

### **Begriffsklärungen**

Da Übertragung und Gegenübertragung aus der *Psychoanalyse* stammen, jedoch auch in der *tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie* eine zentrale Rolle spielen, spreche ich in diesem Text zusammenfassend von *psychodynamischer Psychotherapie*.

Wenn ich vom *Unbewussten* spreche, unterscheide ich nicht zwischen dem psychodynamischen Modell des Unbewussten und dem Erickson'schen Unbewussten, da dies einer gesonderten Betrachtung bedürfte und über den Rahmen dieses Workshops hinausgehen würde.

Auch wenn es selbstverständlich erscheinen mag, möchte ich betonen, dass Übertragung und Gegenübertragung hauptsächlich *unbewusste Prozesse* sind, deren Wahrnehmung meist erst rückblickend und nur durch indirekte Hinweise möglich ist.

Nach heutigem Verständnis handelt es sich bei Übertragung und Gegenübertragung in der therapeutischen Beziehung um das Ergebnis einer gemeinsamen Interaktion, weshalb ich als Bezeichnung für das gesamte unbewusste Übertragungsgeschehen den Begriff *Übertragungsszene* benutze.

### **Beziehung als Grundlage der Übertragungsszene**

Meist wird angenommen, dass Psychotherapie Behandlung *der Seele* bedeutet. Nach dem Digitalen Wörterbuch der Deutschen Sprache (DWDS) bedeutet Psychotherapie jedoch „Therapie durch psychische Beeinflussung“. Dies könnte so zu verstehen sein, dass *Psychotherapie* Behandlung mit *psychischen*, also *seelischen* Mitteln bedeutet wie z.B. *Musiktherapie* Behandlung mit *musikalischen* Mitteln bedeutet und nicht Behandlung der *Musik*. Und Behandlung mit *seelischen* Mitteln könnte Behandlung mittels *Beziehung* bedeuten. Psychotherapie setzt also Beziehung voraus.

Insofern verwundert nicht, dass die Qualität der therapeutischen Beziehung schulenübergreifend als hauptsächlichster Prädiktor für das Behandlungsergebnis angesehen wird. Der Einfluss der therapeutischen Beziehung auf das Behandlungsergebnis wird jedoch heute als moderierender und nicht direkt kurativer Faktor angesehen (Benecke 2014, S. 634).

Deshalb ist anzunehmen, dass die therapeutische Beziehung auch in der Hypnotherapie eine bedeutsame Wirkung im therapeutischen Prozess hat. Allerdings taucht an dieser Stelle die Frage auf, ob die therapeutische Beziehung in der Hypnotherapie lediglich für

den Aufbau eines Rapports als Grundlage der Trance Bedeutung hat oder auch als eigenständiger Wirkfaktor angesehen werden kann. Was in der Psychodynamischen Psychotherapie als Arbeitsbündnis beschrieben wird, womit die Schaffung eines verlässlichen und geschützten Rahmens gemeint ist, dürfte in der Hypnotherapie am ehesten dem Begriff des Rapports entsprechen, wenn Peter (2009, S. 40) schreibt: „Aus diesem Grund ist eine enge und vertrauensvolle therapeutische Beziehung nötig, die wir in der Hypnose traditionellerweise Rapport nennen.“

Das Arbeitsbündnis ist in der Psychodynamischen Psychotherapie der Rahmen, innerhalb dessen die Übertragungsbeziehung therapeutisch genutzt werden kann. In der Übertragungsbeziehung manifestieren sich ungelöste innerpsychische Konflikte und strukturelle Probleme der Persönlichkeit einschließlich der mit ihnen verbundenen Affekte und Abwehrkonstellationen. „Diese ansonsten überwiegend unbewussten störungsrelevanten psychischen Dispositionen werden damit interpersonell erlebbar und können nun bewusst gemacht und bearbeitet werden.“ (Benecke, 2014, S. 454)

Es gibt die Ansicht, dass in der Hypnotherapie Übertragung nur in der Induktionsphase eine Rolle spiele, die Trance selbst jedoch ein übertragungsfreier Raum sei (Zindel 2009, S. 118). Ich bin dagegen mit Mende (2009) aufgrund meiner Erfahrungen in der Kombination von psychodynamischer und hypnotherapeutischer Behandlung der Meinung, dass die Übertragungsszene auch in der Trance-Phase der Hypnotherapie wirksam ist, wie folgendes Beispiel zeigt:

**Fallbeispiel 1: Einfluss der Übertragungsszene auf den Inhalt der Trance**

Ein beruflich erfolgreicher Mann mittleren Alters kam wegen eines depressiven Syndroms in Behandlung, das nach andauernden Auseinandersetzungen in seiner aktuellen Partnerschaft aufgetreten war. Strukturell bestand eine erhebliche Unsicherheit in der Selbstwertregulation. Während er in seiner Rede freundlich und motiviert wirkte, zeigte er in Mimik und Stimmmodulation sowie durch häufiges Zuspätkommen entwertende Signale. Sie lösten in der Gegenübertragung ärgerliche Impulse aus. Ich hatte den Impuls, sein nächstes Zuspätkommen zu nutzen, um die Therapie in Frage zu stellen oder sogar zu beenden. Als ich fast soweit war, ihm mitzuteilen, dass ich keinen Sinn mehr in der weiteren Therapie sähe, sprach er in der folgenden Sitzung erstmals darüber, wie wichtig ihm die Behandlung geworden sei und kam von diesem Zeitpunkt an nur noch selten zu spät.

Ich erkannte, dass sein Unbewusstes auf diese Weise unmittelbar auf die Gefahr reagiert hatte, dass die Therapie zu Ende sein könnte. Dies ließ mich seine bedürftige Seite spüren und auch seine Angst vor Abhängigkeit gerade wegen seiner Bedürftigkeit, die er mit Entwertung der Therapie hatte kompensieren müssen. Ein „Hinauswurf“ durch mich wäre die Bestätigung gewesen, dass es gefährlich für ihn ist, sich auf eine Beziehung einzulassen.

Indem ich dies wahrnehmen konnte, war ich in der Lage, die Behandlung trotz der zwar selteneren, aber noch vorhandenen Entwertungen weiterzuführen. Nach und nach wuchs sein Vertrauen und er konnte sein Gefühl von Heimatlosigkeit thematisieren, über seinen Wunsch nach Heimat in Beziehungen und seine gleichzeitige Angst vor Nähe sprechen.

Es wurde möglich, mit hypnotherapeutischer Arbeit zu beginnen. Bald ging es in der Trance um die Bitte an sein Unbewusstes, ihm zu zeigen, was ihm helfen könnte, ein Gefühl von Heimat zu bekommen. Nachdem er in dieser Trance zunächst bindings- und heimatlos im Weltraum schwebte, konnte er nach einiger Zeit versuchsweise auf der Erde landen. Eine der beiden Figuren, die er an seinem Landeplatz vorfand, war ein älterer Mann, der auf einem Baumstamm saß und einen Admiralshut trug. Er setzte sich neben den Mann auf den Boden und lehnte sich an den Baumstamm, woraufhin ihm der Mann liebevoll über den Kopf strich. Dies berührte ihn so sehr, dass er in der Trance weinte.

Nach Beendigung der Trance wurde ihm klar, dass der ältere Mann in der Trance sowohl Züge seines Vaters trug, der „immer alles besser wusste“ (Admiralshut), als auch eine fürsorglich-zugewandte Seite zeigte (über den Kopf streichen), die er sich von mir als „Übertragungs-Vater“ wünscht. Wir konnten erarbeiten, dass er sich von seinem eigentlichen Vater als Kind stets entwertet fühlte, dass er deshalb dieser Gefahr in der Beziehung zu mir als „Übertragungs-Vater“ vorbeugen musste, indem er mich seinerseits entwertete, um meine Bedeutung für ihn zu schmälern und damit sein Bedürfnis, von mir erkannt und anerkannt zu werden, im Zaum zu halten.

Dieses Beispiel zeigt, wie auch in der Trance-Phase der Hypnotherapie unbewusste Sehnsüchte und Befürchtungen aus der therapeutischen Beziehung sichtbar werden. Indem die Übertragungsszene durch das Ge-

schehen in der Trance erkannt, bewusst gemacht und bearbeitet werden kann, sind auf der Ebene der therapeutischen Beziehung neue emotionale Erfahrungen möglich.

Im Praxisalltag ist zu beachten, dass die therapeutische Beziehung oft bereits bei der Anmeldung des Patienten am Telefon beginnt, weil sofort ein inneres Bild des jeweiligen Gegenübers mit zugehörigen bewussten, vor allem aber unbewussten Emotionen

entsteht. Sogar wenn Patienten einen Therapeuten von Dritten empfohlen bekommen, führt dies zu einer inneren Beziehungsaufnahme mit dem entstandenen Bild und zugehörigen Affekten.

Chertok (2009, S. 79) hat über den Zusammenhang von Übertragung und Affekten sehr treffend als vom „wechselseitigen Affektstrom“ als Grundlage der Übertragungsszene gesprochen.

### **Emotionen als Grundlage der Regulation von Beziehungen**

Für die weiteren Ausführungen erscheint es mir sinnvoll, den Begriff *Emotion* als Oberbegriff zu verwenden, für die unbewussten Anteile der Emotionen den Begriff *Affekt* und für den bewussten Anteil den Begriff *Gefühl* (Benecke 2014, S. 41).

Affekte regulieren Beziehungen, indem sie der Objektbeziehungsregulierung, der Interaktionssteuerung und der inneren Handlungsregulierung dienen (Krause 2012, S. 212). Für unser Thema ist dabei wichtig, dass die beziehungsregulierende Funktion der Emotionen bereits durch deren unbewusste Anteile wirksam ist.

Nach Krause (2012, S. 63) lässt sich das emotionale System in sechs Komponenten einteilen, wovon die Komponenten 1. bis 3. bereits wirksam werden können, ohne dass der Affekt selbst im Sinne eines Gefühls bewusst werden muss. Die Komponenten 4. bis 6. umfassen den bewusst wahrnehmbaren Bereich der Emotion im Sinne eines Gefühls:

1. *Motorisch expressive Komponente* (Mimik, Gestik, Stimme)
2. *Physiologische Komponente* (z.B. vegetative und hormonelle Wirkungen)
3. *Motivationale Komponente* (Bereitstellung von Willkürmotorik, was sich in Körperspannung, Haltung und Bewegung ausdrücken kann)

4. *Wahrnehmung* der körperlichen Korrelate
5. *Benennung und Erklärung* der Wahrnehmung (erlebtes Gefühl)
6. Erfassen der *situativen Bedeutung* (z.B. Wahrnehmung der Quelle und der Wirkung des Affekts in der Beziehungssituation)

In Begegnungen können demnach durch Mimik, Gestik, Stimme und Bereitstellungsmotorik affektive Signale ausgetauscht werden, ohne dass der zugrundeliegende Affekt bewusst werden muss. Es entsteht unbewusste Kommunikation. Auf dieser Grundlage wird nun leicht vorstellbar, dass Übertragung und Gegenübertragung interaktionell wirksam werden, ohne dabei bewusst werden zu müssen. Dies zeigten eindrucksvoll die Untersuchungsergebnisse der Saarbrücker Arbeitsgruppe um Krause (Krause und Merten 1996). Die Unbewusstheit des Emotionsprozesses ist also der Normalfall, wodurch die affektive Interaktion weitgehend ohne bewusste Monitorierung abläuft (Benecke (2014, S. 43).

Daher kann man davon ausgehen, dass Übertragungsvorgänge in Beziehungen ubiquitär sind. „Übertragungen stellen sich in allen menschlichen Beziehungen ein.“ (Thomä und Kächele 2006, S. 62)

## **Geschichte und Entwicklung psychodynamischer Auffassungen des Übertragungsgeschehens**

Nach Chertok (2009, S. 92) entdeckte Freud die Übertragung aufgrund eines Ereignisses, das in die Zeit zwischen 1891 und Juni 1892 fiel: Eine Patientin schlang, nachdem sie aus der Hypnose erwachte, Freud die Arme um den Hals. Dies sieht Chertok als vermutlich auslösende Situation einer Entwicklung, in deren Verlauf Freud die Hypnose als Therapiemethode aufgab, andererseits jedoch die Übertragung als Vorgang entdeckte, bei dem die vom Patienten auf ihn als Therapeut gerichteten Affekte als Affekte sah, die jemand anderem gelten, aber auf ihn verschoben wurden.

Dass aus dem Zusammenhang von Abwendung von der Hypnose und Entdeckung der Übertragung bei Freud eine gewisse Abneigung zwischen Hypnotherapeuten und Psychoanalytikern entstand, war lange Zeit gängige Annahme. Dieser Ansicht widerspricht jedoch die Untersuchung von Schröter (2014), die zum Schluss kommt, dass erstens Freuds Argumente gegen die Hypnose nicht mit einer allgemeinen Ablehnung der Hypnose gleichzusetzen sind, und dass zweitens für die zurückhaltendere Nutzung der Hypnose in der Zeit nach Entdeckung der Psychoanalyse vielfältige Faktoren des zeitgeschichtlichen Kontextes eine Rolle spielten<sup>1</sup>.

Freud betrachtete anfangs die Übertragung als illusionäre Verkennung und als ein Geschehen, das dem Einsichtsprozess in der Psychoanalyse entgegensteht. Erst im Verlauf der weiteren Entwicklung der psychoanalytischen Theorien (ausführliche Darstellung in Thomä und Kächele 2006, Bd. 1) wurde Übertragung nicht mehr als störendes Element gesehen, sondern als bedeutsames Instrument für die psychoanalytische Behandlung, indem durch die Deutung der Übertragung im Sinne einer Wiederholung innerer Beziehungsmuster des Patienten mittels Projektion auf die aktuelle therapeutische Beziehung die pathologischen Wirkungen dieser verin-

nerlichten Beziehungsmuster verstanden und damit aufgehoben werden können.

Auch die Gegenübertragung, von Freud erstmals 1910 erwähnt, wurde zunächst als störender Einfluss auf das unbewusste Fühlen des Arztes gesehen, als eine negative Kraft, die den Behandlungsprozess behindert, weil sie dem Arzt den freien Blick auf den Patienten verstellt.

Erst 40 Jahre später, insbesondere durch die Arbeit von Heimann (1950), wurde die Gegenübertragung zu einem geschätzten Instrument in der psychoanalytischen Behandlung, indem darauf abgehoben wurde, dass die Wahrnehmung der Gegenübertragung dem Therapeuten wichtige diagnostische Möglichkeiten in Bezug auf die intrapsychische Dynamik des Patienten eröffnet. Zu dieser Zeit wurden als Gegenübertrag alle Gefühle des Analytikers verstanden, die in der Behandlungssituation auftauchen. Sie wurden jetzt jedoch als alleinige Schöpfung des Patienten angesehen. Der Psychoanalytiker diene demgemäß als Resonanzboden für die Übertragung des Patienten (Thomä und Kächele 2006, S. 101-109).

In einer weiteren Entwicklungsstufe des Verständnisses von Gegenübertragung kam der Therapeut wieder mehr als Teil des Geschehens in den Blick. Über Racker's (1959, 1988) Theorie von der konkordanten und komplementären Identifizierung in der Gegenübertragung und Sandler's (1976) rollentheoretische Ergänzungen wurde die Gegenübertragung des Therapeuten mehr und mehr als spezifische Reaktion auf das unbewusste Rollenangebot des Patienten verstanden, der seine intrapsychischen Rollenbeziehungen zwischen Selbst und inneren Objekten in die therapeutische Beziehung projiziert. Übertragung wie auch Gegenübertragung wurden als unbewusste Inszenierung des Patienten gesehen, durch die sich ein

---

<sup>1</sup> Dank an Daniel Bass für die Information über diese Veröffentlichung, die ich von ihm im Anschluss an den Workshop erhielt. Juana Schröter erhielt für diese Arbeit den MEG-Nachwuchspreis 2013.

vertrautes pathogenes Muster der verinnerlichten Beziehungserfahrungen in der therapeutischen Beziehung wiederholt, indem es spezifische Gegenübertragungsgefühle im Therapeuten induziert. Die Aufgabe des Therapeuten ist es dann, diesen Sog, in eine vom Patienten induzierte Rolle zu kommen, zu erkennen und dadurch in die Lage zu kommen, nicht unbemerkt entsprechend der unbewussten Rollenzuschreibungen zu reagieren. Daraus entsteht für den Patienten die Möglichkeit korrigierender emotionaler Erfahrungen in der therapeutischen Beziehung. Der Therapeut bekam auf diese Weise, im Sinne eines „Bühnenmodells“, als zugleich Regisseur und Mitspieler in der Übertragungsszene mehr aktive Aufgaben im Umgang mit seiner Gegenübertragung (Thomä und Kächele 2006, S. 112).

Ausgehend davon kann man zwischen „Arbeit *an* der Übertragung“ (Therapeut ist Regisseur) und „Arbeit *in* der Übertragung“ (Therapeut ist Mitspieler) unterscheiden, die während der psychoanalytischen Behandlung im Wechsel stattfindet (Körner 1989). An dieser Stelle wird ein Unterschied zwischen psychoanalytischer und tiefenpsychologisch fundierter Behandlung deutlich: In der psychoanalytischen Behandlung spielt die Arbeit *in* der Übertragung eine größere Rolle, da die Bereitschaft des Therapeuten, sich als Mitspieler verwickeln zu lassen, zu einer stärkeren Regression beim Patienten führt, die in der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie nur begrenzt erwünscht ist.

Indem die Gegenübertragung nunmehr als unbewusste Reaktion spezifisch auf die Übertragung des Patienten verstanden wurde, entstand die Notwendigkeit, die übrigen inneren Resonanzen des Therapeuten in Bezug auf den Patienten zu benennen. Heuft (1990) schlug für diesen Teil des Übertragungsgeschehens die Bezeichnung „Eigenübertragung“ vor. Die Trennlinie zwischen Gegenübertragung und Eigenübertragung auf den Patienten ist dabei fließend und muss im Behandlungsprozess immer wieder ausgelotet werden, um den Gegenübertragungsanteil

erkennen zu können. An dieser Stelle wird besonders verständlich, warum für die psychotherapeutische Arbeit mit der Übertragungsszene eine intensive Selbsterfahrung des Therapeuten unerlässlich ist, um die eigene unbewusste innere Dynamik so gut wie möglich zu kennen.

Die aktuelle Entwicklung infolge der intersubjektiven Wende in der Psychoanalyse, seit den 90-er Jahren in USA und nach der Jahrtausendwende auch in Deutschland, begreift den Übertragungsprozess noch stärker als ein intersubjektives Geschehen, an dem Therapeut und Patient gleichermaßen beteiligt sind (Altmeyer und Thomä 2006). Insoweit macht es Sinn, von einer Übertragungsszene zu sprechen, die von Therapeut und Patient gleichermaßen geschaffen wird.

Natürlich hat auch die Übertragung (Eigenübertragung) des Therapeuten auf den Patienten wieder eine Gegenübertragung im Patienten zur Folge und so weiter - das Ganze verliert sich, wie bei zwei gegenüberliegenden Spiegeln, im Unendlichen. Für unseren Zweck des Aufspürens der Übertragungsszene in der Hypnotherapie möchte ich daher der Übersichtlichkeit halber vorschlagen, folgende Aspekte in den Mittelpunkt zu stellen:

1. Die *Übertragung* des Patienten auf die Beziehung zum Therapeuten,
2. die *Gegenübertragung* des Therapeuten als unbewusste emotionale Resonanz auf die Übertragung des Patienten, sowie
3. die *Eigenübertragung* des Therapeuten, die nichts anderes ist als die Übertragung eigener innerer Beziehungsmuster des Therapeuten auf die Beziehung zum Patienten.

Ein Fallbeispiel soll dies illustrieren:

### **Fallbeispiel 2: Unterschied von Gegenübertragung und Eigenübertragung**

*Eine 50-jährige Patientin kam mit starker depressiver Störung, die durch eine Degradierung im beruflichen Bereich ausge-*

löst wurde. Dies traf bei ihr auf ein tief liegendes Gefühl, lästig und unwillkommen zu sein, das ihr jedoch nicht bewusst war. Biografischer Hintergrund war, dass ihre Mutter mit ihr schwanger geworden war, obwohl die Eltern sich gerade erst kennengelernt hatten und beide noch blutjung waren. Sie war also „zu früh“ gekommen und ein Störfaktor im Leben ihrer Eltern, die „wegen ihr“ heiraten mussten. Das grundlegende Gefühl, lästig zu sein, kompensierte sie im Lauf ihres Lebens, unterstützt durch vielfältige Begabungen, indem sie sich mit großem Engagement ihrem Beruf widmete, darin erfolgreich wurde und berufliche Stellungen erreichte, in denen sie sich unersetzlich erleben konnte. Auf diese Weise konnte sie im Gefühl leben, niemanden zu brauchen, wodurch sie der Gefahr zu entrinnen suchte, jemals wieder lästig und unwillkommen zu sein.

In ihren Partnerbeziehungen suchte sie unbewusst stets Partner, für die sie eine Retterrolle einnehmen konnte. Ihre eigene bedürftige Seite konnte sie auf diese Weise delegieren. Nach etwa zwei bis drei Jahren kam es meist zur Trennung, vermutlich weil die Partner es nicht mehr ertragen konnten, die einzig Bedürftigen in der Beziehung zu sein. Diese Enttäuschungen beantwortete sie mit noch intensiverer Hinwendung zum Beruf, in dem sie sich weiterhin unersetzlich fühlen konnte. Die Degradierung ließ daher zwangsläufig ihr Abwehrsystem zusammenbrechen, und sie wurde depressiv.

Die therapeutische Beziehung zu mir gestaltete sie von der ersten Sekunde an so, dass sie den Eindruck erweckte, mich im Grunde nicht zu brauchen, lediglich meinen fachmännischen Rat abzurufen, wie sie auch im Beruf für Fachfragen Mitarbeiter zur Verfügung hatte. Ihre verdrängte ängstliche und bedürftige Seite ließ sich jedoch nicht völlig verbergen. Sie kam darin zum Ausdruck, dass sie stets 15 Minuten zu früh kam und auf diese Weise ihre frühkindliche Situation reinszenierte. Zusätzlich, bei gleichzeitiger Betonung,

wie wenig Zeit sie habe, versuchte sie fast immer, die Sitzungszeiten zu überziehen, nicht mit der Ausstrahlung, dass es um Macht geht, wer das Ende bestimmt, sondern mit einer Ausstrahlung, nicht genug bekommen zu haben. Durch die Kombination von „zu früh auf der Matte stehen“ und „nicht gehen wollen“ rief sie in mir zunehmend ein Gefühl von Widerwillen und bedrängt werden hervor.

Mir fiel jedoch auf, dass angesichts meines Verständnisses für die zugrunde liegende, jedoch nicht bewusste Dynamik, meine Aversion ein unpassendes Ausmaß erreichte. Z.B. überkam mich vor den Sitzungen mit dieser Patientin immer wieder bleierne Müdigkeit und Antriebslosigkeit, vermutlich als Abwehr aggressiver Impulse. Indem ich aufgrund der Warnung durch die unverhältnismäßige Stärke meiner Reaktionen darauf achtete, welchen Eigenübertragungsanteil meine Aversion haben könnte, fiel mir auf, dass mein Erleben maßloser Bedürftigkeit und damit auch das Übermaß an Aversion mit eigenen biografischen Erlebnissen zusammenhing. Durch diese Erkenntnis gelang es mir, meine aversiven Gefühle besser zuzuordnen. Mein Antriebsverlust und mein Widerwille gegen die Patientin ließen nach. Unbewusst schien sie dies wahrzunehmen, denn sowohl wurde ihr Umgang mit dem Setting angemessener als auch fühlte sie sich offenbar unbewusst angenommener und konnte deshalb Schritt für Schritt ihre Angst, lästig zu sein im bewussten Erleben zulassen.

Klinisch sehr nützlich erscheint mir der schon erwähnte Aspekt der Gegenübertragung, den Racker (1959, 1988, S. 73) herausgearbeitet hat. Er unterscheidet zwischen konkordanter und komplementärer Identifizierung in der Gegenübertragung. Dies bedeutet, dass der Therapeut in einer konkordanten Gegenübertragung mit Selbsteilen des Patienten identifiziert ist, was eher zu einer fürsorglich-unterstützenden Haltung auf Seiten des Therapeuten führt, während er in einer komplementären Gegenübertragung

mit inneren *Objekten* des Patienten identifiziert ist. Die komplementäre Identifizierung führt, da es in der Psychotherapie meist um konflikthafte Beziehungen zwischen Selbst und inneren Objekten geht, oft zu Komplikationen und einer negativen, oft kampfbetonen Übertragungsszene, die den Behandlungsprozess erheblich komplizieren und bei entsprechendem Abgleiten in destruktive Aggression sogar unmöglich machen kann.

**Fallbeispiel 3: Konkordante und komplementäre Identifizierung in der Gegenübertragung**

Ein 30-jähriger Patient kam wegen Panikattacken in Behandlung. Als Hintergrund stellte sich eine posttraumatische Belastungsstörung heraus. Er war während seiner gesamten Kindheit und Jugend eines verbal und physisch gewalttätigen und terrorisierenden Vater ausgeliefert. In der Regel war ich in der Behandlung mit meinen Gegenübertragungsgefühlen in einer konkordanten Identifikation. Ich war mit dem angstvollen Jungen, seiner

Hilflosigkeit und Ohnmacht identifiziert und konnte ihm gegenüber daher fürsorglich und unterstützend sein. Manchmal kam es jedoch zu starken Spannungen in der Beziehung, die mich oft unvorbereitet wie ein plötzliches Gewitter überfielen. Die Luft war dann zum Schneiden. Ich wurde in solchen Situationen sehr wütend und bekam Impulse, ihn anzuschreien oder hinauszuerwerfen. Im Laufe der Zeit konnten der Patient und ich dann verstehen, dass er in solchen Situationen aufgrund eigener Insuffizienzgefühle bereits mit der festen Vorstellung in die Sitzung gekommen war, dass ich ihn jetzt, wie sein Vater früher, entwerten, demütigen und bestrafen werde, was ihn in einen so hasserfüllten und angespannten Zustand brachte, dass ich auf die Spannung und unbewusst spürbare Aggression genauso aggressiv wie sein Vater reagierte, also mit seinem sadistischen inneren väterlichen Objekt identifiziert war.

**Wie kann ich die Übertragungsszene wahrnehmen?**

Da es um die Wahrnehmung der Kommunikation zwischen dem Unbewussten des Patienten und dem Unbewussten des Therapeuten geht, kann die Wahrnehmung der Übertragungsszene nicht direkt sondern nur über die Wahrnehmung von Zeichen bzw. Signalen aus dem Unbewussten erfolgen:

1. Beobachtung und Bewusstmachung eigener *Gefühle* mit Prüfung, ob sie eher aus der eigenen Situation (tagesaktuelle affektive Verfassung) oder Resonanz eigener innerer Beziehungserfahrungen stammen, oder spezifisch durch diesen Patienten ausgelöst werden.
2. Beobachtung und Wahrnehmung eigener, jedoch durch Einwirkung des Patienten entstehender *Körpersignale* (sogenannte somatische Marker), z.B. vegetative Reaktionen (auch hier wieder Abgrenzung ge-

genüber Eigenanteilen notwendig).

3. Beobachtung und Wahrnehmung von *Stimme, Gestik und Mimik des Patienten* sowie *eigener Stimme und Gestik* (die eigene Mimik kann nicht beobachtet werden).
4. Beobachtung und Wahrnehmung der *Bereitstellungsmotorik* (Körperspannung, Haltung, motorische Impulse) sowohl des Patienten als bei sich selbst (z.B. ungewöhnliche Bewegungen oder Verspannungen der Muskulatur, die während der Behandlung auftreten).
5. Beobachtung und Wahrnehmung eigener frei assoziativer *Gedanken, Erinnerungen, Bilder* mit dem Fokus, ob sie durch die

Interaktion mit dem Patienten ausgelöst worden sein könnten.

6. Beobachtung und Wahrnehmung der gesamten *Szene* zwischen Patient und Therapeut, einschließlich Verhaltensweisen bei Begrüßung und Verabschiedung, und Wahrnehmung des Umgangs des Patienten mit dem Setting der Behandlung (zu spät kommen, kurzfristige Absagen, unbezahlte Rechnungen etc.).

7. Blick auf *Träume des Patienten* und auch *eigene Träume* unter dem Blickwinkel, ob Übertragungsaspekte enthalten sein könnten.

8. Last but not least eröffnen sich für Hypnotherapeuten Möglichkeiten der Wahrnehmung der Übertragungsszene durch *Trance* (siehe Übung 3).

Anmerkung: An dieser Stelle ergibt sich die Frage, ob die „gleichschwebende Aufmerksamkeit“ des Analytikers, die in der Psychoanalyse die Wahrnehmung von Übertragungsphänomenen ermöglicht, Ähnlichkeiten mit einer leichten Trance hat. Denn entsprechend könnte eine leichte Trance mit offenen Augen die Möglichkeit von Hypnotherapeuten bereichern, die Übertragungsszene wahrzunehmen.

### ***Inwiefern nützt die Beachtung der Übertragungsszene der Hypnotherapie?***

Ausgehend von der oben dargestellten Vorstellung, dass Übertragungsvorgänge ubiquitär sind und daher auch in hypnotherapeutischen Beziehungen wirksam werden, könnte die professionelle Verwendung des Übertragungskonzeptes in der Hypnotherapie sowohl ihre diagnostischen wie therapeutischen Möglichkeiten erweitern und bereichern. Die heilsame Wirkung korrigierender emotionaler Erfahrungen in der therapeutischen Beziehung, indem der Therapeut dem Sog der unbewussten Rollenzuschreibung entgeht, weil er die Übertragungsszene versteht, dürfte mit großer Sicherheit auch die Wirkung hypnotherapeutischer Prozesse erhöhen.

Umgekehrt, wenn man bedenkt, wie destruktiv negative Übertragungen sich in therapeutischen Prozessen auswirken können, ist davon auszugehen, dass eine unbeachtete und deshalb unbearbeitete Übertragungsszene auch in der Hypnotherapie zur Bestätigung pathogener Beziehungsmuster führt. Dadurch kann die Wirkung hypnotherapeutischer Erfolge beeinträchtigt werden.

Wie die Fallgeschichte 1 zeigte, kann es bei Beachtung der Übertragungsszene außerdem zu einem besseren Verständnis von Trance-

Inhalten kommen und darüber hinaus korrigierende emotionale Erfahrungen in der Trance ermöglichen.

Dass die Beachtung der Übertragungsszene in einer hypnotherapeutischen Behandlung sogar zu Modifikationen des hypnotherapeutischen Settings führen kann, zeigt folgendes Fallbeispiel:

#### ***Fallbeispiel 4: Änderung des hypnotherapeutischen Settings durch Gesichtspunkte der Übertragungsszene***

*Ein 40-jähriger Patient kam wegen seit Jahren bestehender und therapieresistenter Schmerzen im Nacken und im Lendenwirbelbereich, die er als „undefinierbar“ beschrieb, zu mir in Behandlung. Eine somatische Ursache war bereits mehrfach ausgeschlossen worden. Gleichzeitig bestand ein generalisiertes Angstsyndrom.*

*Die Behandlung erfolgte auf Wunsch des Patienten initial hypnotherapeutisch. Er habe viel Gutes darüber gehört. Die Hypnotherapie erschien zunächst erfolgreich und führte mittels Altersregression zur Erkenntnis, dass die Nacken- und LWS-Schmerzen mit seiner ihn in Kindheit und Jugend sehr stark beeinflussenden und*



bestimmenden Mutter in Zusammenhang stehen. Ich hatte - ohne es zu thematisieren - in dieser Phase bezüglich der Übertragungsszene den Eindruck, dass er mich in die Rolle eines Vaters brachte, von dem er sich als Kind Schutz gegen die dominierende Mutter erhofft hätte. Die Symptome veränderten sich jedoch trotz Anwendung verschiedener hypnotherapeutischer Techniken nicht.

Daher entschloss ich mich, die Übertragungsszene mit ihm zu thematisieren. Er fand es völlig abwegig, dass ich eine väterliche Rolle für ihn haben könnte, da er seinen Vater als so schwach erlebt hatte, dass dieser ihm seines Erachtens niemals hätte gegen die Mutter beistehen können. Er sagte, er erlebe mich eher als kompetenten und von ihm bewunderten Teil seiner Mutter. Nur dieser Teil der Mutter sei stark genug, um gegen den bemächtigten Teil seiner Mutter anzukommen. Auch diese Erkenntnis des Patienten, obwohl mit Gefühlen von Erleichterung über das neue Wissen erlebt, änderte jedoch weiterhin nichts an der Symptomatik.

Kurze Zeit darauf bat er mich, die Behandlung dahingehend zu verändern, dass er in meiner Gegenwart allein in Trance gehen könne, ohne dass ich etwas sage. Ich war erstaunt, hatte gleichzeitig aber ein Gefühl von Stimmigkeit und erklärte mich deshalb zu diesem Vorgehen bereit, allerdings mit der Bedingung, ihn spätestens 10 Minuten vor Ende der Sitzung aus der Trance holen zu können,

falls er bis dahin nicht selbst zurückgekommen sein würde, damit ich einen Eindruck von seinem Zustand bekommen könne, bevor er geht. Dem stimmte er zu.

Nach einigen Sitzungen in diesem Setting, das ihn von Beginn an zuversichtlicher stimmte als das bisherige Vorgehen, erkannte er, dass ich vorher durch mein Sprechen während der Trance zur dominant-eindringenden und immer auf ihn einredenden Mutter für ihn geworden war und deshalb nicht der kompetent-helfende Teil der Mutter sein konnte, den er zur Erhaltung des geschützten Raumes benötigte. Nach inzwischen weiteren Sitzungen in diesem neuen Setting sind sowohl die Nacken- und Rückenschmerzen als auch die generalisierten Ängste auf dem Rückzug.

Dieser Fall zeigt, wie Arbeit mit Trance und Arbeit mit der Übertragungsszene sich gegenseitig bereichern können. Wie schade wäre es, diese beiden psychotherapeutisch so wirksamen Strategien nicht gemeinsam zu nutzen.

Es darf allerdings nicht verschwiegen werden, dass zum Erreichen einer wirksamen Wahrnehmung der Übertragungsszene intensive Selbsterfahrung und geduldiges „Üben“ erforderlich sind. Aus diesem Grunde wäre aus meiner Sicht anzustreben, dass in hypnotherapeutischen Supervisionen auch das Übertragungsgeschehen reflektiert werden kann.

### **Literatur**

- Altmeyer M, Thomä H (2010) Einführung: Psychoanalyse und Intersubjektivität.  
In: Altmeyer M, Thomä H (Hrsg) Die vernetzte Seele. Die intersubjektive Wende in der Psychoanalyse. 2. Aufl. Klett-Cotta, Stuttgart, S 7-31
- Benecke C (2014) Klinische Psychologie und Psychotherapie. Ein integratives Lehrbuch.  
Kohlhammer, Stuttgart
- Chertok L (2009) Die Entdeckung der Übertragung. Hypnose-ZHH 4: 79-106
- DWDS Digitales Wörterbuch der Deutschen Sprache, [www.dwds.de](http://www.dwds.de)
- Freud S (1910) Die zukünftigen Chancen der psychoanalytischen Therapie. GW Bd 8, S 103-115
- Heimann P (1950) On countertransference. Int J Psychoanal 31: 81-84
- Heuft G (1990) Bedarf es eines Konzeptes der Eigenübertragung?  
Forum Psychoanal 6: 299-315
- Körner J (1989) Arbeit an der Übertragung? Arbeit in der Übertragung!  
Forum Psychoanal 5: 209-223
- Krause R (2012) Allgemeine psychodynamische Behandlungs- und Krankheitslehre. Grundlagen und Modelle, 2. Aufl. Kohlhammer, Stuttgart
- Krause R, Merten J (1996) Affekte, Beziehungsregulierung, Übertragung und Gegenübertragung.  
Zsch psychosom Med 42: 261-280
- Mende M (2009) Die Utilisation von Übertragung und Gegenübertragung in der lösungsorientierten Hypnotherapie. Hypnose-ZHH 4: 127-152
- Peter B (2009) Hypnose und die Konstruktion von Wirklichkeit. In: Revenstorff D und Peter B (2009) Hypnose in Psychotherapie, Psychosomatik und Medizin. Manual für die Praxis, 2. Aufl. Springer, Berlin Heidelberg New York Tokio, S 32-40
- Racker H (1988) Übertragung und Gegenübertragung. Studien zur psychoanalytischen Technik. 3. Aufl. Ernst Reinhardt, München (span. Erstveröff. 1959)
- Sandler J (1976) Gegenübertragung und Bereitschaft zur Rollenübernahme. Psyche - Z Psychoanal 30: 297-305
- Schröter J (2014) Die Entwicklung des Hypnotismus und Sigmund Freud. Eine Analyse mit überraschenden Ergebnissen. Carl-Auer, Heidelberg
- Thomä H, Kächele, H (2006) Psychoanalytische Therapie. Bd. 1 Grundlagen, 3. Aufl. Springer, Berlin Heidelberg New York Tokio
- Zindel P (2009) Hypnose - eine ganz besondere Beziehung. Hypnose-ZHH 4: 107-125