

# Emotionales Lernen: Umgang mit der Gegenübertragung im milieu- und psychotherapeutischen Setting

Rosmarie Barwinski

## Zusammenfassung

Ausgehend von Argelanders (1970) Konzept des szenischen Verstehens wird aufgezeigt, wie die Gegenübertragung dazu genutzt werden kann, um unbewusste Inszenierungen des Patienten erfassen und verstehen zu können. Zur Differenzierung unterschiedlicher Gegenübertragungsmanifestationen wird Bezug auf die Entwicklung der Empathiefähigkeit genommen, wie sie Thomas Kesselring (2010) von der Piagetschen Stufentheorie der kognitiven Entwicklung ableitet. Wie dieses neue, von Entwicklungskonzepten abgeleitete Gegenübertragungsverständnis dazu genutzt werden kann, um sowohl Aussagen über das Prozessgeschehen als auch über den gestörten Persönlichkeitsanteil des Patienten machen zu können, wird am Beispiel des Integrationsprozesses traumatischer Erfahrungen anschaulich illustriert.

## Schlüsselwörter

Szenisches Verstehen; Gegenübertragung; Piaget; Entwicklung der Empathiefähigkeit; Trauma-Integration

*Emotional learning: Dealing with countertransference in the setting of milieu therapy and psychotherapy*

## Summary

Starting from Argelander's (1970) concept of scenic understanding, it is demonstrated how countertransference can be used to grasp and comprehend unconscious dramatisations by the patient. In order to distinguish between different countertransference manifestations, reference is made to the development of the empathic ability as derived by Thomas Kesselring (2010) from the Piagetian stage theory of cognitive development. How this new appreciation of countertransference derived from development concepts can be used to evaluate both the process occurring as well as the disturbed part of the patient's personality is clearly illustrated using the example of the process of integrating traumatic experiences.

## Keywords

Scenic understanding; countertransference; Piaget; development of empathic ability; trauma integration

## Szenisches Verstehen

Ein therapeutisches Gespräch ist kein gewöhnliches Gespräch, es ist mehr ein Zuhören auf unterschiedlichen Ebenen: Psychoanalytiker erhalten objektive, subjektive, aber vor allem Informationen über das szenische Verstehen. Beispiele für objektive Informationen sind biographische Fakten oder bestimmte Verhaltensweisen. Bei der subjektiven Information ist dagegen entscheidend, welche Bedeutung der Patient bestimmten Fakten gibt. Information über das szenische Verstehen unterscheiden sich von subjektiven Aussagen nur durch eine Akzentverschiebung. Während bei der subjektiven Information noch die berichteten Daten im Vordergrund stehen, denen der Patient eine subjektive Bedeutung gibt, dominiert bei der szenischen Information das Erlebnis der Situation mit allen Gefühlsregungen und Vorstellungsabläufen – auch wenn der Patient schweigt. Um zu verdeutlichen, was mit szenischer Information gemeint ist, soll ein Beispiel angeführt werden.

*Ein Kollege berichtete mir von einer jungen Frau, die bei ihm Hilfe suchte, weil sie eine wenige Wochen zuvor vorgenommene Abtreibung nicht verkraften konnte. Am Ende des Erstgesprächs teilte sie ihm mit, dass sie die Behandlung nach dieser einen Stunde abbrechen wolle. Der Therapeut hatte jedoch während des Gesprächs guten Kontakt zu der Patientin gefunden, ihre Problematik erfasst und sich auf die bevorstehende Arbeit mit dieser Patientin gefreut. Die Redewendung, die Behandlung abbrechen zu wollen – also bevor sie eigentlich begonnen hatte – und der Grund, warum sie den Therapeuten auf-*

*gesucht hatte, ließen ihn erkennen, was zwischen ihnen inszeniert wurde: Die Patientin trieb die Therapie vor der Geburt ab! Die Deutung der Inszenierung machte es der jungen Frau dann möglich, die dringend nötige Therapie zu beginnen und ihre traumatische Erfahrung zu bearbeiten anstatt sie in ihren zwischenmenschlichen Beziehungen zu agieren.*

Das Instrument der Wahrnehmung ist bei der szenischen Information allein die Persönlichkeit des Therapeuten, eingesetzt und abgestimmt auf das unbewusste Beziehungsfeld mit dem Patienten. Der Grund für die Bedeutung der szenischen Information ist folgender: Das Wesen seelischer Krankheiten liegt in unbewussten innerpsychischen Prozessen, die über eine aktuelle Szene mit einem Gesprächspartner erschlossen werden können (vgl. Klüwer, 1995).

Analytiker haben es somit mit Informationen zu tun, die vor allem in präsymbolischer Form mitgeteilt werden. Um Mitteilungen erfassen und verstehen zu können, die nicht in Worten vermittelt werden, muss die behandelnde Therapeutin bzw. der Therapeut selbst auf präsymbolische Ebenen der Informationsvermittlung zurückgreifen: eigene Handlungsimpulse in der Interaktion mit dem Patienten sollen reflektiert und die eigenen Gefühle zum Verständnis der Problematik des Patienten analysiert werden.

Der Verständniszugang zum szenischen Verstehen kann dementsprechend in drei Schritte untergliedert werden:

- Erfassen eigener Emotionen
- Erfassen der Emotionen des Patienten
- Beobachten des Handlungsdialogs und Interpretation des Geschehens (den eigenen Gefühlen sowie dem Verhalten des Patienten wird eine Bedeutung zugeschrieben)

Um der Frage nachzugehen, wie der Prozess der Bedeutungszuschreibung beim szenischen Verstehen über die Analyse der Gegen-

übertragung möglich wird, wird im Folgenden die Theorie der kognitiven Entwicklung von Piaget vorgestellt.

Es stellt sich berechtigt die Frage, warum zur Erfassung emotionaler Zustände, wie sie die Gegenübertragung des Therapeuten darstellt, auf die kognitive Entwicklung Bezug genommen wird. Der Grund für dieses Vorgehen ist folgender: Piaget geht von der Prämisse aus, dass Emotionen einen „rationalen Kern“ enthalten. „Emotionen lassen sich beobachten; wir entnehmen ihnen Informationen, und diese wiederum lassen sich in einem rudimentären Urteil zusammenfassen: Angst bedeutet z. B. „ich bin bedroht,“ Ekel „das ist unappetitlich“ usw. Somit liegt die Vermutung nahe, dass die Entwicklung der Emotionen in einem engen Zusammenhang mit der Entwicklung der kognitiven Fähigkeiten steht...“ (Kesselring, 2010).

Dieser rationale Kern, der Emotionen prägt, verändert sich im Verlauf der Entwicklung gemäss der kognitiven Stufe des Kindes. Dementsprechend wird auch die emotionale Entwicklung und damit auch die Entwicklung der Fähigkeit zur Empathie (als zentrale Komponente der Gegenübertragung) wesentlich von der kognitiven Entwicklungsstufe geprägt. An späterer Stelle wird dieser Gedanke nochmals aufgegriffen und differenziert.

### **Piagets Theorie der kognitiven Entwicklung**

Nicht die Sinne sind die Quelle menschlicher Erkenntnis und auch nicht die Sprache, sondern die Aktivität („action“). Das ist eine Kernaussage Piagets. Die kognitive und emotionale Ausstattung einer Person ist demzufolge nicht nur ein Produkt von Anlage und Umwelt. Die Eigenaktivität bildet nach Piaget einen dritten Kausalfaktor.

„Aus den sich zunehmend aufeinander ein spielenden sensomotorischen Koordinationen

gehen im Grunde alle späteren intellektuellen Fähigkeiten im engeren Sinn hervor, und zwar durch einen reflexiven und konstruktiven Prozess: Indem das erkennende Subjekt seine Handlungen und Handlungskoordinationen reflektiert (d.h. indem es sie bewusst oder unbewusst exploriert), baut es – sozusagen im Rückwärtsgang, wie ein Krebs – höherstufige kognitive Strukturen auf“ (Kesseling, 2010, S. 86).

Die Vorstellung, über die Reflektion der eigenen Handlung höherstufige kognitive Strukturen aufzubauen, – dass die eigene Handlung die Quelle der Erkenntnis sei –, deckt sich mit dem psychoanalytischen Verständnis des szenischen Verstehens. Über das Verständnis der Handlung wird die Problematik des Patienten in Worten beschreibbar und kann reflektiert und gedeutet werden. Der Übergang von der Handlung zur Vorstellung – aus behandlungstechnischer Sicht: vom Agieren zur Deutung – wird möglich.

Eine weitere zentrale Annahme von Piaget ist, dass die kognitive Entwicklung vom Säugling bis zum Erwachsenen als kontinuierlicher Dezentrierungsprozess verstanden werden kann – als Lockerung einer egozentrischen Haltung bzw. der Befreiung aus der Befangenheit in der eigenen kognitiven bzw. räumlichen oder sozialen Perspektive. Diese Dezentrierungen sind Resultate „reflektierender Abstraktion“, d.h. sie entstehen mittels des Prozesses der Reflektion.

Dezentrierungsprozesse sind für die therapeutische Arbeit zentral. Wie diese Prozesse möglich werden, wird beim Thema Gegenübertragung differenziert diskutiert. Zuvor soll die Stufentheorie von Piaget äußerst knapp zusammengefasst werden.

### *Die Stufentheorie von Piaget*

Piaget hat die kognitive Entwicklung in vier Stufen unterteilt (vgl. Tabelle 1). In der ersten

Stufe („sensomotorische Stufe“, bis ca. 1 ½ Jahre) manifestiert sich die Intelligenz in der direkten, zunehmend komplexer werdenden Koordination der Körperbewegungen untereinander, der verschiedenen Sinneswahrnehmungen (tasten, hören, sehen, riechen, schmecken und Gleichgewichtssinn), den Körperbewegungen (das Kind lernt u.a. aufrecht gehen!) sowie zwischen den Sinnen und der körperlichen Motorik.

In der zweiten Stufe (Stufe des „präoperativen Denkens“, ca. 1 ½ bis 6–8 Jahre) entwickeln sich die sensomotorischen Koordinationen weiter. Entscheidend ist aber das Auftreten neuer Typen von kognitiven Funktionen im Alter von ca. 18 Monaten – der Vorstellungstätigkeit einerseits, der Symbolfunktion andererseits. Im Symbolspiel versetzt es sich in andere Personen, in Tiere und in unbelebte Objekte hinein. Es schreibt sich nun, so wie diesen, einen materiellen Körper zu, und es entdeckt auch seine Emotionen und Vorstellungen. Es beginnt sich zunehmend als eigene Person zu erfassen.

In der dritten Stufe (Stufe der „konkreten Operationen“, ca. 6–8 bis 11–12 Jahre) konsolidiert sich ein konsequentes, logisches Denken. Das Kind entwirft erste Strategien zur Lösung von Problemen. Es lernt schreiben und wird sich in diesem Zusammenhang des Unterschieds zwischen Zeichen und Bedeutung bewusst – ein Unterschied, den es zuvor, trotz all seiner Kreativität im Umgang mit Symbolen, noch nicht reflektiert hat. Das Kind wird nun gleichsam ein soziales Wesen.

In der vierten Stufe schliesslich (Stufe der „formalen Operationen“, ab ca. 11–12 Jahre – Jugendalter) baut sich die Fähigkeit zu Operationen zweiter Ordnung auf (z.B. die Kombinatorik, die Berechnung von Wahrscheinlichkeiten, die Differential- und die Integralrechnung). Das Denken wird hypothetisch-deduktiv. Der Jugendliche befasst sich nun auch mit der Planung seiner Zukunft, er

Stufe	Alter	Ebene der neu erworbenen Fähigkeiten	Besondere Lernbereiche
I Säuglings- und Baby-Entwicklung <i>senso-motorische Phase</i>	0–1½ J.	<b>Motorik, Gebrauch der fünf Sinne</b>	(1) motorische Bewegungen, inkl. Körpergleichgewicht, (2) Sinneswahrnehmung, (3) Koordinationen zwischen (1) und (2)
II Kleinkind- und Vorschulalter <i>prä-operationale Phase</i>	1½ bis 7–8 J.	<b>Vorstellungsfähigkeit</b>	(1) primärer Spracherwerb (2) Symbolfunktion (3) ‚Einfühlung‘ in Andere
III Unterstufen-Alter <i>Stufe der konkreten Operationen</i>	7-8 bis 1–12 J.	<b>logisches Denken (Denken in Operationen)</b>	(1) Ordnung im Denken (2) einfache Logik + Begründungen (3) Operationen im natürlichen Zahlenraum (4) Standpunkte koordinieren
IV Oberstufen-Alter <i>Stufe der formalen Operationen</i>	ab 11–12 J.	<b>Denken in Hypothesen (Operationen zweiter Ordnung)</b>	(1) Denken in Möglichkeiten (2) wissenschaftliches Vorgehen (hypothetisch-deduktiv) (3) eigene Lebensplanung

(Kesselring, 2010, S. 87)

Tab. 1: Die vier Stufen der kognitiven Entwicklung nach Jean Piaget

reflektiert sein Verhalten gegenüber der Erwachsenen-gesellschaft, in die es sich einzuordnen gilt. Zwangsläufig setzt er sich nun auch mit den kollektiven Normen und Werten seiner Gesellschaft auseinander.

### *Modifikationen des psychoanalytischen Einsichts- und Deutungsbegriffs*

Wie Fischer herausgearbeitet hat, trägt die von Piaget ausgearbeitete Periodeneinteilung der kognitiven Entwicklung zu einer Differenzierung des psychoanalytischen Einsichtsbegriffs und damit auch zu einer Erweiterung des psychoanalytischen Deutungsbegriffs bei (vgl. Fischer, 2007). Je stärker der gestörte Persönlichkeitsbereich sich der Ebene konkreter Operationen oder den sensomotorischen Schemata nähert, desto deutlicher tritt die Notwendigkeit hervor, den Handlungsaspekt

der Deutung zu berücksichtigen. Deutungen werden jetzt verstärkt unter dem Aspekt einer Sprachhandlung betrachtet, bis hin zu Deutungen, die überwiegend im Medium des Handelns gegeben werden. Anders gesagt sind explizit verbale Deutungen, die überwiegend auf den „Darstellungsaspekt“ der Sprache abheben, in dem Maße kontraindiziert bzw. unwirksam, wie das Entwicklungsniveau von Ich, Selbst und Objektbeziehungen des Patienten einen Schwerpunkt auf der Stufe der konkreten Operationen oder in präoperationalen Stadien aufweist.

Welche Bedeutung hat diese Sichtweise für den Umgang mit der Gegenübertragung? Die Gegenübertragung müsste sich gemäss dieser Überlegungen ebenfalls dem gestörten Persönlichkeitsanteil des Patienten anpassen bzw. unterschiedliche Manifestationen zeigen, die durch das Strukturniveau des

Patienten bestimmt werden. Um die Gegenübertragung entsprechend der Strukturebene des gestörten Persönlichkeitsanteils zu differenzieren, dient im folgenden die Entwicklung der Empathie, wie sie Thomas Kesselring vom Piagetschen Stufenkonzept ableitet.

### **Entwicklung der Empathie nach der Periodeneinteilung der kognitiven Entwicklung von Piaget**

Wie die kognitive Entwicklung beschreibt Thomas Kesselring die emotionale Entwicklung als Dezentrierungsprozess, in dem das erkennende Subjekt seine Handlungen und Handlungskoordinationen reflektiert (d.h. indem es sie bewusst oder unbewusst exploriert), und damit höherstufige kognitive Strukturen aufbaut. Emotionen spricht er, wie Piaget, einen rationalen Kern zu.– und zwar in doppelter Hinsicht: „Es ist anzunehmen, dass sowohl der kognitive Gehalt, der in eine Emotion eingeht, als auch die Regulierung des emotionalen Verhaltens und die daraus folgende Tendenz zur Abschwächung emotionaler Signale von der kognitiven Entwicklung abhängt“ (Kesselring, 2010, S. 91). Die emotionale Entwicklung wird also durch die kognitive Entwicklung geprägt, indem Emotionen differenzierter werden und auch an Affektstärke verlieren. Das gleiche gilt für die Entwicklung der Fähigkeit zur Empathie. Der kognitive Gehalt, der in eine Emotion eingeht, wird differenzierter und die Stärke der Affekte wird gemildert. Einher geht diese Entwicklung mit Dezentrierungsprozessen, die durch Prozesse der reflektierenden Abstraktion möglich werden. Zur Veranschaulichung sollen einige Beispiele aus der Arbeit von Kesselring aufgeführt werden:

#### *Die senso-motorische Stufe (Geburt bis 18 Monate)*

Babys beginnen vom ersten Tag nach der Geburt an zu schreien, wenn neben ihnen ein

anderes Baby schreit. Sie verhalten sich so, als fühlten sie selber ein Unwohlsein – Hunger oder Schmerzen. Das Neugeborene differenziert nicht klar zwischen sich und einem anderen Kind, das zu weinen beginnt, und zwar weder auf der körperlichen noch auf der emotionalen Ebene. Hoffmann (2000) spricht hier von Gefühlsansteckung. Die Affekte sind undifferenziert und stark.

#### *Die präoperationale Stufe (11/2 bis 7 oder 8 Jahre)*

Etwa im Alter von 1½ Jahren, also etwa zum Zeitpunkt, zu dem das Schema des „permanenten Gegenstandes“ auftritt, bildet sich die Erkenntnis heraus, dass Menschen, einschließlich die eigene Person, einen Körper haben, der über Raum und Zeit erhalten bleibt. Gleichzeitig beginnt das Kind sich und anderen Personen einfache Gefühle zu zuschreiben. Erst mit etwa drei Jahren ist ein Kind fähig, sich in die Lage einer anderen Person zu versetzen und sowohl ihre Gefühle als auch deren Auslöser zu erfassen. Das Kind schreibt dem anderen nicht mehr nur ein äußeres, körperliches, sondern auch ein inneres Ich zu, das seine eigenen seelischen Erfahrungen macht. Das Ich des anderen ist nun vom eigenen Ich vollständig getrennt, aber im kognitiven Bereich sind selbst drei- bis vierjährige Kinder noch nicht in der Lage, die Gedankenwelt einer anderen Person nachzuvollziehen. Die eigenen Vorstellungen werden auf den anderen übertragen. Erst sechsjährige Kinder können sich konkret vorstellen, wie zwei Personen wechselseitig die Gefühle des anderen wahrnehmen und wie sie sich gegenseitig beeinflussen.

#### *Die Stufe der konkreten Operationen (7 / 8 bis 11 / 12 Jahre)*

Auf der Stufe der konkreten Operationen (be-)werten Kinder nun intuitiv die eigenen ebenso wie fremde Leistungen. Das Kind versteht nun die Natur sozialer Emotionen –

Neid, Verlegenheit, Scham, Stolz usw. (Harris 1992). Diese Emotionen sind in ihrer Mehrzahl reflexiv. Der kognitive Gehalt, der in eine Emotion eingeht, ist differenzierter geworden und die Stärke der Affekte hat abgenommen. Wie komplex der kognitive Gehalt von Emotionen in dieser Stufe sein kann, zeigen Beispiele von Emotionen, die sich auf andere Gefühle beziehen wie „ich schäme mich wegen meiner Eifersucht.“

Wie das letztgenannte Beispiel verdeutlicht, sind mit bestimmten Gefühlen Konflikte verknüpft. Der Scham wegen der eigenen Eifersucht liegt das Über-Ich-Gebot zugrunde, dass man nicht eifersüchtig sein dürfe. Der Konflikt bestimmt damit das Gefühl. Psychoanalytiker fragen dementsprechend danach, welche Konflikte und Phantasien mit bestimmten Gefühlen verknüpft sind. Über die Gefühle wird der Zugang zu den zugrundeliegenden Konflikten und Phantasien möglich.

### Umgang mit der Gegenübertragung im milieu- und psychotherapeutischen Setting am Beispiel der Behandlung traumatisierter Patienten

Die Gegenübertragung müsste sich – wie Gottfried Fischer dies für den psychoanalytischen Einsichts- und Deutungsbegriff herausgearbeitet hat – der emotionalen Ebene des gestörten Persönlichkeitsbereichs anpassen. Um darüber Aussagen machen zu können, wie die Gegenübertragung entsprechend dem gestörten Persönlichkeitsanteil des Patienten differenziert werden kann, dient als heuristisches Bezugssystem die Entwicklung der Empathiefähigkeit, wie Thomas Kesselring sie vom Piagets Stufentheorie der kognitiven Entwicklung abgeleitet hat.

Zwei Aspekte erscheinen gemäss der vorangegangenen Überlegungen zentral:

- Die Stufe des Dezentrierungsprozesses, die in psychoanalytischen Termini als Dif-

ferenzierung zwischen Selbst und Objekt sowie mit dem Konzept der Triangulation für die zwei ersten Entwicklungsphasen erfasst werden kann, sowie

- die Verknüpfung von Emotionen mit einem rationalen Kern, der in der Psychoanalyse als alterstypische Konflikte und Phantasien verstanden werden kann.

Wie die Gegenübertragung entsprechend der genannten zwei Kriterien differenziert werden kann, soll im Folgenden anhand eines Beispiels verdeutlicht werden: des Integrationsprozesses traumatischer Erfahrungen. Die Integration traumatischer Erfahrungen kann als Symbolisierungsprozess beschrieben werden, in dem Erinnerungen an traumatische Geschehnisse über präsymbolische Ebenen der Repräsentation – in Form von Körpersymptomen und Handlungen – allmählich in Worten beschreibbar werden, ohne dass die in der Situation erlebten heftigen Affekte mit der Erinnerung reaktiviert werden.

Stufen, die dieser Symbolisierungsprozess durchlaufen muss, hat Barwinski (2005) in ihrem Trauma-Integrationsmodell zusammengefasst.

#### *Trauma-Integrationsmodell*

Der Prozess der psychischen Integration traumatischer Erfahrungen kann in zwei Veränderungszyklen gegliedert werden, die mit unterschiedlichen psychischen Prozessen einhergehen.

- Im ersten Zyklus geht es um die kognitive und emotionale Wahrnehmung der traumatischen Situation, um Prozesse der Semiose, der Bild- und Sprachfindung.
- Im zweiten Zyklus steht die Erarbeitung der subjektiven Bedeutung traumatischer Situationen im Vordergrund sowie die Lösung von Konflikten, die mit diesen Erkenntnissen einhergehen.

Abgewehrt wird im ersten Zyklus der Traumabearbeitung die wahrgenommene bedroh-

liche Wirklichkeit, wie sie sich in der traumatischen Realität darstellt, und die damit einhergehenden überwältigenden Affekte. Das heißt, es findet eine spezifische Art der Verleugnung statt, die im extremsten Fall zu einer vollkommenen Amnesie bezüglich des traumatischen Geschehens führen kann. Resultat der Abwehr ist in dieser Behandlungsphase die fehlende oder schwache psychische Repräsentation der traumatischen Erfahrung. Erstes Behandlungsziel ist dementsprechend die traumatische Erfahrung gewissermaßen zu „psychisieren.“ Dieser Veränderungsschritt beinhaltet eine Transformation auf ein höheres kognitives Niveau, indem die Wiederholung der Handlung unterbrochen wird und stattdessen eine Repräsentation des Geschehens möglich wird.

Fragen wir nach der Stufe des Dezentrierungsprozesses, die sich als zunehmende Differenzierung zwischen Selbst und Objekt zeigt, und der Verknüpfung von Emotionen mit Kognitionen, können für den ersten Zyklus folgende Aussagen gemacht werden: Zu Beginn des Trauma-Integrationsprozesses können Betroffene ihre Erfahrungen nicht symbolisieren und werden von Affekten überschwemmt. Eine Reflektion ihrer Gefühle ist nicht möglich. Auch scheinen die heftigen Affekte nicht mit Konflikten und Phantasien verknüpft zu sein – ein rationaler Kern scheint zu fehlen. Als Beleg für diese Hypothese kann die Beobachtung gelten, dass Alpträume in diesem Zyklus häufig direkte Abbildungen der traumatischen Situation sind. Ein latenter Sinn scheint ihnen zu fehlen (Barwinski, 2006).

In dieser Behandlungsphase sind für Therapeuten die Gegenübertragungsgefühle sehr belastend. Zum Beispiel versetzt der Traumabericht des Patienten den Therapeuten in ähnliche – wenn auch in ihrer Intensität abgemilderte – Gefühle, wie sie der Patient in der traumatischen Situation erlebte. Miller und Mitautoren (1988) sprechen von „emotionaler Ansteckung“

um diesen Vorgang zu erfassen (vgl. hierzu die Entwicklung der Empathiefähigkeit in der sensomotorischen Stufe; Empathie zeigt sich hier als Gefühlsansteckung.).

Die Differenzierung zwischen Selbst und Objekt geht beim Therapeuten verloren: Der Therapeut identifiziert sich in einer sehr globalen Weise mit dem Patienten. Ein weiteres Beispiel, das diese Hypothese zu bestätigen scheint, ist ein typisches Gegenübertragungsphänomen dieser ersten Phase der Traumabearbeitung: Der Therapeut bzw. die Therapeutin erlebt stellvertretend für den Patienten dessen Gefühle. Mittels projektiver Identifikation wird der Therapeut zum Teilobjekt des Patienten, das die Gefühle des Patienten in sich wahrnimmt und ihm in „verdauter“ Form zurückgeben muss. Hierzu ein Beispiel: *Eine Pflegerin berichtete in der Teamsupervision auf einer psychiatrischen Abteilung folgende Episode: „Ich arbeite seit 10 Jahren in der Psychiatrie, aber so etwas ist mir noch nicht passiert. Frau S. hat mich angeschaut – ich bin innerlich erstarrt. Ich konnte nicht mehr reagieren. Sogar beim Einschlafen sah ich ihren Blick, ich konnte mich nicht distanzieren. Wie sich im folgenden klärenden Gespräch zeigte, war die Pflegerin zur Patientin geworden, die die Angst der Patientin vor dem gewalttätigen Vater in sich spürte. (Diese konnte sich nur bruchstückhaft an traumatische Erfahrungen erinnern, ihre Angst selbst nicht spüren und in Worte fassen.) Ihre Angst wurde über das Erleben der Pflegerin fassbar. Aber erst dann, als die Pflegerin darüber zu sprechen begann. Die Pflegerin brauchte ein Gegenüber, um ihre Gefühle reflektieren und in Worten ausdrücken zu können.*

Ein erster Schritt Richtung Differenzierung zwischen Selbst und Objekt zeigt sich im ersten Zyklus der Traumabearbeitung wie folgt: Die Identifikation mit Patienten in Form von Einfühlung in das Gefühlsleben des Patienten, ohne selbst von Gefühlen überschwemmt zu werden. (Bei der Entwicklung der Empathie-

fähigkeit wird dieser Schritt erst in der prä-operationalen Phase möglich. Erst mit etwa drei Jahren ist ein Kind fähig, sich in die Lage einer anderen Person zu versetzen.)

Der Übergang vom ersten zum zweiten Zyklus wird über die Handlungsebene möglich. Indem das erkennende Subjekt seine Handlungen reflektiert (das heißt indem es sie bewusst oder unbewusst exploriert), baut es höherstufige kognitive Strukturen auf.

Im ersten Zyklus sind Handlungen Wiederholungen traumatischer Situationen bzw. deren Bewältigungsversuche. *Zum Beispiel musste ein Patient, der bei einem Brand in seiner Wohnung nur knapp einer Rauchvergiftung entgangen war, beim Betreten eines Raumes sofort das Fenster öffnen. Diese zwanghaft anmutende Handlung war in der Aktualität sinnlos. Die Unterscheidung zwischen traumatischer Vergangenheit und aktueller Lebenssituation war verloren gegangen. Über die Handlung „erzählte“ der Patient, wie er sich in der traumatischen Situation das Leben gerettet hatte. Diese Inszenierungen sollten von Therapeuten dazu genutzt werden, um unbewusste Elemente der traumatischen Situation zu rekonstruieren.*

Mit Beginn des zweiten Zyklus bekommt die Handlung eine andere Bedeutung. Inszenierungen dienen der Darstellung unbewusster Konflikte. Auch hierzu ein Beispiel: *Frau F. war vor ca. einem Jahr überfallen worden und knapp einer Vergewaltigung entgangen. Vor diesem Überfall sei es ihr sehr gut gegangen. Sie hatte im Studium Erfolg, wirkte bei einer Theatergruppe mit und fühlte sich im Kreis ihrer Mitsstudenten anerkannt. Seit dem Überfall habe sie jedoch Angst, sich in irgendeiner Form zu exponieren, wie zum Beispiel sich aktiv an Diskussionen zu beteiligen oder ein Referat zu halten. Von ihrer Kindheit berichtete sie, dass ihr Vater nicht ertrug, wenn sie ihm überlegen war. Er habe sie ständig „klein gemacht.“ Er war gegen ihr Studium, da sie*

*doch sowieso heiraten würde. Frau F. hatte die Phantasie entwickelt, dass sie überfallen worden wäre, weil sie zu selbstbewusst war – sich zu sehr exponiert habe. Ein ungelöster infantiler Konflikt prägte die Erklärung des Überfalls. Sie als kompetent zu zeigen, bedeutete – eins auf den Kopf zu bekommen,“ drückte die Patienten selbst ihr psychisches Dilemma aus. Dementsprechend vermied sie in der Folge jede Tätigkeit, die sie als kluge, selbstbewusste Frau zu erkennen gab.*

Ihre Exhibitionshemmung war keine Wiederholung der traumatischen Situation, sondern Resultat eines inneren Konflikts. Sich zu zeigen war mit der Angst verbunden, dann Strafe und Ablehnung zu erfahren. Diese Angst wehrte sie mit dem gegenteiligen Verhalten ab: nicht in Erscheinung treten.

Im Handlungsdialog bleibt die Gegenübertragung emotional belastend für den Therapeuten, kann aber wesentlich besser über die Wahrnehmung und das Verständnis eigener Handlungsimpulse aufgelöst werden. Hier handelt es sich um Übertragungsprozesse, wie sie im klassischen psychoanalytischen Übertragungsverständnis beschrieben werden: In der Gegenübertragung wird die aktualisierte Selbstrepräsentanz des Patienten erlebt („ich empfinde (mich), wie der Patient ist, oder: ich empfinde wie der Patient“) oder die aktualisierte Objektrepräsentanz des Patienten („ich empfinde (mich), wozu der Patient mich macht, oder: ich empfinde wie der Vater (die Mutter) des Patienten oder (bei traumatischen Erfahrungen) der Täter“). *Zum Beispiel schilderten die Gruppenmitglieder eines Teams auf einer psychiatrischen Abteilung sehr unterschiedliche Gegenübertragungsgefühle gegenüber einer Patientin. Ein Teil des Teams kümmerte sich nicht um die Patientin, da man bei ihrer Vorgeschichte sowieso nichts machen könne. Sie hatten die Patientin aufgegeben. Andere Teammitglieder beschrieben die Patientin als introspektionsfähig und sehr motiviert, an ih-*

ren Problemen zu arbeiten. Sie engagierten sich sehr für diese Patientin, passten sich all ihren Wünschen an und wollten auf keinen Fall einen Fehler im Umgang mit dieser Patientin machen. Wie in der Supervision geklärt werden konnte, spiegelten diese kontrastierenden emotionalen Reaktionen unterschiedliche Rollenzuteilungen der Patientin. Die Patientin hatte in ihrer frühen Kindheit schwere Vernachlässigung erlebt. Als die Patienten fünf Jahre alt waren, wurde ihren Eltern das Sorgerecht entzogen. Sie kam in ein Kinderheim, wo sie Gewalt und sexuelle Übergriffe erfahren musste. Sie berichtete, dass sie sich damals wie heute nicht abgrenzen konnte und ständig versucht habe, es allen recht zu machen.

Einige Teammitglieder hatten die Rolle der vernachlässigenden Eltern übernommen, andere waren mit der aktualisierten Selbstrepräsentanz der Patientin identifiziert: sie grenzten sich zu wenig von der Patientin ab und versuchten es ihr recht zu machen so wie die Patientin sich den Wünschen der anderen selbstlos angepasst hatte. Als den Teammitgliedern ihre Rollenübernahme bewusst wurde, konnte eine andere Haltung gegenüber dieser Patientin gefunden werden: Die einzelnen Teammitglieder achteten darauf, dass sie die Patientin weder vernachlässigten noch eigene Grenzen überschritten. Diese Haltung führte zu einer Entspannung im Team und ermöglichte der Patientin wesentliche Veränderungsschritte, indem sie erlebte, dass ihr „etwas zugetraut wurde“ und sie trotzdem Unterstützung erfuhr.

Hier befinden wir uns in einem Bereich, wie er für die präoperationale Phase und die Phase der konkreten Operationen beschrieben worden ist. Die Differenzierung zwischen Selbst und Objekt bleibt erhalten, Gefühle des anderen und die wechselseitige Beeinflussung im Gefühlsausdruck können wahrgenommen und reflektiert werden.

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass die Gegenübertragung wesentlich durch den Symbolisierungsgrad der traumatischen Erfahrung geprägt wird. Je stärker der gestörte Persönlichkeitsbereich sich der Ebene konkreter Operationen oder den sensomotorischen Schemata nähert, desto heftiger ist die Gegenübertragung, desto schwerer fallen dem Therapeuten bzw. der Therapeutin Dezentrierungsprozesse und desto weniger sind Affekte mit Kognitionen (Konflikten und Phantasien) verknüpft.

### *Implikationen für den Umgang mit der Gegenübertragung*

Welche technischen Implikationen ergeben sich aus den vorangegangenen Überlegungen für den Umgang mit der Gegenübertragung? In einem ersten Schritt geht es beim Therapeuten bzw. der Therapeutin darum, die eigenen Gefühle bewusst zu erleben und in Worte zu fassen. Hier kann die Beantwortung folgender Fragen hilfreich sein:

*In welcher Form zeigen sich Gegenübertragungsgefühle? Als Körpersymptome, Gefühle oder Handlungsimpulse?*

Die Zuordnung der Gegenübertragung zu den genannten Kategorien gibt einen ersten Hinweis auf den Symbolisierungsgrad der traumatischen Erfahrungen des Patienten. Zeigt sich zum Beispiel die Gegenübertragung nicht in Form von Gefühlen, sondern von Körpersymptomen wie Druck auf der Brust, Verspannung und Atemproblemen, kann die Gegenübertragung auf der Körperebene als Affektäquivalent für Angst verstanden werden, die der Patient selbst noch nicht wahrnehmen kann.

Sind Gefühle in der Gegenübertragung spürbar, gibt die Affektstärke einen Hinweis auf den Integrationsgrad traumatischer Erfahrungen. Sind die Affekte sehr stark (wie zum Beispiel bei der Pflegerin, die vom Blick der

Patientin in Form von Flashbacks verfolgt wurde), sind auch die erlittenen traumatischen Geschehnisse sehr wahrscheinlich nur schwach psychisch repräsentiert.

Auch die Form, wie Handlungsimpulse in der Gegenübertragung spürbar werden, erlaubt Aussagen über den Verarbeitungsgrad traumatischer Erfahrungen: je besser Handlungsimpulse reflektiert werden können, desto weiter sind in der Regel Traumata in die psychische Struktur integriert.

Auch die Differenziertheit der Gegenübertragungsgefühle kann als diagnostisches Instrument genutzt werden. Gegenübertragungsgefühle auf der Körperebene, in Form von Flashbacks oder sehr heftigen Gefühlen, lassen den Schluss zu, dass traumatische Erfahrungen kaum psychisch verarbeitet sind, während Gefühle wie Scham und Schuld, die mit Phantasien einhergehen, darauf schließen lassen, dass traumatische Geschehnisse soweit in die psychische Struktur integriert werden konnten, dass eine Konfliktdynamik (wie sie für den zweiten Zyklus beschrieben wurde) das Prozessgeschehen zu dominieren beginnt.

*In welcher Form wird Empathie für den Patienten möglich?*

Fühlt der Therapeut bzw. die Therapeutin wie der Patient, aber kann eigene Gefühle nicht reflektieren, ist in der Gegenübertragung die Selbst-/ Objektdifferenzierung verloren gegangen. Hier haben wir es mit Prozessen zu tun, die für die senso-motorische bzw. prä-operationale Phase spezifisch sind.

Fühlt der Therapeut bzw. die Therapeutin Mitgefühl für Angehörige des Patienten, aber nicht für den Patienten, wird in der Gegenübertragung die aktualisierte Objektrepräsentanz des Patienten spürbar („ich empfinde (mich), wozu der Patient mich macht, oder: ich empfinde wie der Vater (die Mutter) des Patienten oder (bei traumatischen Erfahrungen)

derTäter“). Die Form der aktualisierten Objektrepräsentanz des Patienten und die Affektstärke der Gegenübertragungsgefühle geben einen Hinweis, wieweit der Patient Mitgefühl für sich empfinden kann oder mit dem Objekt bzw. Täter verschmolzenen bleibt.

*Löst der Patient Phantasien beim Zuhörer aus?*

Die Beobachtung, ob der Patient Phantasien beim Therapeuten auslöst, kann als Kriterium gelten, wieweit und welcher rationale Kern mit Emotionen verknüpft ist. Zum Beispiel machte sich nach der Fallvorstellung in einer Teamsupervision eine lähmende Stimmung breit, aber es konnten keine Worte für die eigene Gegenübertragung gefunden werden. Die einzelnen Teammitglieder schwiegen und wirkten wie gelähmt. Beim Patienten handelte es sich um einen Mann, dessen traumatische Kriegserfahrungen in Form von Körpersymptomen Ausdruck gefunden hatten. Er klagte über diffuse Schmerzen im ganzen Körper, vor allem über Glieder- und Gelenkschmerzen. Der Zugang zu Erinnerungen und Gefühlen, die mit traumatischen Geschehnissen seiner Geschichte verbunden waren, war ihm nicht möglich. Sowie der Patient seine Erfahrungen nicht mit Gefühlen und Ängsten verknüpfen konnte, gelang es auch den einzelnen Teammitgliedern nicht, ihre Gegenübertragung in Worte zu fassen oder in Bezug auf den Patienten Gefühle zu empfinden.

Die Beantwortung der aufgeführten Fragen hilft den Integrationsgrad traumatischer Erfahrungen zu bestimmen. Diese Zuordnung ist insofern von Relevanz, da aufgrund des Verarbeitungsgrades von traumatischen Geschehnissen ein unterschiedliches technisches Vorgehen erforderlich ist. Während im ersten Zyklus der Traumabearbeitung die Stabilisierung des Patienten und die Stärkung der Abwehr Aufgabe der Therapie ist, ist im zweiten Zyklus ein konfliktdeckendes Vorgehen indiziert, damit der Patient seine Erfahrungen mit seiner Geschichte verknüpfen und u.a. irrationale Schuldzuweisungen korrigieren kann.

## Fazit

Im Beitrag wurde der Prozess der Bedeutungszuschreibung beim szenischen Verstehen über die Analyse der Gegenübertragung beschrieben. Um die Gegenübertragung zu differenzieren, wurde Bezug auf Entwicklungskonzepte genommen – die Entwicklung der Empathiefähigkeit, wie sie Thomas Kesselring von der Piagetschen Stufentheorie abgeleitet hat. Es wurde gezeigt, dass über das Verständnis der Gegenübertragung es nicht nur möglich wird, das Übertragungsgeschehen zu verstehen, sondern auch Aussagen über das Strukturniveau des Patienten machen zu können bzw. den Integrationsgrad traumatischer Erfahrungen. Während ersteres das übliche Vorgehen in der Psychoanalyse beschreibt, ist der Bezug zu Entwicklungskonzepten zum Verständnis der Gegenübertragung ein Unterfangen, das weiterer Untersuchungen bedarf.

## Literatur

- Argelander, H. (1970). Die szenische Funktion des Ichs und ihr Anteil an der Symptom- und Charakterbildung. *Psyche* 24, 325-345.
- Barwinski Fäh, R. (2005). Traumabearbeitung in psychoanalytischen Langzeitbehandlungen. Einzelfallstudien und Fallvergleich auf der Grundlage psychotraumatologischer Konzepte und Modelle. Kröning: Asanger.

- Barwinski, R. (2006). Die Funktion des Traumes im Schlaf. *Psychoanalytische und neurobiologische Befunde. Forum der Psychoanalyse*, 1, 15-24.
- Fischer, G. (2007). *Kausale Psychotherapie*. Asanger: Kröning.
- Harris, P. (1992). *The Development of Psychological Understanding*. Oxford/New York: Basil Blackwell 1989. Zitiert nach der dt. Ausgabe: *Das Kind und die Gefühle*. Bern: Huber.
- Hoffman, M. (2000). *Empathy and Moral Development. Implication for Caring and Justice*. Cambridge: Cambridge Univ.Press.
- Kesselring, Th. (2010). Zur Entwicklung der Emotionen. Eine Erweiterung der Piagetschen Theorie. *Zeitschrift für Psychotraumatologie, Psychotherapiewissenschaft und Psychologische Medizin*, 2, 85-96.
- Klüwer, R. (1995). *Studien zur Fokalthherapie*. Frankfurt a.M.: Suhrkamp.
- Miller, K., Stiff J.B. & Ellis, B.H. (1988). *Communication and Empathy as Precursors to Burnout Among Human Service Workers*. *Communication Monographs*, 55, 268-283.



PD Dr. phil.  
Rosmarie Barwinski

Heiligbergstrasse 38  
CH-8400 Winterthur  
Tel.: +41/52/2134112

E-Mail:  
r.barwinski@swissonline.ch