die pathogenen Überzeugungen in der Therapie überwunden werden können.

##### **5 *Wieso resultiert aus der Tatsache, dass Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten wütend sind, die Notwendigkeit einer relationalen Haltung von individualpsychologischen Analytikerinnen und Analytikern?***

Psychoanalytisch-individualpsychologisch zu denken und zu arbeiten konfrontiert uns früher oder später mit einem fundamentalen Widerspruch: Teilweise rigide und streng hierarchisch organisierte Ausbildungsstrukturen in psychoanalytischen Ausbildungsvereinen, ein falsch verstandenes Abstinenzgebot sowie die jahrzehntelang vollzogene (theoretische) strikte Trennung zwischen Übertragung und Gegenübertragung haben Psychoanalytikerinnen und Psychoanalytikern über viele Jahrzehnte hinweg einen zweifelhaften Umgang mit ihrer eigenen Aggressivität nahegelegt: Einerseits wurden sie dazu angehalten, konflikthafte Material mit Hilfe einer schwer erlernbaren Deutungstechnik aus dem Unbewussten ihrer Patientinnen und Patienten zu befreien. Diese Vorgehensweise bildet bis heute einen wichtigen Stützpfiler jeglicher tiefenpsychologisch orientierter Therapie. Psychische Inhalte, die aus lebensgeschichtlich gewachsenen Gründen bewusst nicht erlebt werden können, sollen aus den Untiefen des Unbewussten auf die Ebene des Bewusstseins gehoben werden. Das, was nicht „erlaubt“ ist, was sich „nicht gehört“ und verpönt ist, genau darauf haben wir es – etwas salopp formuliert – in der Tiefenpsychologie abgesehen. Eines der wichtigsten Instrumente – wenn nicht sogar das wichtigste für dieses Vorhaben - stellt die Bearbeitung genau dieser konflikthafte beladenen Themen innerhalb der therapeutischen Beziehung dar. Um dieses Handwerk zu erlernen, bedarf es neben der Aneignung der zugrundeliegenden Theorie jedoch mehr. In einer mehrjährigen Lehranalyse erfahren wir schließlich am eigenen Leib, wie schmerzhaft sich dieser Prozess gestalten kann. Mit der Zeit verändern wir unsere eigene Persönlichkeit und entwickeln vielleicht auch eine von mehr Akzeptanz geprägte Grundhaltung unseren eigenen dunklen Schatten gegenüber – wir trainieren uns in Affekttoleranz.

Auf der anderen Seite existierte bis zum Aufkeimen der relationalen Psychoanalyse ein vergleichsweise starres Bild über die Handhabung eigener Gefühle als Psychoanalytikerin oder als Psychoanalytiker innerhalb eines therapeutischen Settings – ganz egal, ob man diese Gefühle nun innerhalb der Begrifflichkeiten von Eigenübertragung, Gegenübertragung oder intersubjektiver Übertragung einordnet. Diese Phänomene wurden zwar nicht mehr ausschließlich als rein störende Elemente gewer-

tet, ihre „erlaubte“ Existenz beschränkte sich jedoch alleine auf den Zweck der Reflexion – quasi unsichtbar. Es war und ist auch heute noch das in vielen (orthodoxen) Ausbildungseinrichtungen vorherrschende Diktat der rein instrumentellen Handhabung der als „Gegenübertragung“ titulierten affektiven Reaktionen, das sich im Selbstverständnis vieler Tiefenpsychologinnen und Tiefenpsychologen fest verankert hat. Unter der Prämisse jedoch, dass wir uns als individualpsychologische Psychoanalytikerinnen und Psychoanalytiker im breiten Spektrum der intersubjektiven Matrix bewegen, bringen wir im Zuge der Bezogenheit zwischen uns und unseren Patientinnen und Patienten unsere eigenen aggressiven Anteile in letzter Konsequenz immer mit ein (und wie uns die Forschung gezeigt hat, tun wir dies, ob wir wollen oder nicht).

Relationale Ansätze in der Psychoanalyse mögen im 21. Jahrhundert angesichts einer bald 40-jährigen Entstehungsgeschichte zwar als etabliert gelten. Die Tatsache jedoch, wonach zentrale Themen gängiger psychoanalytischer Praxis in der relationalen Psychoanalyse eine zum Teil radikale Neubewertung erfahren, birgt in der konkreten Auseinandersetzung durchaus explosives Potential. Zentraler Kern einer damit einhergehenden Fragestellung betrifft nämlich das Thema der Selbstoffenbarung als Psychotherapeutin oder als Psychotherapeut. Wie schwer der psychoanalytischen Community dieser Wandel fallen mag, zeigte nicht zuletzt in Österreich der als „Rieken-Diskurs“ bekannt gewordene Konflikt. Stein des Anstoßes war ein Artikel von Bernd Rieken (2003), in dem er sich für die Möglichkeit einer partiellen Offenlegung gegenübertragungsbedingter Gefühle Patientinnen und Patienten gegenüber aussprach.

„Als ich vor längerer Zeit die These vertreten habe, dass eine Offenlegung der Gegenübertragung in sehr problematischen Phasen der Therapie hilfreich sein kann (Rieken 2003a), brandete mir eine Woge empörten Widerspruchs entgegen, die sich nicht nur in einer emotional aufgeladenen Diskussionsveranstaltung meines damaligen Ausbildungsvereins entlud, sondern auch ihren Niederschlag in der Zeitschrift für Individualpsychologie fand (Datler 2005a) und auch später noch kommentiert wurde“ (Rieken, 2011, S. 214).

Inwiefern die „Datler-Rieken-Kontroverse“ (Datler, 2005, 2015, 2016; Rieken, 2003, 2016) die sich letztendlich in schriftlicher Form über ein Jahrzehnt in der Zeitschrift für Individualpsychologie hingezogen hat, tatsächlich als Teil eines stattfindenden Paradigmenwechsels innerhalb der österreichischen Individualpsychologie betrachtet werden kann, sei an dieser Stelle in Frage gestellt. Denn einerseits fokussierte die Kontroverse in ihrer Weiterentwicklung mehr auf die Frage der Akademisierung der Psychotherapie in Österreich als auf konflikthaft erlebte Konzepte relationaler Psychoanalyse. Andererseits jedoch verdeutlicht sie das aggressive Potential, das entfesselt werden kann, wenn ein ganz bestimmtes Kernthema relationaler Strömungen mit den Vorstellungen traditionelle-

rer Vertreterinnen und Vertreter tiefenpsychologischer Provenienz konfrontiert wird: Die neue Konzeption der Abstinenzregel und die damit einhergehenden praktischen Konsequenzen.

Das Abstinenzgebot wurde ursprünglich von Freud mitunter als reine Schutzfunktion gegen missbräuchliche Übergriffe von männlichen Psychoanalytikern gegenüber ihren weiblichen Patientinnen ausgesprochen. Als Beispiel sei an dieser Stelle die Liebesbeziehung von Carl Gustav Jung mit seiner Patientin Sabine Spielrein genannt (McGuire et al., 1974). Ermann verweist jedoch auf die fatalen Folgen, die eine jahrzehntelang falsch verstandene Praxis des Abstinenzgebots, ausgelöst hat:

„Daraus entwickelte sich im Laufe der Zeit eine Haltung der Frustration basaler Bedürfnisse nach Kontakt und Resonanz, welche bei den Patienten Resignation oder Enttäuschungen, Aggressionen und Wut hervorrief. Diese wurden dann oft als intrinsische Übertragungen missverstanden und gedeutet. Das Unverständnis der Patienten dafür wurde als Widerstand aufgefasst“ (2017, S. 111).

Das Deuten des Widerstands (bzw. die Deutung an sich) als zentrales Element klassisch-psychoanalytischen Arbeitens schafft unter Beibehaltung dieser orthodoxen Abstinenzregel ein Klima des Ungleichgewichts. Die Psychoanalytikerin oder der Psychoanalytiker erscheint in solch einer Konstellation nicht mehr als gleichberechtigte Teilnehmerin oder als gleichberechtigter Teilnehmer innerhalb eines therapeutischen Prozesses. Im Gegenteil, sie oder er beansprucht im abstinenter Rückzug die Deutungshoheit, die sie oder er in der Anwendung der reinen psychoanalytischen Technik als sadistischen Akt, der Deutungen in Form von Zuschreibungen innewohnt, (un)hinterfragt ausagiert. Formulierungen wie „Sie kommen heute zehn Minuten zu spät in die Stunde, weil Sie eigentlich....“ bzw. „Sie vermeiden es über xy zu sprechen, weil Sie möglicherweise.....“ oder auch die bloße Feststellung „Vielleicht verwechseln Sie mich ja gerade mit dem Bild, das Sie von Ihrer Mutter haben“ erzeugen nicht nur ein massives Machtungleichgewicht zwischen beiden Beteiligten, sondern entbinden die Analytikerin oder den Analytiker in dieser Situation auch von einer realen Verantwortung, die ihrer oder seiner Rolle als aktive Mitgestalterin oder als aktiver Mitgestalter innerhalb der therapeutischen Beziehung innewohnt. Das Abgeben von (emotionaler) Verantwortung hat dabei in der Psychoanalyse zum Teil Tradition: Das von Melanie Klein ursprünglich entworfene Konzept der projektiven Identifikation beschreibt in der Sprache der Objektbeziehungstheorie nach Kernberg (1997) einen „primitiven“ Abwehrmechanismus. Die Patientin oder der Patient „macht“ etwas mit mir als Therapeutin oder als Therapeut, sie oder er legt ein unangenehmes Gefühl, einen inakzeptablen Selbstanteil in mich hinein, lässt mich glauben, dass es mein eigenes Gefühl ist und will mich damit kontrollieren. Allein die Verwendung des Begriffs „primitiv“ drückt m.E. auf subtile Art und Weise eine abgewehrte narzisstisch motivierte Form der Aggression aus, die dem Konzept zumindest als Potential innewohnt. Das Problematische in solchen Formulierungen und Konzeptionen liegt dabei in

der Zuschreibung einer spezifischen Intentionalität in der Form einer Tatsachenfeststellung. Der Patientin oder dem Patienten werden mitunter „böse“ Absichten unterstellt, wobei die Unterstellung in einem zweiten Schritt unter Zuhilfenahme psychoanalytischer Entwicklungspsychologie „legitimiert“ wird. Damit besteht die Gefahr, dass die eigenen aggressiven Anteile der Psychoanalytikerin oder des Psychoanalytikers geleugnet werden und Behandlungsabbrüche mit dem Argument der Schwere einer Störung (also per Schuldzuweisung an die Patientin oder an den Patienten) gerechtfertigt werden.

Zusammenfassend soll an dieser Stelle postuliert werden: Die Anwendung klassisch-orthodoxer psychoanalytischer Technik beruht in ihrer grundlegenden Konzeption auf einem tiefgehenden Widerspruch. Einerseits betont die tiefenpsychologische Theorie die besondere Bedeutung und Wirkmächtigkeit von Affekten sowie als Ziel die Bewusstwerdung und Verbalisierung der mit diesen Affekten verbundenen innerpsychischen Prozesse. Auf der anderen Seite wurden und werden Psychoanalytikerinnen und Psychoanalytiker in ihrer Ausbildungszeit vorwiegend mit instrumentellen Gegenübertragungskonzepten konfrontiert, die im Kern postulieren, dass ihre eigenen innerpsychischen Prozesse und die damit einhergehenden (unvermeidlichen) Affekte aus der Kommunikation mit der Patientin oder dem Patienten herausgehalten werden sollten. Durch die „affektiv-kommunikative Enthaltsamkeit“ der orthodoxen Analytikerin oder des orthodoxen Analytikers wird jedoch genau das erschwert, was durch die Analyse erleichtert werden soll: die Bewusstwerdung dessen, was man durch die eigene Reaktion auf die eigenen Affekte in anderen für Affekte und Affektreaktionen auslöst. Erst dadurch wird es nämlich möglich einen Lernprozess in Gang zu bringen, der langfristig auf die Verbesserung der Kompetenz zur bewussten Regulierung, eben dieser Reaktionen auf Affekte, abzielt. Diese ist allerdings nur dann möglich, wenn die Analytikerin oder der Analytiker eben diese Affekte, die von der Patientin oder vom Patienten ausgelöst wurden, in achtsamer Art und Weise kommuniziert und ihr oder sein Gegenüber an ihren oder seinen Reaktionen darauf teilhaben lässt.

### *Literatur*

- Albani, Cornelia, Blaser, Gerd, Geyer, Michael, & Kächele, Horst (1999). Die "Control-Mastery Theorie". *Forum der Psychoanalyse*, 15(3), S. 224-236.
- Benecke, Cord, Vogt, Theresia, Bock, Astrid, Koschier, Andrea, & Peham, Doris (2008). Emotionserleben und Emotionsregulation und ihr Zusammenhang mit psychischer Symptomatik. A Self Report Questionnaire for the Assessment of Emotional Experience and Emotion Regulation. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 58, S. 1-5.
- Bettighofer, Sigfried (1994). Die latente Ebene der Übertragung: Interaktionelle und systemische Aspekte der therapeutischen Situation. *Forum der Psychoanalyse*, 10(2), S. 116-129.
- Bettighofer, Sigfried (2010). *Übertragung und Gegenübertragung im therapeutischen Prozess* (4. Auflage). Stuttgart, Berlin, Köln: Kohlhammer.

- Boll-Klatt, Annegret, & Kohrs, Mathias (2014). *Praxis der psychodynamischen Psychotherapie. Grundlagen-Methoden-Konzepte*. Stuttgart: Schattauer.
- Datler, Wilfried (2005). Die Offenlegung von Gegenübertragungsgefühlen als Teil der Analyse der therapeutischen Beziehung? Eine Diskussion im Anschluss an Bernd Rieken (ZfIP 2003). *Zeitschrift für Individualpsychologie*, 30, S. 171-205.
- Datler, Wilfried (2015). Ist die Universität der rechte Ort für Psychotherapieausbildung und Psychotherapieforschung? Eine Replik auf Bernd Riekens „Überlegungen zur Akademisierung der Psychotherapie—am Beispiel der Sigmund Freud Privatuniversität“ unter Berücksichtigung weiterer einschlägiger Veröffentlichungen. *Zeitschrift für Individualpsychologie*, 40(2), S. 166-202.
- Datler, Wilfried (2016). Einige knappe Anmerkungen zu Bernd Riekens Kritik. *Zeitschrift für Individualpsychologie*, 41(3), S. 268-272.
- Ermann, Michael (2012). *Psychoanalyse heute. Entwicklungen seit 1975 und aktuelle Bilanz* (2. Auflage). Stuttgart: Kohlhammer.
- Ermann, Michael (2017). *Der Andere in der Psychoanalyse. Die intersubjektive Wende* (2.Auflage Ausg.). Stuttgart: W. Kohlhammer.
- Fenichel, Otto (1934). *Zur Psychopathologie der Langeweile*. Leipzig: Imago.
- Henry, William P., Schacht, Thomas E., Strupp, Hans H., Butler, Stephen F., & Binder, Jeffrey L. (1993). Effects of training in time-limited dynamic psychotherapy: Mediators of therapists responses to training. *Journal of consulting and clinical psychology*, 61(3), S. 441.
- Henry, William P., Strupp, Hans H., Schacht, Thomas E., & Binder, Jeffrey L. (1993). Effects of training in time-limited dynamic psychotherapy: Changes in therapist behavior. *Journal of consulting and clinical psychology*, 61(3), S. 434.
- Heuft, Gereon (1990). Bedarf es eines Konzepts der Eigenübertragung? *Forum der Psychoanalyse*, 6(4), S. 299-315.
- Hildenbrand, Gerhard (1993). Die Vanderbilt-Psychotherapieforschungsprojekte und ihre Ergebnisse. In Gerhard Hildenbrand (Hrsg.), *Die Strukturelle Analyse Sozialen Verhaltens-SASB. Ein Arbeitsbuch für Forschung und Ausbildung in der Psychotherapie* (S. 221-230). Heidelberg: Roland Asanger Verlag.
- Hoffmann, Sven O., Rulof, Gerd, & Strauß, Bernhard (2008). Unerwünschte und schädliche Wirkungen von Psychotherapie. *Psychotherapeut*, 53(4), S.4-16.
- Kernberg, Otto (1997). *Wut und Hass. Über die Bedeutung von Aggression bei Persönlichkeitsstörungen und sexuellen Perversionen*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Krause, Rainer (2005). Verachtung, Ärger und Ekel des Therapeuten. In Otto F. Kernberg, Birgit Dulz, & Jochen Eckert (Hrsg.), *WIR: Psychotherapeuten über sich und ihren "unmöglichen" Beruf* (S. 102-115). Stuttgart New York: Schattauer.
- Kreuzer-Haustein, Urusula (2008). Feindselige Gegenübertragungen und die Aggressionskonzepte des Analytikers. *Psyche*, 62(6), S. 525-551.
- Mertens, Wolfgang (2009). *Psychoanalytische Erkenntnishaltungen und Interventionen. Schlüsselbegriffe für Studium, Weiterbildung und Praxis*. Stuttgart: Kohlhammer.

- Michell, Steven A. (2005). *Psychoanalyse als Dialog. Einfluss und Autonomie in der analytischen Beziehung*. Gießen: Psychosozial.
- Mitchell, Steven A. (1988). *Relational Concepts in Psychoanalysis*. Cambridge (MA): University Press.
- Mitchell, Steven A. (2003). *Bindung und Beziehung. Auf dem Weg zu einer relationalen Psychoanalyse*. Gießen: Psychosozial.
- Parsons, Michael (2006). The analyst's countertransference to the psychoanalytic process. *The International Journal of Psychoanalysis*, 87(5), S. 1183-1198.
- Pauza, Elisabeth (2012). *Psychotherapieausbildung: Veränderungen von Persönlichkeit, Beziehungserleben und emotionalen Kompetenzen während der Ausbildung*. Kassel: University Press GmbH.
- Perry, J. Christopher, & Bond, Michael (2012). Change in Defense Mechanisms During Long-Term Dynamic Psychotherapy and Five-Year Outcome. *American Journal of Psychiatry*, 169, S. 916-925.
- Racker, Heinrich (1997). *Übertragung und Gegenübertragung: Studien zu psychoanalytischen Technik*. München: Reinhardt.
- Rieken, Bernd (2003). Gegenübertragungsprobleme, Beziehungsanalyse und Selbstenthüllung im Schatten der Therapieausbildung. Fallbeispiele und Überlegungen aus individualpsychologischer Sicht. *Zeitschrift für Individualpsychologie*, 28(4), S. 332-353.
- Rieken, Bernd (2011). Abstinenz, Authentizität und Selbstenthüllung. In Bernd Rieken, Brigitte Sindelar, & Thomas Stephenson (Hrsg.), *Psychoanalytische Individualpsychologie in Theorie und Praxis. Psychotherapie, Pädagogik, Gesellschaft* (S. 213-219). Wien New York: Springer.
- Rieken, Bernd (2016). Universitäre Psychotherapieausbildung. Eine Kritik an Wilfried Datlers Kritik (ZfIP 2/2015). *Zeitschrift für Individualpsychologie*, 41(3), S. 258-267.
- Rudolf, Gerd (2013). *Strukturbezogene Psychotherapie: Leitfaden zu psychodynamischen Therapie struktureller Störungen*. Stuttgart: Schattauer.
- Sachs, Janet S. (1983). Negative factors in brief psychotherapy: An empirical assessment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51(4), S. 557-564.
- Sampson, Harold, Weiss, Joseph, & Mount Zion Psychotherapy Research Group. (1986). *The psychoanalytic process: Theory, clinical observation, and empirical research*. New York/London: Guilford Press.
- Sandler, Joseph (1976). Gegenübertragung und die Bereitschaft zur Rollenübernahme. *Psyche*, 30(4), S. 297-305.
- Stephenson, Thomas (2011). Selbstpsychologie und Relationale Psychoanalyse. In Bernd Rieken, Brigitte Sindelar, & Thomas Stephenson (Hrsg.), *Psychoanalytische Individualpsychologie. Psychotherapie, Pädagogik, Gesellschaft* (S. 189-195). Wien New York: Springer.
- Stirn, Aglaja (2002). Gegenübertragung. *Psychotherapeut*, 47(1), S. 48-58.
- Strupp, Hans H. (1998). The Vanderbilt I study revisited. *Psychotherapy Research*, 8(1), S. 17-29.
- Strupp, Hans H. (2001). Treatment Manuals and Empirically Supported Treatments. *Psychoanalytic Dialogues*, 11, S. 605-619.

Strupp, Hans H., & Hardley, Suzanne W. (1979). Specific vs nonspecific factors in psychotherapy: A controlled study of outcome. *Archives of general psychiatry*, 36(10), S. 1125-1136.

Strupp, Hans H., & Binder, Jeffrey L. (1984). *Psychotherapy in a new key: A guide to time-limited dynamic psychotherapy*. USA: Basic Books.

Wöller, Wolfgang, & Kruse, Johannes (Hrsg.). (2010). *Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie. Basisbuch und Praxisleitfaden*. (3., überarbeitete und erweiterte Auflage). Stuttgart: Schattauer.

Zwiebel, Ralph (1992). *Der Schlaf des Analytikers. Die Müdigkeitsreaktion in der Gegenübertragung*. Stuttgart: Verlag Internationale Psychoanalyse.

## ***Autor***

Mag. pth. Manfred Reisinger

manfred.reisinger1@chello.at

Studium der Psychotherapiewissenschaft

Psychotherapeut und Individualpsychologischer Analytiker in freier Praxis

Mitarbeiter im Vizerektorat Forschung der Sigmund-Freud-PrivatUniversität Wien