

Wittenberger, Annegret

## **Gegenübertragung als therapeutisches Instrument in der analytischen Kinderpsychotherapie**

*Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie* 42 (1993) 3, S. 88-92

urn:nbn:de:bsz-psydok-36244

Erstveröffentlichung bei:

**Vandenhoeck & Ruprecht** WISSENSWERTE SEIT 1735

<http://www.v-r.de/de/>

### **Nutzungsbedingungen**

PsyDok gewährt ein nicht exklusives, nicht übertragbares, persönliches und beschränktes Recht auf Nutzung dieses Dokuments. Dieses Dokument ist ausschließlich für den persönlichen, nicht-kommerziellen Gebrauch bestimmt. Die Nutzung stellt keine Übertragung des Eigentumsrechts an diesem Dokument dar und gilt vorbehaltlich der folgenden Einschränkungen: Auf sämtlichen Kopien dieses Dokuments müssen alle Urheberrechtshinweise und sonstigen Hinweise auf gesetzlichen Schutz beibehalten werden. Sie dürfen dieses Dokument nicht in irgendeiner Weise abändern, noch dürfen Sie dieses Dokument für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, aufführen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Mit dem Gebrauch von PsyDok und der Verwendung dieses Dokuments erkennen Sie die Nutzungsbedingungen an.

### **Kontakt:**

#### **PsyDok**

Saarländische Universitäts- und Landesbibliothek  
Universität des Saarlandes,  
Campus, Gebäude B 1 1, D-66123 Saarbrücken

E-Mail: [psydok@sulb.uni-saarland.de](mailto:psydok@sulb.uni-saarland.de)

Internet: [psydok.sulb.uni-saarland.de/](http://psydok.sulb.uni-saarland.de/)

# INHALT

## Erziehungsberatung

- JAEDE, W.: Trennungs- und Scheidungsberatung in Erziehungsberatungsstellen unter besonderer Berücksichtigung kindlicher Entwicklungskriterien (Counseling in Situations of Separation and Divorce) ..... 42
- SPECHT, F.: Zu den Regeln des fachlichen Könnens in der psychosozialen Beratung von Kindern, Jugendlichen und Eltern (The Rules of Expert Skills in Psycho-Social Counseling of Children, Adolescents and Parents) ... 113

## Forschungsergebnisse

- AMON, P./BECK, B./CASTELL, R./MALL, W./WILKES, J.: Umschriebene Sprachentwicklungsrückstände bei Sonderschülern (Specific Language Retardation in Educationally Subnormal Children) ..... 150
- BERNHARDT, H.: „Niemals auch nur zu den primitivsten Arbeitsleistungen zu gebrauchen“. Die Tötung behinderter und kranker Kinder 1939 bis 1945 in der Landesheilanstalt Ueckermünde ("Never Usable for Even the Most Primitive Jobs" – The Killing of Handicapped and Ill Children 1939 Until 1945 in the State Mental Hospital of Ueckermünde) ..... 240
- ECK, M./LOHAUS, A.: Entwicklung und Evaluation eines Präventionsprogramms zum sexuellen Mißbrauch im Vorschulalter (Development and Evaluation of a Program for Sexual Abuse Prevention in Preschool Children) ..... 285
- ELBING, U./ROHMANN, U.H.: Evaluation eines Intensivtherapie-Programms zur Behandlung schwerer Verhaltensstörungen bei geistig Behinderten mit autistischen und psychotischen Verhaltensweisen (Treatment Evaluation of Severe Behavior Disorders in Mentally Handicapped Persons with Autistic or Psychotic Symptoms) ..... 248
- GERWERT, U./THURN, C./FEGERT, J.: Wie erleben und bewältigen Mütter den sexuellen Mißbrauch an ihren Töchtern? (How do Mothers Experience the Sexual Abuse of Their Daughters?) ..... 273
- KAPFFHAMMER, H.-P./NEUMEIER, R./SCHERER, J.: Ich-Entwicklung im Übergang von Jugend und jungem Erwachsenenalter: Eine empirische Vergleichsstudie bei psychiatrischen Patienten und gesunden Kontrollprobanden (Ego Development in the Transition from Adolescence to Adulthood: A Comparison of Psychiatrically Ill and Mentally Healthy Young Adults) ..... 106
- KAPFFHAMMER, H.-P./NEUMEIER, R./SCHERER, J.: Identitätsstatus im Übergang von Jugend und jungem Erwachsenenalter: Eine empirische Vergleichsstudie bei psychiatrischen und gesunden Kontrollprobanden (Identity Status in the Transition from Adolescence to Adulthood: A Comparison of Psychiatrically Ill and Mentally Healthy Young Adults) ..... 68
- KLICPERA, C./SCHABMANN, A.: Die Häufigkeit von emotionalen Problemen und Verhaltensauffälligkeiten im Unterricht und der Zusammenhang mit Lese- und Rechtschreibschwierigkeiten: Ergebnisse einer Längsschnittuntersuchung (The Frequency of Emotional Problems

- and Maladaptive Classroom-Behavior and Their Relation to Reading and Spelling Difficulties: Results of a Longitudinal Study) ..... 358
- KÜHL, R./HINRICHS, G.: Attributionsstile bei psychisch und somatisch erkrankten Jugendlichen (Attributional Styles in Adolescents with Psychic and Somatic Disorders) ..... 204
- KÜSSEL, M./NICKENIG, L./FEGERT, J.: „Ich hab' auch nie etwas gesagt.“ Eine retrospektiv-biographische Untersuchung zum sexuellen Mißbrauch an Jungen ("I Never Said Anything." – A Retrospective-Biographical Study About Sexual Abuse of Boys) ..... 278
- LANFRANCHI, A.: „... wenigstens in meinem Dorf ist es Brauch...“. Von der Stagnation zur Transformation familiärer Wirklichkeitskonstrukte ("... at least in my village it's a custom...". From Stagnation to Transformation in Immigrant Family 'Reality Constructs') ..... 188
- LANGENFELDT, H.-P./LUYS, K.: Mütterliche Erziehungseinstellungen, Familienklima und Neurodermitis bei Kindern – eine Pilotstudie (Educational Attitudes, Family's Atmosphere and Atopic Eczema in Children – a Pilot Study) ..... 36
- SARIMSKI, K.: Aufrechterhaltung von Schlafstörungen im frühen Kindesalter: Entwicklungspsychopathologisches Modell und Pilot-Studie (Sleep Disorders in Early Childhood: Developmental Psychopathology an Results of a Pilot Study) ..... 2
- SCHEPKER, R.: Die Bedeutung der Schulleistungen bei Jugendlichen mit anorektischen Störungen (School Performance in Adolescents with Anorectic Disorders) .. 8
- SUESSE, T./MEYER, H.: Die „Kinderfachabteilung“ in Lüneburg: Tötung behinderter Kinder zwischen 1941 und 1945 (The "Spezialized Children's Department" in Lüneburg: The Killing of Handicapped Children between 1941 and 1945) ..... 234
- WILKES, J./AMON, P./BECK, B./CASTELL, R./MALL, W.: Motorische Entwicklungsstörungen und psychiatrische Diagnosen bei Sonderschülern (Motor Function Disorder and Psychiatric Diagnoses of Educationally Subnormal Children) ..... 198
- WINTER, S./KNÖLKER, U.: Zum Berufsverständnis der Ärztinnen/Ärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie in den alten Bundesländern (1990) (The Professional Concepts of Child and Adolescent Psychiatrists in Former West Germany) ..... 208

## Praxisberichte

- BARTH, R./WARREN, B.: Zur Förderung einer positiven Beziehung zwischen Eltern und Kind – ein Beratungsangebot für Familien mit Säuglingen und Kleinkindern in Sydney (Fostering a Positive Relationship Between Parents and Child – A Counseling Service for Families with Infants in Sydney) ..... 339
- HINRICHS, G./LANGKAMP, A.: Eine sozialpädagogisch orientierte Therapiestation in einer Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie (A Socio-Pedagogic Oriented

Therapeutic Ward in a Clinic for Child and Adolescent Psychiatry) . . . . .	167	REITER-THEIL, S./EICH, H./REITER, L.: Der ethische Status des Kindes in der Familien- und Kinderpsychotherapie (The Ethical Status of the Child in Family and Child Psychotherapy) . . . . .	14
KNOKE, H.: Teamsupervision in Kindertagesstätten (Team Supervision in Child Care Centers) . . . . .	83	ULLRICH, G.: Rollen und Aufgaben psychosozialer Mitarbeiter in der Kinderklinik: (I) Begründung und Problematik der psychosomatischen Kooperation (The Role and the Task of Psychosocial Specialists Working in Pediatric Hospitals: (I) Motives and Problems of an Interdisciplinary Approach) . . . . .	260
SARIMSKI, K.: Focussierte Beratung mit Müttern ehemaliger Frühgeborener (Focused Counseling for Mothers of Discharged Preterm Babies) . . . . .	363	ULLRICH, G.: Rollen und Aufgaben psychosozialer Mitarbeiter in der Kinderklinik: (II) Psychosoziale Versorgung heißt Experimentieren (The Role and the Task of Psychosocial Specialists Working in Pediatric Hospitals: (II) There is no Good Psychosocial Care in Medical Settings without Improvisation) . . . . .	299
SCHORNSTHEIMER, G.: Artefakt als kreatives Geschehen – eine Falldarstellung (Dermatitis Artefacta as a Creative Attempt to Conflict Solving) . . . . .	78	ULLRICH, G.: Rollen und Aufgaben psychosozialer Mitarbeiter in der Kinderklinik: (III) Resümee (The Role and the Task of Psychosocial Specialists in Pediatric Hospitals: (III) Resume) . . . . .	326
STREHLOW, U./KIRCHMANN, H.M.A./SCHÄFER, H.: Ein ungewöhnliches Zusammentreffen: Elektiver Mutismus und Syndrom des schlafgebundenen bioelektrischen Krampfstatus (ESES) (An Unusual Coincidence: Elective Mutism and Sleepbound Bioelectric Seizures (ESES)) . . . . .	157	VOLL, R.: Der Scham-Schuld-Sorge-Komplex bei Eltern von Kindern nach Schädel-Hirn-Trauma (The Shame-Guilt-Care-Complex of Parents of Children after Cranio-Cerebral-Trauma) . . . . .	331
WERNITZNIG, H.: Stationäre Behandlung eines elektiv mutistischen Kindes – eine Fallstudie (Residential Treatment of a Prolonged Electively Mute Boy – A Case Study) . . . . .	160	WIESSE, J.: Vom langen Abschied – Wege der Psychoanalyse in der Spätadoleszenz (The Long Good-Bye – Ways of Psychoanalysis in Late Adolescence) . . . . .	171
<b>Psychotherapie</b>		<b>Werkstattberichte</b>	
WITTENBERGER, A.: Gegenübertragung als therapeutisches Instrument in der analytischen Kinderpsychotherapie (Countertransference as a Therapeutic Instrument in Analytical Child Therapy) . . . . .	88	VERGHO, C./LOSSEN, H.: Familienberatung bei Trennung und Scheidung im Amtsgericht: das Regensburger Modell . . . . .	345
<b>Übersichten</b>		WAGNER, A./WEGENER, M.: Adoption – eine unwiderrufliche Entscheidung . . . . .	55
BAETHGE, G.: Ängste und unbewußte Phantasien in Adoptionsfamilien (Fears and Unconscious Phantasies in Adoptive Families) . . . . .	49	<b>Tagungsberichte</b>	
BAUERS, B.: Die „dritte Beziehung“: Triangulierende Funktionen in der analytischen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie (The Third Relationship: The Triangulating Functions in Analytic Child and Adolescent Psychotherapy) . . . . .	124	Grenzüberschreitungen in der Psychoanalyse – Arbeitstagung der Deutschen Psychoanalytischen Gesellschaft e. V. vom 20.–23. Mai 1993 in Göttingen . . . . .	348
BERGER, M.: Zur Entwicklung von Kindern nach reproduktionsmedizinischer Behandlung ihrer Eltern (Psychological and Child Psychiatric Aspects of Child Development After Their Parents had Undergone Medical Treatment of the Reproductive System) . . . . .	368	10 Jahre Weiterbildungsseminar für Kinder-, Jugendlichen- und Familientherapie in Marburg . . . . .	25
BRANIK, E.: Der psychosomatische Konsiliar- und Liaison-Dienst in der Pädiatrie (Psychosomatic Consultation-Liaison Service in Pediatrics) . . . . .	373	<b>Buchbesprechungen</b>	
FEGER, J./GERWERT, U.: Qualitative Forschungsansätze im praxisnahen Einsatz in der Kinder- und Jugendpsychiatrie (The Methodology of Qualitative Research and its Practical Use in the Child Psychiatric Study) . . . . .	293	BASTINE, R. (Hrsg.): Klinische Psychologie, Bd. 2 . . . . .	224
HEEKERENS, H.-P.: Die Wirksamkeit des GORDON-Elterntraining (The Efficacy of Parent Effectiveness Training) . . . . .	20	BERG, I.K.: Familien-Zusammenhalt(en). Ein kurztherapeutisches und lösungsorientiertes Arbeitsbuch . . . . .	312
HUMMEL, P./ASCHOFF, W./BLESSMANN, F./ANDERS, D.: Sexuell aggressive Handlungen durch einen Jugendlichen mit Klinefelter-Syndrom (Sexually Aggressive Actions of a Youth with Klinefelter-Syndrome) . . . . .	132	BRUNS, I.: „Ich hab die doch so lieb...“ Wenn ein Kind an Krebs erkrankt . . . . .	351
KUSCH, M./VETTER, C./BODE, U.: Stationäre psychologische Betreuung in der pädiatrischen Onkologie: Konzept einer behandlungsbegleitenden Versorgung (On the Ward Psychological Care in the Pediatric Oncology: A Concept of Treatment-Accompanied Psychological Care) . . . . .	316	BUNDSCHUH, K.: Heilpädagogische Psychologie . . . . .	311
		CARDENAS, B.: Diagnostik mit Pfiffigunde . . . . .	222
		CHILAND, E./YOUNG, E. (Eds.): New Approaches to Mental Health from Birth to Adolescence . . . . .	222
		DE SHAZER, S.: Putting Difference to Work . . . . .	218
		DOHMEN-BURK, R.: Gestörte Interaktion und Behinderung von Lernen . . . . .	30
		EICKHOFF, F.W./LOCH, W. (Hrsg.): Jahrbuch der Psychoanalyse, Bd. 28 . . . . .	61
		EICKHOFF, F.W./LOCH, W. (Hrsg.): Jahrbuch der Psychoanalyse, Bd. 29 . . . . .	220

FABER, F.R./HAARSTRICK, R.: Kommentar Psychotherapie-Richtlinien . . . . .	62	PETERMANN, F./LECHELER, J. (Hrsg.): Asthma bronchiale im Kindes- und Jugendalter . . . . .	29
FINGER-TRESCHER, U.: Wirkfaktoren der Einzel- und Gruppenpsychotherapie . . . . .	64	PETILLON, H.: Das Sozialleben des Schulanfängers. Die Schule aus der Sicht des Kindes . . . . .	352
FORSCHUNGSGRUPPE JUGENDHILFE KLEIN-ZIMMERN: Familiengruppen in der Heimerziehung. Eine empirische Studie zur Entwicklung und Differenzierung von Betreuungsmodellen . . . . .	63	RAUCHFLEISCH, U.: Allgegenwart von Gewalt . . . . .	308
GAEDT, C./BOTHE, S./HENNING, M. (Hrsg.): Psychisch krank und geistig behindert . . . . .	383	RESCH, F.: Therapie der Adoleszentenpsychosen . . . . .	29
GEHRING, T.-M.: Familiensystemtest (FAST) . . . . .	355	ROSSMANN, P.: Depressionsdiagnostik im Kindesalter . . . . .	28
GIRGENSOHN-MARCHAND, B.: Der Mythos Watzlawick. Eine Streitschrift gegen systemisches und konstruktivistisches Denken in pädagogischen Zusammenhängen . . . . .	382	RUBIN, J.A.: Kunsttherapie als Kindertherapie . . . . .	382
HIRBLINGER, H.: Pubertät und Schülerrevolte. Gruppenphantasien und Ich-Entwicklung in einer Schulklasse – eine Falldarstellung . . . . .	308	SARIMSKI, K.: Interaktive Frühförderung. Behinderte Kinder: Diagnostik und Beratung . . . . .	383
JANSEN, F./STREIT, U.: Eltern als Therapeuten. Ein Leitfaden zum Umgang mit Schul- und Lernproblemen . . . . .	221	SCHAEFFER, M.R.: ... und was geschieht mit den Kindern? . . . . .	218
KOLIP, P.: Freundschaften im Jugendalter. Der Beitrag sozialer Netzwerke zur Problembewältigung . . . . .	354	SCHARFWINKEL, U.: „Ich gehe jetzt in mein anderes Zuhause.“ Werden und Wachsen in einer Kinderklinik . . . . .	351
Lieb, H./Lutz, R. (Hrsg.): Verhaltenstherapie . . . . .	353	SOLNIT, J.A./NEUBAUER, P.B. (Eds.): The Psychoanalytic Study of the Child, Vol. 46 . . . . .	92
LUDEWIG, K.: Systemische Therapie. Grundlagen klinischer Theorie und Praxis . . . . .	219	STEINHAUSEN, H.-C. (Hrsg.): Hirnfunktionsstörungen und Teilleistungsschwächen . . . . .	311
MASSING, A./REICH, G./SPERLING, E.: Die Mehrgenerationen-Familientherapie . . . . .	225	STIERLIN, H.: Von der Psychoanalyse zur Familientherapie . . . . .	30
MISCHNICK, H./ROSSBACH, M.: Das Sexualverhalten Jugendlichen unter der Bedrohung von AIDS . . . . .	62	VAN DEN BROEK, J.: Verschwiegene Not: Sexueller Mißbrauch an Jungen . . . . .	352
MOHR, P.: Jürgen Bartsch: Opfer und Täter. Das Selbstbild des Kindermörders in Briefen . . . . .	31	WIESSE, J. (Hrsg.): Chaos und Regel. Die Psychoanalyse in ihren Institutionen . . . . .	220
MORDIER, J.P.: Die Latenzzeit der französischen Psychoanalyse 1895–1926 . . . . .	351	WITTE, E.H./KESTEN, I./SIBBERT, J.: Trennungs- und Scheidungsberatung . . . . .	309
MUSSEN, P.H./CONGER, I.J./KAGAN, I./HUSTON, A.C.: Lehrbuch der Kinderpsychologie, Bd. 1 . . . . .	312	ZUSCHLAG, B.: Das Gutachten des Sachverständigen. Rechtsgrundlagen, Fragestellungen, Gliederung, Rationalisierung . . . . .	64
MÜLLER, A.: Kommunikation und Schulversagen. Systemtheoretische Beobachtungen im Lebensfeld Schule . . . . .	28		
NIENSTEDT, M./WESTERMANN, A.: Pflegekinder: Psychologische Beiträge zur Sozialisation von Kindern in Ersatzfamilien . . . . .	59	<b>Editorial</b> 232, 273	
OTTO, H.U./FLÖSSER, G. (Eds.): How to Organize Prevention . . . . .	311	<b>Mitteilungen der Herausgeber</b> 350	
		<b>Autoren der Hefte</b> 27, 57, 92, 139, 171, 215, 266, 306, 350, 379	
		<b>Diskussion/Leserbriefe</b> 27	
		<b>Zeitschriftenübersicht</b> 58, 139, 216, 306, 380	
		<b>Tagungskalender</b> 33, 65, 102, 145, 182, 226, 269, 314, 356, 382	
		<b>Mitteilungen</b> 33, 66, 102, 146, 183, 226, 270, 385	

## Gegenübertragung als therapeutisches Instrument in der analytischen Kinderpsychotherapie

Annegret Wittenberger

### Zusammenfassung

Im Prozeß der Psychoanalyse bzw. der psychoanalytischen Therapie spielt die Gegenübertragung eine bedeutende Rolle: Einerseits behindern unbewußt bleibende Gegenübertragungs-Reaktionen des Therapeuten, besonders wenn sie zum Agieren aufgrund eines Gegenübertragungs-Widerstands führen, die Progression des Patienten, andererseits wirkt sich jede analysierte Gegenübertragungs-Reaktion förderlich auf das Verstehen des Patienten und damit auf den Therapieprozeß aus. Dies gilt auch für die analytische Kinderpsychotherapie und soll anhand von kasuistischen Beispielen dargestellt werden.

### 1 Zur Theorie der Gegenübertragung

FREUD entdeckte 1910 die Gegenübertragung – wie vorher schon Übertragung und Widerstand – als Störung der psychoanalytischen Behandlung durch eigene neurotische Konflikte und dadurch bedingte innere Widerstände in der Person des Analytikers, die das Instrument der Psychoanalyse beeinträchtigen. Um diese Beeinträchtigung zu reduzieren, schlug FREUD verschiedene Maßnahmen vor: die ständige Selbstanalyse, die Abstinenz des Analytikers, seine Spiegelfunktion und schließlich die Lehranalyse. Ziel dieser Maßnahme war, „daß der Arzt diese Gegenübertragung in sich erkennen und bewältigen müsse“, da „jeder Psychoanalytiker nur so weit kommt, als seine eigenen Komplexe und inneren Widerstände es gestatten“ (FREUD, 1910).

Diese Einstellung zur Gegenübertragung ändert sich, als PAULA HEIMANN 1950 die Gegenübertragung als Schlüssel zum Verständnis des Patienten und damit als wirksames diagnostisches Instrument der Analyse beschreibt. Grundlegend ist dabei die Annahme, das Unbewußte des Analytikers verstehe das des Patienten. Die Erweiterung des Begriffs führte zu einer Reihe unterschiedlicher Definitionen der Gegenübertragung (MOELLER, 1977):

- a) alle Gefühle und Einstellungen des Therapeuten gegenüber dem Patienten (totalistische Auffassung),
- b) neurotische und nicht-neurotische Reaktionen des Therapeuten auf den Patienten (klassische Auffassung),

- c) Übertragung eigener infantiler Einstellungen des Therapeuten auf den Patienten, also die Auswirkungen seiner Neurose.

Letztere ist vor allem die Definition GREENSONS. Doch scheint mir der Einwand MOELLERS einleuchtend, der keine Veranlassung sieht, einen Vorgang, für den es bereits einen eindeutigen Begriff gibt (Übertragung), nur weil er vom Analytiker ausgeht, anders zu bezeichnen (mit Gegenübertragung).

Ich möchte mich hier der Definition (b) anschließen, die m. E. alles umfaßt, was der Patient in seiner einmaligen Art im Therapeuten auslöst: dies sind sowohl Reaktionen auf ihn als Realperson als auch auf seine Übertragung (Gegenübertragung als „Ergänzungshälfte“ der Übertragung). Theoretisch davon zu trennen wären die neurotischen Reaktionen des Therapeuten, also seine eigene Übertragung. Dies ist in der Praxis jedoch kaum vollständig möglich, vielleicht auch nicht notwendig, da auch neurotische Reaktionen u. U. diagnostisch wertvoll sein können. Wichtig ist nur, daß die Gegenübertragungsreaktionen einer Analyse unterzogen werden, da besonders die neurotischen Gegenübertragungsreaktionen, solange sie unbewußt bleiben, zum Gegenübertragungswiderstand führen und damit den therapeutischen Prozeß blockieren können.

Gegenübertragung kann in unterschiedlichen Formen auftreten und folgende Elemente enthalten: Affekte, Vorstellungrepräsentanzen (Bilder, Phantasien, Einfälle), Verhaltensreaktionen (auch Fehlleistungen), Körperphänomene, Träume. Ich träumte beispielsweise nach Abschluß einer Therapie mit einem 10jährigen Mädchen, das aus einem Elternhaus mit äußerst dürftigen materiellen und emotionalen Ressourcen stammte, ich hätte ihr einen Eimer voll Grünfutter nach Hause gebracht. Bewußt hatte ich die Therapie mit der Hoffnung abgeschlossen, daß die Patientin mit Hilfe ihrer gewachsenen Ich-Kräfte ihre weitere Entwicklung – trotz der mangelhaften familiären Voraussetzungen – würde meistern können. Mein Gegenübertragungs-Traum zeigte mir, daß diese Hoffnung nicht nur von Zuversicht begleitet war, sondern ein wenig auch von – sicherlich nicht grundlosem – Bangen, ob ihre Kräfte angesichts der desolaten familiären Situation ausreichen würden. Therapeutisch nutzbringender sind solche Träume allerdings, wenn sie während der Therapie auftreten, weil dann ihr Erkenntniswert in den therapeutischen Prozeß einfließen und somit diesen fördern kann (ZWIEBEL, 1977).

Gegenübertragungen sind Reaktionen auf eine gesamte Beziehung (MOELLER, 1977), auch wenn es zunächst so scheinen mag, als identifiziere sich der Analytiker entweder mit dem Übertragungsobjekt des Patienten (komplementäre Position) oder mit dem Patienten selbst (konkordante Position des Analytikers, RACKER, 1959). Hierzu ein kasuistisches Beispiel:

Der 8jährige Simon wurde bereits am Ende des 1. Schuljahres parallelversetzt und mit Ausschulung bedroht, weil er den Unterricht durch Attacken auf Mitschüler und Gegenstände sowie durch ständige Zwischenrufe so massiv störte, daß die Lehrerinnen sich kaum mehr in der Lage sahen, in der Klasse einen geordneten Unterricht zu erteilen. Sie wurden nach anfänglichem geduldigem Bemühen von Simon schließlich dazu gebracht, daß ihnen der Geduldsfaden riß und sie mit immer schärferen Sanktionen versuchten, Simons aggressiv-expansives Verhalten einzuschränken. Simon spürte aufgrund seiner hohen Sensibilität jedoch sehr genau, daß diese Sanktionen nicht liebevollem Verständnis für seine Probleme entsprangen, sondern der Verärgerung darüber, daß er sie an die Grenzen ihrer pädagogischen Kompetenz brachte. So erlebte er die Strafmaßnahmen nicht als grenzensetzende Hilfe zur Steuerung seiner aggressiven Impulse sondern als Vergeltung. Dies wiederum verstärkte seine Wut. Da Simons neurotische Störung ihre Ursache in einer Fixierung auf der analen Stufe hat, sind die Reaktionen, die er in seinen Konfliktpartnern hervorruft (Gegenübertragung!), ebenfalls anal getönt. Es entstand also ein analer Machtkampf. Dies bedeutet: Jeder der Kontrahenten meint, sich selbst nur dadurch behaupten zu können, daß er den anderen unterwirft. Man ist entweder oben oder unten, entweder Sieger oder Besiegter, ein gleichwertiges Nebeneinander-Bestehen ist nicht möglich. Da in dieser Kampfkonstellatation jedes Nachgeben als Niederlage empfunden worden wäre, eskalierte die Situation immer weiter. Simons Mutter ist eine äußerlich kühle, sachliche, vernünftige, innerlich aber höchst kränkbare, selbstunsichere Frau, die hohe Leistungsanforderungen an ihn stellt und expansives Verhalten aus Angst vor Ärger mit den Nachbarn stark einschränkt. Angeblich hat sie keine Probleme mit ihm. Vermutlich empfindet Simon das sanktionierende Verhalten der Lehrerinnen wie das der Mutter, macht sie also zu Objekten seiner Mutterübertragung, und agiert seinen Ärger über sie in der Übertragungsbeziehung aus. Indirekt kann er damit gleichzeitig die Mutter ärgern: Je mehr er in der Schule stört, um so mehr bringt er die Mutter in Schwierigkeiten. Sie erlebt die ständigen Einbestellungen in die Schule als kränkende Angriffe der Lehrerinnen und fühlt sich dadurch in ihrer Kompetenz als Mutter in Frage gestellt. Dies muß auch in ihr feindselige Gefühle Simon gegenüber auslösen. Diese fließen unbewußt in ihr bewußtes Bemühen, „richtig“ zu handeln, mit ein: Sie verstärkt nun den Druck und reglementiert seinen Tagesablauf noch strenger, so daß Simon kaum mehr Entspannungspausen bleiben. Da die bevorzugte Bestrafungsform in der Schule darin besteht, daß Simon vom Sportunterricht ausgeschlossen wird und die Pause auf einem Stuhl vor dem Rektorat verbringen muß, hat das temperamentvolle Kind nun kaum mehr Möglichkeiten, seine expansiven Impulse auszuleben. Zu Beginn der Therapie symbolisiert Simon diese Situation dadurch, daß er ein Selbstbild aus Ton formt und diesem den Hals durchbohrt: Für mich ein Zeichen, daß er sich so eingeengt fühlt, daß er sich nur noch mit Gewalt Luft verschaffen zu können meint. So steht er unter höchster innerer Spannung.

Das regressionsfördernde Setting der Therapie bringt es mit sich, daß Simon sehr schnell und sehr intensiv diese Spannung auslebt: Er hält mich ständig in Trab, scheucht mich von einer

Ecke in die andere, kommandiert mich in barschem Befehlston herum, herrscht mich an, da ich alles „falsch“ mache, läßt mich zur Strafe mit erhobenen Händen an der Wand stehen, beschimpft mich, beschießt mich mit „brennenden“ Pfeilen, schmeißt mir „Sahnetorten“ ins Gesicht, sperrt mich ein und matscht intensiv und ausufernd mit Sand und Wasser.

In der Gegenübertragung spüre ich nun die gleichen Gefühle wie die Lehrerinnen: Ich spüre Ärger darüber, daß er mich so schlecht behandelt und mir keine Chance läßt, auch mal stark und kompetent zu sein; spüre Ohnmacht und den Impuls, es ihm zu zeigen; Angst, daß mir alles entgleitet und ich das Zimmer nicht mehr oder doch nur unter großen Mühen von Sand- und Matschspuren säubern kann; und ich bin gekränkt darüber, daß er gerade mich so schlecht behandelt, wo ich ihm doch – nicht zuletzt aufgrund spontaner Sympathie – mit besonderer Freundlichkeit zu begegnen glaubte. Würde ich nun diese Gefühle nicht reflektieren sondern mein Verhalten davon bestimmen lassen, so würde meine eigene Abwehr einsetzen, und ich würde aus einem Gegenübertragungs-Widerstand heraus agieren und mich verhalten wie die Lehrerinnen: nämlich in den anal-sadistischen Machtkampf einsteigen und versuchen zu siegen.

Doch als Therapeutin verhalte ich mich anders: Ich identifiziere mich mit dem übertragenen Objekt und zwar durch Probe-Identifikation (MOELLER, 1977), indem ich die in mir ausgelösten Affekte zwar spüre aber mich nicht von ihnen beherrschen lasse. Gleichzeitig ist meine Reaktion die auf eine übertragene Beziehung (s.o.). Da diese Beziehung aber bereits durch Abwehr entsteht ist, nämlich durch Identifikation mit dem Aggressor, schließe ich daraus, daß Simon die Gefühle, die ich jetzt in der Gegenübertragung habe, nämlich Ärger, Ohnmacht, Angst und Enttäuschung, ursprünglich selbst erlebt haben muß. (Hierfür gibt es bedeutsame Hinweise in seiner Genese.) So ist meine Identifikation gleichzeitig die mit einem verdrängten Selbstanteil Simons. In der Therapie wird es nun darauf ankommen, diese latente frühkindliche traumatische Beziehungsrepräsentanz aus der manifesten Übertragungs-Gegenübertragungs-Beziehung herauszuarbeiten und Simon somit seine eigenen abgewehrten Affekte wieder erlebbar und einer Durcharbeitung zugänglich zu machen. Die Gegenübertragungsanalyse war – wie ich hoffe aufgezeigt zu haben – dafür unerläßliche Voraussetzung.

## 2 Gegenübertragung als Instrument zur diagnostischen Einschätzung des Strukturniveaus

Sehr viel intensiver und quälender als bei Simon waren meine Gefühle in der Therapie mit dem gleichaltrigen Jens: Er inszeniert ständig Spiele, in deren Verlauf er mit Hilfe von technischen Geräten in mein Haus eindringen, es unter Wasser setzen und anzünden, meine dort schlafenden Kinder töten, mich auflösen und wieder erstehen lassen und mich auf einen fernen Planeten zaubern kann mit dem falschen Versprechen, ich könne mich jederzeit wieder zurückzaubern, was er dann aber nicht zuläßt. Oder er zaubert Geld in mein Haus, und jedesmal, wenn ich danach greifen will, zaubert er es wieder weg. Als ich es schließlich doch erwische, verschwindet es aus meinen Händen. Schließlich bleibt es drin, ist aber Falschgeld. Ich fühle mich beim Hineingehen in diese Phantasien einer wachsenden Trostlosigkeit ausgesetzt, ihm immer unentrinnbarer ausgeliefert, fürchte stellenweise fast, von ihm

zerstört zu werden und denke (in der letztgenannten Sequenz) an Tantulusqualen.

Diese Gegenübertragungsgefühle waren meine Reaktion auf Jens' projektive Identifizierung: Ich spürte seine eigenen Gefühle von Angst, Trostlosigkeit und innerer Zerstörung, die für sein Ich so unerträglich waren, daß er sie abspalten und auf mich projizieren mußte. Die Intensität und der quälende Charakter dieser Gefühle waren ein wichtiger Hinweis für mich, durch Grenzsetzung und Stärkung der Realitätsprüfung den archaischen Charakter von Angst und Aggression zu mildern, um Jens' Ich dadurch zu stärken, daß er seine projizierten Affekte in modifizierter Form re-internalisieren konnte. (Wo meine Gegenübertragungsgefühle in Simons Therapie ähnlichen Charakter hatten, waren sie für mich auch da Hinweise auf Frühstörungsanteile und das dann indizierte therapeutische Vorgehen.)

Vom Inhalt her ebenfalls archaisch-destruktiven Charakter hatten die Träume des 9jährigen Bastian: Er wurde von einer „Hackfleischmaschine“ verfolgt, rammte in einem „Blutkampf“ einem anderen ein Messer in den Hals und sah zwei sich gegenseitig auffressende Fische. Ähnlich waren die Phantasien der zu Beginn erwähnten Patientin Nicole von einem Skelett in einem Babysarg und von einem blutend an einem Bach liegenden Mädchen. Doch waren meine Gefühle hier anders: Bei Bastian spürte ich tiefes Mitleid aber auch Erleichterung, daß er der Maschine entkommen und den Kampf überleben konnte, bei Nicole waren meine Gefühle so blaß, daß ich sie nur als neugieriges Interesse bezeichnen kann – beides Hinweise auf eine ausreichend gute innere Strukturierung der Patienten, zumal ich hier zu keiner Zeit Angst spürte.

### 3 Gegenübertragung als Hilfe zum Verständnis tieferliegender Affekte in der therapeutischen Situation

Die Gegenübertragung ist unersetzliches Instrument zum Verständnis dafür, worum es in bestimmten Therapie-Sequenzen geht, und zwar besonders in ausgedehnten Widerstandsphasen, wo sie hilft, den latenten, durch das manifeste Verhalten abgewehrten Affekten auf die Spur zu kommen. Hierzu zwei Beispiele:

a) Der schon erwähnte angstneurotische Patient Bastian veranstaltet immer wieder Degen-Fechtkämpfe mit mir. Er hat offensichtlich Spaß an dem Spiel, lacht laut und übermütig bei jedem Treffer, den ich lande, und ruft jauchzend „getroffen!“, registriert dabei besonders, wo ich ihn getroffen habe, und phantasiert, wie er verletzt wäre, „wenn das echte Schwerter wären“. Meine Überlegungen, ob er fürchtet, von mir verletzt/kastriert zu werden, oder ob er mir Schuldgefühle machen will, passen nicht zu meinem Gefühl: Spaß am Kampf, intensiver Kontakt und Lust an der körperlichen Nähe. Daran erkenne ich schließlich, daß es um ödipal lustvolle Nähe geht, und daß Bastians Betonen des Schmerzhaften der Abwehr dieser libidinösen Gefühle dient.

b) Die 16jährige Magersucht-Patientin Melanie ist in der Therapie äußerst gesprächig und füllt jede Stunde mit endlosen Berichten über ihre Eß- und Diätgewohnheiten, Vollwertkost, Kalorien und Gewichtsschwankungen. Sie betont immer wieder, wie gut sie mit ihrer Ernährung zurechtkommt und wie sich beson-

ders die Mutter darüber freut. Ich fühle mich gelangweilt, angeödet, übersättigt und habe sehr mit Müdigkeit zu kämpfen. Als dann auch noch Erbrechen hinzukommt und Melanie ihre Essensberichte durch die detaillierte Schilderung ihrer Brechsymptomatik bereichert, finde ich es immer mehr „zum Kotzen“. Schließlich konfrontiere ich sie mit diesem Verhalten, das ich aufgrund meines Gegenübertragungsgefühls als Widerstand gegen aggressive Regungen in unserer Beziehung verstanden habe, und ihre Reaktion bestätigt dies: Sie sagt, vor dem Erbrechen habe es angefangen langweilig zu werden in der Therapie, und Langeweile sei ganz schlimm für sie. Vor Ausbruch ihrer Magersucht-Erkrankung sei ihr auch immer so langweilig gewesen. Deshalb sei sie jetzt richtig froh gewesen, daß sie mir von dem „wichtigen“ Ereignis, nämlich dem Erbrechen, habe berichten können. Wenn sie sich langweile, werde sie unruhig, und das könne sie kaum ertragen.

Über diese Unruhe gelingt es uns, an ihre wachsende Unzufriedenheit mit mir heranzukommen: Die Ausstattung meines Zimmers empfindet sie plötzlich als „ärmlich“, ich biete ihr keine interessanten Spiele, etc. Und vor allem: Ich habe immer noch nicht dafür gesorgt, daß sie ein höheres Körpergewicht akzeptieren kann. Wütend schleudert sie mir ins Gesicht, ich sei gar keine „richtige“ Therapeutin. Sie ist vor mir genauso enttäuscht wie von ihrer Mutter, da ich in der Übertragung in ihren Augen als Therapeutin ebenso versage wie diese als Mutter: Nie Sorge die wie eine „richtige“ Mutter dafür, daß genug Essen im Haus sei, und wenn Melanie einmal nicht einkaufe, gebe es prompt kein Brot!

Damit ist es gelungen, die Aggression, die Melanie zunächst in depressiver Verarbeitung gegen sich selbst gewendet und dann in einem zweiten Verdrängungsschritt aufgrund der Unerträglichkeit der Depression („Langeweile“) im Symptom der Anorexie-Erkrankung gebunden hatte, wieder nach außen zu wenden und die ursprüngliche Wut gegen die Mutter, die der auslösende Faktor für ihre Erkrankung war, in der Übertragung wieder zu spüren. Voraussetzung dafür war, daß ich in der Gegenübertragung sowohl die Depression als auch die ihr zugrundeliegende Aggression gespürt und damit den Widerstandscharakter ihres oberflächlich kooperativen Verhaltens (sie brachte ja wie eine „gute“ Patientin jede Menge Material) erkannt habe.

### 4 Gegenübertragungs-Widerstand

Bleiben die Gegenübertragungs-Reaktionen des Therapeuten unbewußt, können sie ein Verstehen des Patienten verhindern. Sie werden dann zum Gegenübertragungs-Widerstand, der den therapeutischen Prozeß blockiert. Hierzu ein Beispiel:

Die 12jährige Lina litt an Ängsten, konversionshysterischen Beschwerden und Zwangsgedanken. Zu Beginn ihrer Therapie schwieg sie oft über lange Zeit. Diese Schweigephasen waren für mich nur schwer erträglich. So bin ich zunächst sehr erleichtert, als sie plötzlich ausführlich über ihre Verliebtheit in einen Jungen erzählt, von dem sie sich aber schon nach dem ersten (brieflichen) Kontakt zurückzieht. Ich finde ihre Schilderungen interessant, teilweise amüsant. Endlich habe ich das Gefühl, nicht mehr gegen einen massiven Widerstand ankämpfen zu müssen. Ein ganz leises inneres Unbehagen „überhöre“ ich. Ich fühle mich in gutem Kontakt mit ihr und erlebe dies als positive Entwicklung. Dabei übersehe ich, daß die von ihr geschilderten Gefühle von schwärmerischer Zuneigung und sehnsuchtsvoller Erwartung, von Enttäuschung und Wut lediglich an der Oberfläche liegen, daß dahinter ihre Angst steht, schlecht dazustehen, dem Jungen nicht zu gefal-

len, die Lina dazu bringt, lieber auf die Beziehung zu verzichten, trotz der eminent wichtigen narzißtischen Zufuhr, die der „Besitz“ eines Freundes für sie bedeuten würde. Diese Angst fällt mit meiner Angst, als Therapeutin schlecht dazustehen, wenn meine Patientin die Stunden überwiegend schweigend verbringt, zusammen. In gemeinschaftlicher Abwehr dieser Angst genieße ich ihre Mitteilbarkeit – ein Gegenübertragungs-Widerstand, der die Bearbeitung dieser Angst und damit die Progression des therapeutischen Prozesses verhindert und den ich erst in der nachträglichen Reflexion erkenne, wobei ich gleichzeitig dem Übertragungsgehalt von Linas Schweigen – nämlich der Angst, vor mir schlecht dazustehen, wenn sie sich öffnet – auf die Spur gekommen bin.

Hier wurde mein Gegenübertragungs-Widerstand zu einem wirksamen therapeutischen Instrument: Er führte zunächst zu einer Blockierung im therapeutischen Prozeß. Seine Analyse hob diese Blockierung wieder auf und brachte den Prozeß voran. Wird der Gegenübertragungs-Widerstand jedoch nicht analysiert, kann er u.U. den Prozeß insgesamt zum Scheitern bringen. M.E. ist diese Gefahr in der Kindertherapie größer als in der von Erwachsenen, da der Therapeut mit seiner Gegenübertragung nicht nur auf den Patienten sondern auch auf die Eltern reagiert, wodurch sich die Zahl der möglichen Auslöser für Gegenübertragungs-Reaktionen und damit -Widerstände erhöht.

### 5 Einige Bemerkungen zur Gegenübertragung in der Elternarbeit

Besonders tückische Klippen, die die Gefahr eines Gegenübertragungs-Agierens aufgrund eines Gegenübertragungs-Widerstands in sich bergen, in der Elternarbeit:

- Der Therapeut genießt die idealisierende Übertragung der Eltern, indem er die ihm übertragenen Allmachtsgefühle unreflektiert agiert. Damit hält er die Eltern in Abhängigkeit und verhindert eine Mobilisierung ihrer eigenen Ressourcen. Wichtiges Signal ist hier für den Therapeuten das Gefühl, in den Elterngesprächen besonders „gut“, kompetent, vielleicht sogar brillant zu sein. Dies sollte ihn veranlassen, sein Verhalten den Eltern gegenüber dahingehend zu ändern, daß er sie zum Entwickeln eigener kompetenter Lösungsmöglichkeiten motiviert und damit ihren Handlungsspielraum ausweitet, um so das häusliche Umfeld der Entwicklung des Kindes förderlicher zu gestalten.
- Der Therapeut rivalisiert mit den Eltern darum, wer der „bessere Vater“, bzw. die „bessere Mutter“ ist. Dies können Eltern als schwere Kränkung erleben, was dazu führen kann, daß sie die Therapie abbrechen, um ihm zu demonstrieren, daß er es auch nicht besser kann als sie.
- Der Therapeut unterliegt einem Erfolgszwang und trägt daher nicht, daß Eltern mangelnde Therapieerfolge oder Rückschritte beklagen, da sie in ihm unerträgliche Insuffizienzgefühle, bzw. Schuldgefühle auslösen. Dies wirkt sich deshalb nachteilig auf den therapeutischen Prozeß aus, weil es die freischwebende

Aufmerksamkeit des Therapeuten einschränkt und seine Beziehung zum Kind stört.

- Das Kind versucht den Therapeuten als Bundesgenossen gegen die Eltern (oder andere wichtige Bezugspersonen) zu gewinnen. Gibt der Therapeut der Bitte des Kindes um Intervention in Elternhaus (oder Schule) nach, agiert er in der Regel den Widerstand des Kindes mit: Anstatt den Konflikt analytisch durch Wiederholen, Erinnern und Durcharbeiten zu lösen, versucht er eine Lösung durch Veränderung in der Außenwelt. (Natürlich kann es auch einmal einen realen äußeren Konflikt geben, in den der Therapeut eingreifen muß. Doch sollte dem immer eine gründliche Gegenübertragungs-Analyse vorausgehen, um ein Gegenübertragungs-Agieren auszuschließen.)

Ein kasuistisches Beispiel zur Gegenübertragung in der Elternarbeit möchte ich lediglich kurz umreißen, da dessen ausführliche Darstellung mich zwänge, mehr Informationen über die betroffene Familie mitzuteilen, als es mit deren Recht auf Diskretion vereinbar schiene: Während der Therapie mit einem Kind, das in seiner Familie Projektionsträger für die unbewußten Todesängste beider Eltern war – eine Rollenzuschreibung, die besonders stark vom Vater ausging –, zögerte ich lange, den Vater (er lebte getrennt von Mutter und Kind) mit in die begleitenden Elterngespräche einzubeziehen. Ich meinte, meine guten Gründe dafür zu haben. Erst als ich mein Zögern als Gegenübertragungs-Widerstand aufgrund meiner eigenen Angst vor dem Tod erkannte, konnte ich meine „Gründe“ als Rationalisierungen verstehen und beide Eltern gemeinsam mit dem Thema „Tod“ konfrontieren. Zu meiner Überraschung kam daraufhin ein Prozeß in Gang, in dessen Verlauf die zutiefst zerstrittenen Eltern wieder miteinander ins Gespräch kamen, ihre Angst bei sich selbst erkennen und bearbeiten und so ihre Projektion auf das Kind offenbar zurücknehmen konnten, da dessen Angst danach schlagartig abnahm. Dies zeigt, daß auch in der Elternarbeit der Gegenübertragungs-Widerstand zu einem wirksamen therapeutischen Instrument werden kann, wenn seine Analyse gelingt.

### Summary

#### *Countertransference as a Therapeutic Instrument in Analytical Child Therapy*

In the process of psychoanalysis or psychoanalytical therapy countertransference plays a significant role: On the one hand still unconscious countertransference reactions of the therapist hinder the progress of the patient, especially when they lead to an acting-out of the countertransference resistance. On the other hand every analyzed countertransference reaction helps directly in understanding the patient and furthers of the process of therapy itself. This also applies to analytical child-therapy, which is demonstrated by means of some case histories.



### Literatur

- FREUD, S. (1910): Die zukünftigen Chancen der psychoanalytischen Therapie. In: Freud-Studienausgabe, Ergänzungsband, Frankfurt: S. Fischer, 1975. – FRIJLING-SCHREUDER, E. (1969): Übertragung und Gegenübertragung in der psychoanalytischen Kindertherapie. In: BIERMANN, G. (Hrsg.): Handbuch der Kinderpsychotherapie, Band 1, München: Reinhardt. – MOELLER, M. L. (1977): Zur Theorie der Gegenübertragung. *Psyche* 31, 142–166. – MÜLLER, E. (1976): Übertragung und Gegenübertragung in der analytischen Kindertherapie. In: BIERMANN, G. (Hrsg.): Handbuch der Kinderpsychotherapie, Ergänzungsband, München: Reinhardt. – RACKER, H. (1959): Übertragung und Gegenübertragung. Studien zur psychoanalytischen Technik. München: Reinhardt, 3. Auflage, 1988. – ZWIEBEL, R. (1977): Der Analytiker träumt von seinen Patienten. *Psyche* 31, 43–59. – ZWIEBEL, R. (1984): Zur Klinik der projektiven Identifizierung. Materialien zur Psychoanalyse und analytisch orientierten Psychotherapie. X, 111–129.
- Anshr. d. Verf.: Annegret Wittenberger, Korbacher Straße 245 D, 3500 Kassel.