

196

Paul Parin

Die Gegenübertragung bei verschiedenen Abwehrformen

Um einen Beitrag zur Theorie der psychoanalytischen Technik zu geben, gehen wir von der Abwehr des Patienten aus und von der Antwort, die der Arzt auf diese Mechanismen findet. *Hoffer* [24] beschrieb den Vorgang der Abwehr folgendermaßen: "In der gegenseitigen Übertragungsbeziehung, auf welcher die analytische Situation beruht, findet eine Art kontinuierlicher Anpassung zwischen den Partnern statt. ...Sehr wahrscheinlich kommt es zu einer Anpassung der Abwehrorganisation des Patienten auf die analytische Situation und auf den Endzustand: analysiert zu sein. Der Analytiker wird sich auf diesen Prozeß gerne einlassen, da er begierig ist, die Abwehr des Patienten nicht nur in einer historischen Perspektive zu sehen, wie sie nämlich dazu kam, das zustande zu bringen, was sie zustande brachte, sondern auch zu sehen, wie die Abwehr wirkt, wenn sie in Aktion ist."

Wenn wir die Abwehr des Patienten in Aktion studieren wollen, ist es ein sinnvolles Vorgehen, unsere eigene Antwort auf diese Abwehr ins Auge zu fassen, die sich als ein Widerstand des Ich bald gegen uns zu richten pflegt. *Anna Freud* [9] sagte 1953: "In den Abwandlungen des Agierens der Analytiker, in ihrem technischen Vorgehen, können wir neue Schlüssel für das systematische Studium von Charakter- und Persönlichkeitsstrukturen finden. Solche Bemühungen dienen eher dazu, unsere Arbeit zu vertiefen und intensiver zu gestalten, als bloß unser Tätigkeitsfeld zu erweitern." Gewiß haben diese Sätze nicht nur für neue, versuchsweise, technische Prozeduren der Psychoanalyse Geltung, sondern auch für das Verhalten des einzelnen Analytikers innerhalb der geltenden technischen Regeln.

Während bei der Technik der hypnotischen Exploration das Ich - zeitweilig - ausgeschaltet blieb, wird es bei der unseren nicht lange schweigen. Sobald, nach der Einigung auf die analytische Grundregel, Abkömmlinge des Es ins Bewußtsein drängen, wehrt sich das Ich, nach *Anna Freuds* [8] Worten "gegen die ihm aufgezwungene untätige Toleranz und mischt sich mit irgendeiner seiner gewohnten Abwehrmaßnahmen störend in den Ablauf der Assoziationen

* Nach einem Vortrag an der gemeinsamen Arbeitswoche der deutschen, schweizerischen und Wiener Psychoanalytischen Vereinigung in Salzburg im März 1959.

197

ein. - Der Analytiker hilft den Vorstößen aus dem Es. Das Ich wird in der Analyse überall dort aktiv, wo es einen Vorstoß des Es durch Gegenaktionen verhindern möchte." ..."Da . . .der Analytiker mit seinem persönlichen Einfluß für die Einhaltung der analytischen Grundregeln eintritt, ...richtet sich die Triebabwehr des Ichs auch als direkte Gegenwehr gegen die Person des Analytikers." Wir erkennen den Verdrängungswiderstand, der vom Ich ausgeht, und den *Freud* [14] als den ersten der fünf Widerstände angeführt hat. Erinnern wir uns daran, daß wir uns mit der Behandlung an das Ich des Patienten wenden, oder zumindest an den gesunden, kritischen, der Außenwelt zugewandten Teil seines Ich. Dieser führt ihn in unser Sprechzimmer, nimmt unsere Aussprüche und Deutungen wahr, prüft auch, was wir ihm sagen und - trotz unserer Aufforderung, die Zensur für die sich einstellenden Einfälle auszuschalten - meist das, was er uns zu sagen hat.

So wird verständlich, daß der Patient, noch bevor er seine unbewußten, infantilen Wünsche auf uns überträgt, zuerst die Abwehr, die er gegen die Realisierung dieser Wünsche aufgerichtet hat, auf uns überträgt. *Anna Freud* [8] meint: "Der Patient ist bereits aufrichtig, wenn er den Trieb oder Affekt in der einzigen ihm noch zugänglichen Form, nämlich in der entstellten Abwehrform, äußert."

Der Patient ist wie ein Regisseur, der ein Stück inszenieren will, seine Übertragungsneurose. Die Rollen sind in seinem Unbewußten aufgezeichnet. Er selbst hat darin einen wichtigen Part zu spielen und will den Analytiker gleichsam für verschiedene Rollen engagieren. Zur Verhandlung mit dem Analytiker schickt er aber vor jeder Szene immer wieder den Zensor, der das Stück gröblich bearbeitet und verändert hat, und der jeden einzelnen Satz, den die Akteure zu sprechen haben, zu prüfen und feindselig zu überwachen gedenkt.

Ja, man kann so weit gehen, wie unter anderem *Spitz* [42] es tut und sagen, daß der Analytiker dem Patienten für die Analyse gleichsam eine außen liegende Ich-Funktion leiht. Oder wie *Loewenstein* [28], der sagt: "Der Analytiker stellt für den Patienten ein zusätzliches, autonomes Ich dar, das besser imstande ist, als das seine, den verzerrenden Einflüssen der Abwehrmechanismen und der Triebansprüche zu widerstehen. Der Analytiker arbeitet mit seinen relativ intakten autonomen Funktionen, wenn man voraussetzt, daß diese nicht durch die Gegenübertragung gestört sind."

Die Gegenübertragung, hier etwas, was das Funktionieren des Ich des Analytikers stören könnte, wird als Begriff sehr verschieden gefaßt. *Solms* [41] sagt: "Die Gegenübertragung ist ... ein neurotisches Phänomen und darum auf jeden Fall schädlich." Damit knüpft er an die Umschreibung an, die *Freud* [12] 1910 gab, und die lautet: "Wir sind auf die ‚Gegenübertragung‘ aufmerksam geworden, die sich beim Arzt durch den Einfluß des Patienten

198

auf das unbewußte Fühlen des Arztes einstellt, und sind nicht weit davon, die Forderung zu erheben, daß der Arzt diese Gegenübertragung in sich erkennen und bewältigen müsse. Wir haben ... bemerkt, daß jeder Psychoanalytiker nur so weit kommt, als seine eigenen Komplexe und inneren Widerstände es gestatten ..." Davon leitet *Freud* die Forderung nach einer fortlaufenden Selbstanalyse des Analytikers ab.

Gegenüber dieser Auffassung fassen andere Autoren das Phänomen viel weiter, so *Paula Heimann* [22], welche Gegenübertragung "alle Gefühle" nennt, "die der Analytiker gegenüber seinen Patienten empfindet." Es gäbe allerdings innerhalb der Gegenübertragung förderliche Gefühle, wenn das Unbewußte des Analytikers das seines Analysanden versteht, oder störende, wenn der Analytiker selbst Abwehrmaßnahmen ausbildet. Zwischen diesen Meinungen gibt es alle Varianten. *Winnicott* [48] meint, man müsse neurotische Reaktionen ungenügend analysierter Analytiker von der "eigentlichen objektiven Gegenübertragung" unterscheiden, die der Analytiker -bestehend aus Liebe und Haß - als Antwort auf die wirkliche Person und das Benehmen des Patienten ausbildet. Dies wäre also das genaue Gegenteil der ersten Definition von *Freud* und jener von *Solms*. Auch *Nils Haak* [19] nennt in ähnlicher Weise das neurotische Verhalten des Analytikers zu seinem Patienten "Übertragung" und versteht unter Gegenübertragung nur die unverstellte, emotionelle Reaktion des Analytikers auf das Verhalten des Patienten und das von ihm vorgebrachte, analytische Material, besonders auf seine Übertragung. *Anni Reich* [36] spricht von einer chronischen und einer akuten Gegenübertragung, welche letztere auch als der "Agiertypus" der Gegenübertragung als spezifische Notfallreaktion eines Analytikers auftreten kann. Dies leitet über zu einer, vielleicht der aktuellsten, Anschauung, die der von *Winnicott* und von *Haak* gerade entgegengesetzt ist, die sich aber der ursprünglichen *Freudschen* Anschauung wieder annähert. *Gitelson* [17] betont, der Analytiker müsse, nach dem Ausdruck von *Th. Reik* [38], mit dem "dritten Ohr" ständig in sich hinein lauschen, sich weiter analysieren. Die Gesamteinstellungen zum Patienten entsprächen der Wiederbelebung alter Übertragungsmöglichkeiten des Analytikers, diese nenne man "Übertragungen", während Notfall-Abwehrreaktionen des Analytikers - keine Analyse sei schließlich vollständig - Gegenübertragungen genannt werden müssen. Als Beispiel führt er ein übertrieben "wohlwollendes Interesse" an, das der Analytiker bezeigt, wenn ein sonst gut gehender, schwerer Fall vor einer äußeren Schwierigkeit steht. Dieser Einteilung schließt sich *Hoffer* [24] an, dessen Umschreibung ich wiedergebe, weil sie mir für unsere Überlegungen die brauchbarste scheint: "Ich muß gestehen, daß ich in Verlegenheit wäre, müßte ich den Unterschied zwischen der Übertragung des Analytikers und dem, was man heute Gegenübertragung nennt, genau definieren ... Ich habe es so verstanden, daß die

199

Gegenübertragung mit der innerpsychischen Reaktion des Analytikers auf das vom Patienten gebrachte Material zu tun hat, und daß sie so das Verständnis des Analytikers beeinträchtigt, seine Reaktionen beeinflusst, ebenso wie schließlich seine Deutungen. Ich glaube, es ist berechtigt, zwischen der Übertragung und der Gegenübertragung des Analytikers zu unterscheiden. Diese bezieht sich auf seine Neigungen, eingeschlossen seiner Behinderung, das unbewußte Material des Patienten zu verstehen; während sich seine Übertragung auf die menschliche Wertschätzung und auf die Erwidern der realen Bedürfnisse des Patienten während der verschiedenen Phasen der psychoanalytischen Behandlung bezieht."

Ich glaube, wir sollten als Analytiker versuchen, alle unsere Reaktionen auf den Patienten zu erkennen. Die Gefühle sind unter unseren Reaktionen besonders wichtig, auch dort, wo sie für den Fortgang der Analyse nicht störend oder schädlich sind. Wo wir nur erraten können, *daß* wir dem Patienten Gefühle entgegenbringen, ohne zu sehen, *was für* Gefühle das sind, sollten wir versuchen, die Selbstanalyse weiterzuführen. Nehmen wir an, wir glauben dem Patienten verbieten zu müssen, mit einem Freunde über die Analyse zu sprechen. Unser Handeln, Agieren als Analytiker, könnten wir vor uns aber nur unklar begründen: Das könnte der Analyse schaden. Dann dürfen wir annehmen, unser Entschluß sei von einem uns unbekanntem Gefühl getragen. Die Selbstanalyse ergäbe, wir haben eine homosexuelle Eifersucht auf jenen Freund, dem wir die Gefühlszuwendung unseres Patienten nicht gönnen mögen. Wir werden das Verbot nicht aussprechen. Oder im gleichen Fall ergäbe die Selbstanalyse etwas anderes: Wir wünschen und begünstigen innerlich jene Freundschaft unseres Patienten, in der Hoffnung, er werde dort über uns schimpfen und dafür uns gegenüber so gefügig und höflich bleiben wie bisher. In diesem Fall haben wir durch die Selbstanalyse ein weiteres, vernünftiges Motiv für ein eventuelles Verbot gewonnen. Absichtlich habe ich als Beispiel eine deutliche aber nicht unmögliche Ausnahme von der üblichen analytischen Haltung gewählt. Ich wollte andeuten: Bei diesen ungewöhnlichen Entschlüssen sind unsere unbewußten Gefühle viel öfter mitverantwortlich als bei Deutungen, die wir geben.

Sie dürfen dieses Beispiel schlecht gewählt und schlecht durchgeführt finden. Sie können mir vorhalten: Der Analytiker habe mit seinem Verbot in jedem Falle die Übertragung seines Patienten gestört. Dieser hegte die infantile Erwartung, der Analytiker würde ihm, etwa wie es sein Vater zu tun pflegte, seine Vertraulichkeit mit dem Freunde verbieten. Der Analytiker habe gegen die Abstinenzregel verstoßen; er habe mitagiert und die infantile Erwartung befriedigt. Besser hätte er getan zu warten, hätte der Phantasie seines Patienten gestatten sollen, ihm die Rolle des Vaters voll zu übertragen. Dann erst hätte er ihm diese Übertragung deuten müssen. Ich muß diesem Einwand

200

recht geben. Die Übertragung unterdrückter, infantiler Wunschregungen auf die Person des Analytikers ist ein unentbehrlicher und unausbleiblicher Vorgang vom Beginn der Analyse an. Die uns zugeteilten Rollen der Objekte infantiler Triebregungen müssen wir übernehmen und durch unsere Deutung eine andere, tolerantere Verarbeitung dieser Triebwünsche ermöglichen. Ich erinnere daran, wie *Freud* [13] die Notwendigkeit der Ausbildung einer Übertragung des neurotischen Patienten auf den Arzt umschrieben hat: "Wessen Liebesbedürftigkeit nun von der Realität nicht restlos befriedigt wird, der muß sich mit libidinösen Erwartungsvorstellungen jeder neu auftretenden Person zuwenden, und es ist durchaus wahrscheinlich, daß beide Portionen seiner Libido, die bewußtseinsfähige wie die unbewußte, an dieser Einstellung Anteil haben." In neuerer Zeit ist der Anteil des Analytikers und der analytischen Situation bei der Ausbildung der vollen Übertragungsneurose - weniger deutlich bei einzelnen Übertragungsphänomenen - hervorgehoben worden. Für *Malcapine* [30], *Spitz* [42] und *Waelder* [44] ist die Übertragung ein Phänomen, das durch die analytische Situation hervorgerufen wird, oder dessen Entwicklung durch diese zumindest begünstigt wird. *Freud* hingegen faßte die Übertragung als ein ubiquitäres, psychisches Phänomen auf, das sich spontan einstelle und dessen Entstehung durch die Analyse bloß enthüllt werde.

Die Übernahme der Objektrollen und das Aushalten der damit verbundenen, oft heftigen Gefühle des Patienten wird große Ansprüche an unsere seelische Elastizität stellen. Das Erkennen und Ordnen des Materials aus den verdrängten Bereichen der frühkindlichen, perversen Sexualregungen und Aggressionen wird voraussetzen, daß wir keine Skotome in unserer eigenen Person aufkommen lassen. Beides wird durch Regungen der Gegenübertragung leicht einmal gestört werden. Gar erst die Deutung unserer Rollen, der Übertragungsneurose, wird neben Klarheit und Toleranz von uns noch verlangen, daß wir die phantastischen Verkleidungen, die der Patient uns zusprach, auch wieder ablegen können. Unsere Sicherheit dabei wird durch Gefühle der Gegenübertragung leicht zu erschüttern sein.

Die Übertragung prägenitaler, narzißtischer, triebhafter Bedürfnisse des Patienten auf den Analytiker, so wird unter anderem von *Gitelson* [17] hervorgehoben, ist häufig die Quelle einer störenden Gegenübertragung. Anscheinend sind wir auch bei einer gründlichen Durcharbeitung des eigenen Ödipuskomplexes nicht immer gut gerüstet, diesen, aus früheren Entwicklungsstufen der Libido stammenden Wünschen zu begegnen, ohne mitzuguieren. Zahlreiche Beispiele wenig gut begründeter aktiver Maßnahmen und Techniken, denen wir da und dort begegnen, machen den Eindruck, daß sie mehr dem Schutz des Analytikers vor solchen Ansprüchen oder Versuchungen dienen, als der Aufdeckung unbewußter Strebungen des Patienten.

201

Ich scheine an unserem Thema vorbeigegangen zu sein, indem ich von der Reaktion des Analytikers auf die ihm zuteil werdenden Übertragungsrollen gesprochen habe und ein Stück weit dem Einwand gefolgt bin, man hätte in jenem Verbot an den Patienten, mit seinem Freunde über die Analyse zu sprechen, die Entwicklung und Deutung eines Teiles der Übertragungsneurose gestört.

Ich tat es, weil unser Thema - theoretisch - im Verlauf der Kur früher in Erscheinung tritt. Die Übertragung der Abwehr wird *vor* der Übertragung der verdrängten infantilen Wünsche auftreten, der Verdrängungswiderstand vor dem Übertragungswiderstand. Natürlich kann sich die zeitliche Folge im Verlauf einer Analyse umkehren, können libidinöse Wünsche, scheinbar ohne Abwehr von seiten des Ich des Patienten, übertragen werden, z. B. um eine andere "gefährlichere" Übertragung nicht zuzulassen. Es scheint mir aber gerechtfertigt, unser Augenmerk auf jenen Punkt zu richten, von dem *Hoffer* [24] sagt: "Die analytische Situation bringt den Analytiker wirklich in viele, und wie wir aus Erfahrung wissen, verlockende Situationen, in denen ihn sein Patient zum Zeugen (oder Zuhörer), aber noch nicht zum Objekt seines Bedürfnisses macht, bedeutsame Erlebnisse seiner vergangenen Kindheit wiederzubeleben." *Bergler* [4] meint, jeder Patient erwarte vorerst in der Analyse sein neurotisches Gleichgewicht zu stabilisieren, "seine Neurose zu verbessern"; er wünsche seine Schuldgefühle zu eliminieren und zu reduzieren und seine inneren Abwehrmechanismen zu stärken. Dabei werden wir auf eine harte Probe gestellt. Die Abwehr des Patienten, der Widerstand, und als solcher äußert sich seine Abwehr, pflegt unsere Geduld und unser Gleichgewicht mehr zu belasten als seine infantilen Wünsche. Unser Narzißmus wird sich geltend machen. *Ferenczi* [7], *Rank* [35], *Glover* [18] und *Fenichel* [5] haben bereits hervorgehoben, daß sich narzißtische Bedürfnisse und die narzißtische Abwehr des Analytikers gegen seine eigenen Ängste in der Regel weit störender bemerkbar machen als seine libidinösen Bedürfnisse. Und *Glover* [18] bemerkt einigermaßen bitter: "Nichts ist leichter für das bewußte Ich des Analytikers als seine Gegnerschaft, die durch die Abwehr des Patienten geweckt wird, zu unterdrücken - und für sein unbewußtes Ich, diese zu verdrängen." Dazu sagt *Anna Freud* [8]: "Diese lohnenderen Deutungsversuche ...bringen aber die meisten technischen Schwierigkeiten mit sich, die zwischen Analytiker und Patient entstehen. Der Patient empfindet Übertragungsreaktionen der zweiten Art" (von Abwehr nämlich) "nicht als Fremdkörper. Das ist bei dem starken Anteil, den das Ich - wenn auch das Ich früherer Jahre - an ihrem Zustandekommen hat, nicht weiter verwunderlich. Der Patient ist von dem Wiederholungscharakter dieser Äußerungen nur schwer zu überzeugen. Die Form, in der sie in seinem Bewußtsein auftauchen, ist ich-gerecht."

202

An einer Konstruktion möchte ich zeigen, wie weit wir bis jetzt gekommen sind. Eine Patientin, die an einer Hysterie leide, seit sie eine Liebesversagung erlebt hat, komme zu einem Analytiker in Behandlung. Sehr bald zeige und gestehe sie diesem ihre Verliebtheit. So sehr der Analytiker sich auch bewußt ist, wie sehr diese Verliebtheit dazu dient, weitere Mitteilungen, z. B. solche über Gefühle der Enttäuschung und des Hasses, zu verbergen, behaupte die Patientin, sie wisse nichts von alledem: Sie liebe eben ihn, und nur der Besitz seiner Person könne sie heilen; Leid kenne sie keines mehr; er habe es in der Hand, sie glücklich zu machen, indem er in ein Liebesverhältnis einwillinge. Auch wenn es uns relativ leicht ist, zu erkennen, daß die Patientin uns als Ersatz für den ungetreuen Geliebten genommen hat, und daß sie Eigenschaften an uns bemerkt, daß sie Liebes-Erwartungen und Angst vor Enttäuschung und daraus sich ergebende Wut an uns heftet, die seinerzeit auf der Höhe des ödipalen Konflikts ihrem Vater galten - auch dann werden wir noch Schwierigkeiten zu überwinden haben. Die Patientin erwartet von uns, wir sollten skotomisieren, verdrängen, wo sie es tut. Wir deuten. Sie versteht uns nicht. Wir geben uns alle Mühe, ihr zu zeigen, wie wenig sie uns schätzen muß, wenn sie unserer Bemühung jeden Erfolg, unseren Worten jede ernsthafte Erwägung versagt. Sie versichert, die rückhaltlose Hingabe ihrer Person sei der beste Beweis für die Eindeutigkeit ihrer Gefühle - ohne die von uns vermuteten Einschränkungen. Wir zeigen ihr, wie sie uns in die Lage bringt, sie wiederum enttäuschen zu müssen, wie der Geliebte und der Vater es schon taten. Sie findet, wir müßten dies gar nicht tun und zieht nur unsere Kühnheit in Zweifel. Fühlen wir uns weiter imstande, unsere Machtlosigkeit zu ertragen? Läge es nicht nahe, die Verdrängungen der Patientin zu teilen, die Abwehr bestehen zu lassen? Oder werden wir in aggressiver Art beginnen, an der Intelligenz unserer Patientin zu zweifeln? Kurz: Es ist die einfachste Form, den Schwierigkeiten zu entgehen, die uns die Patientin macht, ihren Widerstand mitzumachen: ebenfalls zu verdrängen. Unser Skotom schützt uns vor ihr - aber auch ihre Neurose vor der Analyse. Wir halten fest, daß die Übertragung libidinöser Wünsche und mit ihnen verknüpfter Aggressionen dadurch nicht verhindert worden ist.

Anstatt eine notwendigerweise unvollständige Aufzählung zu versuchen, will ich nur einige typische Beispiele erwähnen. Die Gegenübertragung kann sich bei jeder Form der Abwehr störend geltend machen. Die Verdrängung des Affekts, das Intellektualisieren, ist unrühmlich bekannt durch mißglückte Analysen, in denen sich der Analytiker, dessen Ich von den eigenen Affekten eine Erschütterung befürchtete, auf ein affektloses, intellektuelles Verfahren in Identifikation mit der Abwehr des Patienten einließ.

Oder denken Sie an die Behandlung eines Patienten, dessen übergroße Milde und Freundlichkeit sich als Reaktionsbildung gegen abgewehrte Aggressionen

203

zu erkennen gibt. Erkennt der Analytiker die Natur dieser Güte und deutet die Abwehr kann es geschehen, daß sich bald die ersten, oft indirekten Angriffe gegen seine Person richten. Bleibt ihm dies unbewußt, werden zur Antwort seine eigenen Aggressionen wachgerufen. Sofern der Analytiker darauf ebenfalls überfreundlich und milde wird, hat dies zwei wichtige Folgen: Der Patient wird seine Reaktionsbildungen verstärken müssen; gegen diesen milden Gegner kann er nicht böse auftreten. Der Analytiker wird seine eigenen Gegenaggressionen, die er durch die gegenteilige Gefühlsströmung ergänzt und überschichtet hat, immer schwerer wahrnehmen. Scheinbar tun beide das gleiche. Hier identifiziert sich aber nicht etwa der Analytiker mit der Abwehr seines Patienten. Die freundlichen Gefühle des Patienten werden immer ambivalenter, weisen schließlich eine heftige Untermischung mit Aggression auf. Dadurch wird der Analytiker eigene Gegenaggressionen wahrnehmen, die er mit einem bereitliegenden Abwehrmechanismus seines Ich zu bekämpfen trachtet.

Ein anderer Patient wehrt seinen grausamen, tödlichen Haß gegen seinen Vater dadurch ab, daß er vom Analytiker "Gefühlsnahrung", "emotional food", gierig verlangt. Allein gelassen, ist er krank und elend, in der Stunde aber begierig aufzunehmen. Er liegt auf dem Bauch und saugt meinen Anblick mit den Augen in sich ein. Jedes Wort, jede Deutung, die ich ausspreche, kostet er nach, indem er sie leise genießerisch nachplappert, sich auf den Rücken legt und selig und müde lallend das Gesagte mit dazu passenden Einfällen wie mit Speichel umgibt, sie verdaut. Natürlich muß ich ihm immer wieder etwas gewähren. Wenn ich das nicht tue, wird er tief unglücklich, krank und verzweifelt. Bis zur nächsten Stunde kann er dann zwei bis drei Ärzte konsultieren, ihnen klagen, wie ich, sein Arzt, ihn ohne Hilfe lasse, um dann in der nächsten Stunde unter Selbstanklagen und Weinen anzudeuten: Seiner Krankheit gegenüber sei ich machtlos, bei all meiner Aufopferung und Güte hätte ich selber ja gebundene Hände, er kenne ja die strengen Regeln der psychoanalytischen Kunst, an die ich gebunden sei. Die Versuchung ist groß, dem Verzweifelten aus bewußtem Mitleid immer wieder die so tröstliche Wortnahrung zu geben - und Worte sind dem Genügsamen ja Stillung aller seiner Leiden. Man kann es meinem Bestreben zugute halten, mich vor dem vernichtenden Urteil zahlreicher Kollegen und vor der kränkenden Bloßstellung meiner geringen Macht bewahren zu wollen, wenn ich die Abwehr mitmache, in der Gegenübertragung mitagiere, bis ich es wagen werde, Stunde um Stunde "weniger" zu geben. Als ich dies endlich tue, zeigt mir ein ernst gemeinter Mordplan, den der Patient gegen mich schmiedet, daß ich in der Gegenübertragung Ängste um die eigene Person mit meinem gebenden Mitleid abgewehrt und unbewußten Triebanteilen der Selbsterhaltung gefolgt war. Jetzt erst konnte ich auch den genaueren Sinn jener oralen Bedürftigkeit, den der Abwehr des Vaterhasses, erraten. Der

204

Abwehrmechanismus des Patienten hatte mir geholfen, mein narzißtisches Gleichgewicht zu bewahren. Die Gegenübertragung sublimierter, oral gebender Modalitäten entsprach der Tiefe der Regression, dem Abwehrmechanismus des Patienten, aber keineswegs der Natur der abgewehrten Partialtriebe. Gegen Ende der Analyse einer Patientin, die einen Zwangscharakter aufwies, und deren unbewußte Hoffnung, doch noch einen Penis zu bekommen, pathogen gewirkt hatte, war dieser Wunsch scheinbar aufgegeben worden, als sie die Deutung annahm, sie erhoffe von der Analyse, daß sie doch noch einen Penis erhalten werde. Doch stellten sich einige, wenig auffallende Symptome ein, die jeder Deutung trotzten, deren Heilung sie nach dem bisher Erreichten mit Sicherheit erwartete - ebenso wie der Analytiker es tat. Erst nach einer langen Zeit erfolgloser Bemühungen bemerkte ich, daß ich mir eine magische Allmacht zugeschrieben hatte, die Patientin ganz zu heilen, sie "ganz" zu machen. Auf das Trauma bzw. die narzißtische Kränkung der Deutung ihres Peniswunsches hin war sie in eine magische Denkform regrediert, hatte folgende Abwehr mobilisiert: Ich verzichte auf das Erwünschte, erteile aber, selbst allmächtiger als die Natur dem Arzte die Gewalt, mir das Ersehnte zu geben, erspare mir so letztlich doch die Kränkung. So viel Allmacht, zugeteilt von einer bewußt vertrauensvollen und sich dem Verzicht klaglos unterwerfenden Patientin, mobilisierte meinen kindlichen Größenwahn und ließ mich meine in Wirklichkeit ohnmächtigen Bemühungen lange fortsetzen. Erst als ich mir eingestand, *ich* könnte ihre Symptome doch nicht heilen, das müsse sie selber bewerkstelligen, und ihr die Deutung gab, sie teile mir zu viel Macht zu, kamen Phantasien zu Bewußtsein, daß sie über mich und über ihre eigene Natur siege. Die Restsymptome heilten. Das Gefühl der Leere und Enttäuschung, das sie und mich jetzt beschlich, ließ erkennen, wie sehr die Abwehrform der Regression in prälogische Bereiche auf die Gegenübertragung als Verführung wirken kann. Im Primärprozeß fühlen wir uns tatsächlich mächtiger als in der am besten gehenden Analyse. Aus dieser Musterkarte hebe ich den Sinn der Beispiele nochmals hervor: Die zuerst erwähnte hysterische Patientin verdrängt den minusambivalenten Anteil der Triebwünsche - in der Gegenübertragung zeigt sich die identifikatorisch nachgemachte Verdrängung. Der intellektualisierende Patient verdrängt seine Affekte - der Analytiker reagiert phobisch, er vermeidet durch Rückzug die Mobilisierung der eigenen Affekte. Der übergütige Zwangscharakter wehrt die Aggressionen durch eine Reaktionsbildung ab - der Analytiker bildet den gleichen Mechanismus aus, um einen unverhüllten Einbruch seiner Gegenaggressionen zu verhindern, die durch das ambivalente Verhalten des Patienten mobilisiert worden waren. Die Regression auf orale Bedürftigkeit des nächsten Patienten wehrt den Vaterhaß ab, während der Analytiker sich durch eine

205

Regression auf orales Schenken vor einem Angriff von außen zu bewahren versucht. Schließlich die Zwangskranke: Sie regrediert in magische Allmacht, um ihren Wunsch doch noch zu verwirklichen oder das Kastrationserlebnis ungeschehen zu machen und projiziert diese Allmacht auf den Analytiker; dieser introjiziert diese Projektion zur Abwehr seiner eigenen Ohnmacht, der Kastration auf magischer Stufe.

Die Abwehr, der wir während der Analyse im Ich unserer Patienten begegnen, kann gegen *Affekte*, gegen *Triebregungen* oder gegen *Forderungen* des *Überich* gerichtet sein. Diese Ordnung kann uns nur ganz grob zeigen, zu welchen Gegenübertragungen wir in jedem Falle neigen mögen. Die Abwehr gegen die unverhüllten Affekte, jene Störenfriede in unserem ruhigen Analysezimmer und bei unserer geistigen Klarheit, werden wir selbst gerne mitmachen. Die Abwehr gegen Triebregungen, die sich als Verdrängungswiderstand und in den bekannten übrigen Formen äußert, wird, gerade wo sie lückenhaft ist, in uns selber Trieb- gefahren heraufbeschwören, gegen die wir nach den Gesetzen unserer persönlichen Neurose reagieren könnten; wo sie aber nicht lückenhaft ist, wird unsere Ausdauer von der Gefahr einer narzißtischen Kränkung bedroht werden, welche wir ebenfalls nach der uns jeweils naheliegenden Weise wettzumachen versuchen könnten. Die Abwehr gegen einzelne Forderungen oder Anteile des *Überich*, die bei schweren Charakterneurosen und sogenannten psychopathischen Persönlichkeiten hervortritt, und die als "Isolierung" bei Zwangskranken eine Rolle spielt, wird eine besondere Toleranz und Elastizität von uns fordern, damit wir nicht der abgewehrten Moral des Patienten mit der unseren auf die Beine zu helfen versuchen, sondern ihm die Abwehr der seinen geduldig deuten können. Besonders *Hartmann* [20] und *Anna Freud* [10] haben darauf hingewiesen, daß man nicht die gesamte Ichorganisation mit der Abwehr gleichsetzen darf. Andererseits dürfen wir die Abwehrvorgänge, und hier zitiere ich *Hoffer* [23], "keineswegs als plötzliche, spontane Bildungen, als Ausflüchte, die das Ich nimmt, betrachten. Sie haben eine bestimmte Richtung - gegen das Innere, und ein bestimmtes Ziel, die Vermeidung von seelischem Schmerz." Es sind eingefahrene, automatisch oder zwanghaft funktionierende Bildungen; insofern ist der Name von Mechanismen gerechtfertigt. Das Wort "Abwehr" bedeutet den Vorgang, das Funktionieren; das Wort "Abwehrmechanismus" das bereit liegende Funktionssystem. *Freud* [11] verglich sie sogar mit den Reflexen des Nervensystems. Ich zitiere: "Die Abwehrvorgänge sind die psychischen Korrelate des Fluchtreflexes und verfolgen die Aufgabe, die Entstehung von Unlust aus inneren Quellen zu verhüten; in der Erfüllung dieser Aufgabe dienen sie dem seelischen Geschehen als eine automatische Regulierung, die sich schließlich allerdings als schädlich herausstellt." Charakterzüge sind als erstarrte Abwehr,

206

als ständig funktionierende Abwehrmechanismen aufzufassen. Im Ausdruck "Charakterpanzerung", der von *W. Reich* [37] stammt, ist ihre innere und äußere Unbeweglichkeit betont. Diese permanenten Abwehrformen, nach *Anna Freud* [8] "Rückstände ehemals sehr aktiver Abwehrvorgänge", treten dort in den Vordergrund, wo vorerst überhaupt kein lebendiger Kampf zwischen Ich und Affekt mehr zu finden ist.

Bei den neurotischen Charakterzügen treten zwei Momente hervor, die eine pathologische Ausbildung der Gegenübertragung hervorrufen können: Einmal wird der Gesamtcharakter auf die Sympathie oder Antipathie des Analytikers einwirken. Er kann dieser oder jener der eigenen Übertragungsfiguren aus seiner kindlichen Vergangenheit begegnen. Er wird seltener im Beginn einer Analyse verführt sein, unbemerkte Teilübertragungen auszubilden. Er wird aber, um einen bestimmten Charakterzug seines Patienten überhaupt ertragen zu können, einen Teil seiner Restneurose analysieren müssen. So habe ich bei einer Kontrolle erlebt, daß der andauernde, ungerichtete, stereotype, lächelnde Hochmut eines Patienten den jungen, männlichen Analytiker in völlige, ängstliche Lähmung brachte. Sein älterer Bruder, der schon während seiner frühen Kindheit das Haus verlassen hatte, war ihm ebenso erschienen. An diese Züge war ein guter Teil der negativen Vaterübertragung des Analytikers geheftet geblieben. Sein Vater war ihm, im Gegensatz zum Bruder, weich und zugänglich erschienen. Die Aufteilung der Vaterübertragung war in der Lehranalyse nicht in Erscheinung getreten, störte aber die Beziehung zu diesem Patienten aufs heftigste.

Zweitens sind solche Charakterhaltungen wegen ihrer vorerst nicht durch - schaubaren, unpersönlichen, nach innen wie außen unlebendigen Art eine Belastung für narzißtische Bedürfnisse des Analytikers. Nur wer für lange Zeit auf jede Erfolgsbefriedigung von seiner Arbeit verzichten kann, darf erwarten, daß er dabei keine schädliche Gegenübertragung ausbildet. Ich erwähne das masochistische Sichabplagen an der Hartnäckigkeit des Patienten, das sadistische Schweigen oder das sadistische Eindringen auf immer die gleiche Abwehr, den narzißtischen Rückzug des Analytikers in das Hochgefühl seiner Normalität (jenem gegenüber), seiner eigenen Toleranz und seiner Ausdauer.

Ganz ähnlich wie die erstarrten Abwehrmechanismen einer typischen Charakterpanzerung machen sich unersättliche, infantile, libidinöse Wünsche manchmal stereotyp und während langer Zeit unverändert geltend. *Stern* [43] betont, daß dieses Phänomen dadurch zu erklären ist, daß sie die Bedeutung einer Abwehr haben. *Stern* zitiert einen Patienten, der sagt: "Sie weisen mich zurück! Gemessen an den Forderungen, die ich stelle, *muß* ich zurückgewiesen werden." Der von mir oben erwähnte, oral abhängige Patient gehört hierher. Das konstant den Abwehrmechanismus

deutende Verhalten, wie es bei den eigentlichen Charakterwiderständen am Platze ist, kann hier, wenn man es erschreckt durch

207

solche Unersättlichkeit, anwendet, gerade die schädlichste Form der Gegenübertragung darstellen. Bei *Sterns* Patient wird man vermeiden müssen, so zu deuten, daß er die wiederholte Deutung als Zurückweisung auffassen könnte.

Während bestimmte Abwehrmechanismen oder eine Bevorzugung der einen vor der anderen Form der Abwehr für bestimmte Neuroseformen charakteristisch sind, *kann von einer Spezifität der Gegenübertragungsreaktionen auf die jeweilige Abwehrform des Patienten nicht gesprochen werden*. Selbst wenn man jedem Patienten nur eine Haupt- und eine Nebenform von Abwehr zuschreibt und jedem Analytiker auch nur zwei spezifische Gegenübertragungen, die in nichts anderem als Gegenabwehr bestünden, wird bei Annahme von zehn diversen Abwehrmechanismen eine einfache mathematische Überlegung zeigen, daß wir von spezifischen Zuordnungen eine viel zu große Zahl von Möglichkeiten - also nichts - erwarten dürfen. Es ist auch bei weitem nicht so, daß ein einzelner Analytiker mit den entsprechenden Abwehrmechanismen verschiedener Kranken immer die gleiche Gegenreaktion zeigen wird. Wir müssen vielmehr die Aufmerksamkeit auf unsere eigene Reaktion gegenüber der Abwehr des Patienten richten, und in jedem einzelnen Fall eine störende Gegenübertragung analysieren.

Ein zwanghaft reagierender Analytiker, der einen Patienten ähnlicher Struktur behandelt, kann sich mit diesem identifizieren, den Affekt, der diese Identifizierung stören könnte, isolieren, wie es der Patient mit dem seinen gemacht hat. Der gleiche Analytiker kann, von einem anderen Patienten mit hysterischen Zornausbrüchen angefallen, die Neigung zu einer sadistischen Gegenaggression verspüren, diese aber durch die Reaktionsbildung besonders liebenswürdigen Verhaltens abwehren. Im ersten Fall Identifikation und Isolierung - im zweiten Regression und Reaktionsbildung. Der Analytiker, der beide Male kühl und freundlich bleibt, weist doch ganz verschiedene Mechanismen an Gegenübertragung auf, die nur aus der Analyse, die von der gegenwärtigen Situation in die Abwehr des Patienten ausgeht, aufgeklärt werden können. Sicher kann man die Faustregel, die *Glover* [18] in seinem Buch gibt, welche er allerdings selber relativiert, *nicht* verallgemeinern. Sie lautet: "Der Gegen-Widerstand des Analytikers wird (abgesehen von Unterschieden im Charakter, Temperament und Symptomwahl, die zwischen ihm und seinem Patienten bestehen mögen) in irgendeiner gegebenen Situation den Widerständen des Patienten ähnlich, und auch etwa ähnlich stark sein."

Bestimmte typische Signale, die unsere Aufmerksamkeit auf die Gegenübertragung lenken sollten, kann ich nach *Glover*, und diesen ergänzend, aufzählen.

- Wenn wir wahrnehmen, daß wir stereotyp reagieren oder reden ;
- Wenn wir unser Schweigen oder Reden nicht gut analysiert erklären können; - Wenn wir uns nicht erklären können, warum der Patient immer noch in Schwierigkeiten ist;

208

- Wenn wir den Patienten zu viel erklären, unsere eigenen unbewußten Wünsche so etwa bei ihm entschuldigen;
- Wenn wir zu selten deuten;
- Wenn wir eine zu beflissene Beistimmung mit den bewußten Meinungen und Ansichten des Patienten verspüren oder äußern.

Häufige Triebquellen unserer Gegenübertragung sind das Ansprechen unseres abgewehrten Sadismus (in der objektalen oder identifikatorischen Beziehung zum Patienten) und die Mobilisierung unbewußter homosexueller Regungen. Beide gefährden den Fortschritt häufiger als z. B. heterosexuelle Liebesübertragungen des Analytikers. Beide können ebenso durch die Abwehr des Patienten wie auch durch seine direkte, unbewußte Verführung in Gang gebracht werden.

Um nicht ausschließlich die hemmenden Formen der Gegenübertragung als Antwort auf die Abwehr unserer Patienten zu betonen und wie *Kassandra* vor Unausweichlichem zu warnen, will ich noch versuchen, zum Umgang mit der Abwehr etwas Positives zu sagen. Gewiß nichts Erschöpfendes, aber Dinge, die mir wichtig scheinen. Entdecken können wir die Form und Stärke der Abwehr durch Einfühlung; durch Identifikation mit einem Teil des Ich des Patienten, die wir wieder zurücknehmen, um sie zu betrachten. Dann erst, wenn man sie erkannt und dem Patienten vorgestellt hat, kann man sie deuten. Viele Patienten wollen den Analytiker ausprobieren, ob er verlässlich ist, wieviel Geduld und Toleranz er aufbringt, wieviel Frustrationen er erträgt. Hier dürfen wir nicht enttäuschen, dürfen ruhig mit der Deutung warten, zu verstehen geben, daß wir die Abwehr verständlich finden und uns weiter prüfen lassen. Haben wir die Prüfung mit Erfolg bestanden, können wir dies daran merken, daß der Patient nun seine nur vorsichtig oder beiläufig gegebene Deutung seiner Abwehrform, die sich eben noch so hartnäckig wiederholte, ohne weiteres annimmt. *Nils Haak* [19] und *Glover* [18] weisen auf Patienten hin, die weitergehen als jene, die nur unsere Verlässlichkeit ausprobieren: Solche, die uns richtige "Gegenübertragungsfallen" stellen. Man kann etwa erleben, daß ein Patient, ohne ersichtlichen Grund für den Wechsel, nacheinander die verschiedensten ihm zur Verfügung stehenden Formen der Abwehr überträgt, bis der Analytiker auf eine bestimmte Form der Abwehr in der

Gegenübertragung inadäquat reagiert. Dann aber bleibt er bei dieser. Der Patient scheint so seinem Bedürfnis nach Abwehr zu genügen, den Analytiker, oder vielmehr einen abwehrenden Teil des Ich desselben, seinem Bedürfnis anzupassen. Unter diesem doppelten Schutz wagen sich infantile Ängste heraus, werden übertragen, geäußert. Der nächste notwendige Schritt ist dann, die eigene Gegenübertragung zu entdecken und zurückzunehmen. Erst nach der teilweisen Deutung und Bearbeitung jener besonders abwehrbedürftigen Gefahren wird es tunlich sein, die Abwehr des Patienten selbst zu deuten.

209

Bei der Deutung der Abwehrmaßnahmen müssen wir oft eine Auswahl treffende *Saussure* [39] hat darauf hingewiesen, daß man die progressiven Abwehrmechanismen bestehen lassen und nur die regressiven angreifen soll, weil diese erst den Zugang zu den Konflikten der Kindheit eröffnen, während die ersten ja einen notwendigen Anteil des gesunden Ich darstellen. Gemeint ist damit, daß wir z. B. bei einer Zwangsneurose die Reaktionsbildungen und das Isolieren angehen sollen. Phobische Haltungen, Angstvermeidungen und Ängste, die danach regelmäßig aufzutreten pflegen, sind ein Fortschritt gegenüber der früheren Abwehrform. Diese sollten wir vorerst bestehen lassen. Das Studium und die erfolgreiche Deutung der Abwehrmechanismen bei anderen Patienten, oder auch während des bereits abgelaufenen Teiles der gleichen Analyse können uns dazu verführen, Abwehr ohne Rücksicht auf die Gefahrensituation zu deuten, die dadurch entsteht. *Hoffer* [23] hat gesagt, daß manche Patienten eine bestimmte Form der Abwehr während langer Zeit benötigen. Die von *Anna Freud* beschriebenen Fälle sind hierfür Beispiele, bei denen jede Herstellung einer Gefühlsbeziehung als emotionelle Hörigkeit (emotional surrender) gefürchtet, mit Kälte und Aggression abgewehrt wird. Vorzeitige Deutung dieser durchschaubaren und für den Analytiker belastenden Abwehr würde zu Chaos, Abbruch der Analyse oder psychotischer Selbstaufgabe führen. Während einer Analyse werden neue Abwehrformen wirksam und übertragen, die früher unwirksam oder gar hilfreich waren. Sie werden leicht übersehen, da unsere eigene Abwehr sich der bekannten Form angepaßt hat. Wir müssen sogleich unsere wohlinstallierte Gegenübertragung auf die altbekannte Abwehr analysieren, um die Neuen überhaupt bemerken zu können. Nicht nur der Wechsel von einer Abwehrform zu einer neuen, auch das plötzliche Wiederauftauchen einer durch die Analyse scheinbar überwundenen Abwehr kann uns lähmen, wohl wegen der Enttäuschung, der narzißtischen Kränkung, in unserem therapeutischen Ehrgeiz oder im identifikatorischen Gesundungswillen erfolglos zu sein. Am einfachsten ist es, wenn wir uns erinnern, wie wir das erstemal dieser gleichen Abwehr begegnet sind. Das wird unsere Kränkung wettmachen und einen Zugang zu unserer Gegenabwehr geben. Die Abwehrformen, welche sich zu Beginn der Analyse zeigen, rufen eine Gegenübertragung

hervor, die besonders sorgfältig analysiert werden sollte. Wieweit uns das gelingt, wird oft für unsere Gesamteinstellung zum Patienten maßgebend sein. Wir haben reichlich Zeit dazu, während der, nach allgemeiner Ansicht, zu Beginn ohnehin gebotenen Zurückhaltung. Daraus ergibt sich ein praktischer und ein theoretischer Vorteil. Der erste liegt darin, daß wir einem vorzeitigen Auftauchen unbeherrschbarer Angst durch Zusammenbruch einer nötigen Abwehr oder einer Verstärkung der Abwehr gegen die sich anmeldende Übertragung, kurz einem plötzlichen Abbruch der soeben begonnenen Analyse, rechtzeitig begegnen

210

können. Der theoretische Vorteil liegt darin, daß wir die Gegenübertragung synchron mit der Schichtung der Abwehrmechanismen des Patienten aufzudecken beginnen, und uns in der Introspektion ein zweites Beobachtungsfeld, neben dem der Äußerungen des Patienten, sich eröffnet.

Gegen Ende der Analyse tauchen häufig zwei Abwehrformen auf. Der Patient ist narzißtisch gekränkt. Er nimmt wahr, daß er seine bunten und erregenden Symptome verliert. Er kommt sich vor wie ein abgeräumter Christbaum. Der Analytiker wird manchmal entdecken müssen, daß er einem ganz normalen, ja mittelmäßigen Menschen, der einem alltäglichen Schicksal unterworfen ist, seine ganze Mühe gewidmet hat - nur im regressiv belebten Primärvorgang war uns der Patient unheimlich begabt und von besonderen Kräften und Ängsten durchströmt erschienen. Sobald wir unsere eigene Enttäuschung überwunden haben, können wir die des Patienten deuten. Zweitens wird in der Endphase klar, welche magisch-praelogische Beziehung zwischen Patient und Arzt bestanden hat. Ohne diese Regression, die dem Analytiker Allmacht zuspricht, wäre es wohl gar nicht möglich gewesen, ihm so viel zu vertrauen. Da merken wir oft, daß wir eine ähnliche Belebung der infantilen Allmacht als Gegenübertragung, schön verborgen hinter unserer Bereitschaft zu helfen, festgehalten haben. Der innere Verzicht auf diese Magie ermöglicht uns die Deutung der magischen Reste der Übertragungsneurose. Die Gegen-Abwehr des Analytikers ist keineswegs ein abnormes oder gar immer schädliches Phänomen. *Winnicott* [48] hat sogar betont, daß unsere Fehler in dieser Hinsicht für Patienten mit tiefen, d. h. frühen Schädigungen der Ichbildung oft die einzige Möglichkeit der Korrektur darstellen. Bei ihnen haben (in der Phase der primären Identifikation des Kindes mit der Mutter) die frühen Versagungen oft dazu geführt, daß das Ich des Primärprozesses durch ein anderes unechtes Ich ersetzt, aber nicht aufgegeben wurde. In der Psychoanalyse entwickeln sich Zustände tiefer Abhängigkeit, in denen der Primärprozeß wieder in seine Rechte tritt. Eine Nachentwicklung dieses an Versagungen gescheiterten, bis dahin verborgenen Ich wird gerade an den Fehlern möglich, die der Analytiker -

gemessen an den Erwartungen des Patienten - unvermeidlich machen wird. Der Ärger des Patienten über die "Fehler" des Analytikers ist eigentlich eine primäre Wut. Man muß herausfinden, welches der Fehler ist, den man gemacht hat, und diesen mittels der Worte des Erwachsenen mit den Erwartungsvorstellungen des Patienten konfrontieren. - Gerade hier wird oft ein großer Irrtum des Analytikers unbeachtet bleiben und ein relativ kleines Versagen heftige Reaktionen auslösen." Es gibt Äußerungen unserer Gegenübertragung, die sich so weit oder so lange breit gemacht haben, daß sie die Abwehr des Patienten verstärken oder ihn zu neuen Formen der Abwehr zwingen. Bei erwachsenen Patienten bleibt nur ein Mittel: Wir deuten dem Patienten unsere eigene eventuell neurotische Gegenübertragung

211

und erklären ihm unsere Abwehr. Nach der Zusammenstellung von *Orr* [34] wird dies von zahlreichen Analytikern als das Mittel der Wahl in schwierigen Situationen empfohlen. Manche gehen so weit, zu behaupten, und ich zähle mich dazu, daß ein solches Eingestehen der Gegenübertragungsaktionen ein wertvolles therapeutisches Verfahren sein kann. Das Ich des Patienten wird sich seiner Macht über ein mächtiges Objekt und seiner Wirksamkeit kaum in einer anderen Situation so sicher bewußt. Bei der Wahl des Zeitpunktes und des Ausmaßes dieser Deutung unserer eigenen Person müssen wir immerhin die Tragfähigkeit der Übertragung beurteilen und vor allem vermeiden, eine unterwürfige oder gar masochistisch-beichtende neue Gegenübertragung herzustellen. Wir lüften also unser therapeutisches Incognito. *Therese Benedek* [3] hat darauf hingewiesen, wie oft wir es zu unserem eigenen Schutze zu mißbrauchen pflegen. Es kann das Vertrauen des Patienten in uns und in seine eigenen Möglichkeiten stärken, wenn er dabei erkennt, daß wir nach *Freuds* Ausspruch gelernt haben, "ein Stück Wahrheit zu ertragen".

ZUSAMMENFASSUNG

Um das technische Verfahren der Psychoanalyse in einem für das Gelingen der Kur wichtigen Vorgang theoretisch zu erhellen, wird die Gegenübertragung des Analytikers mit der Form der Abwehr seines Patienten in Beziehung gesetzt. Wenn man unter Gegenübertragung alle die Reaktionen des Analytikers versteht, die geeignet sind, sein Verständnis für das Unbewußte seines Patienten zu beeinträchtigen, wird die Abwehr des Patienten früher geeignet sein, Gegenübertragungsreaktionen in Gang zu bringen als es bei der libidinösen Besetzung des Analytikers, im Sinne der Projektion einer Übertragungsfigur, der Fall zu sein pflegt.

Nach einer Diskussion dieser Beziehungen unter Berücksichtigung der neueren Literatur werden die entsprechenden Aspekte bestimmter Abwehrformen und der Spezialfall der Charakter-Abwehr an Hand kurzer Beispiele und Konstruktionen besprochen.

Während eine konstante spezifische Zuordnung einer Form der Gegenübertragung zu einer bestimmten Form der Abwehr nicht feststellbar ist, wird versucht, einige häufig zu beobachtende Spezialfälle besonderer Gegenübertragungsreaktionen auf besondere Formen und Abläufe der Abwehr während der Analyse zu diskutieren.

Zum Schluß werden Fehler des Analytikers, die sich aus seiner Antwort auf die Übertragung der Abwehr ergeben mögen, in ihren Auswirkungen diskutiert, und die Frage der analytischen Verwertung der Gegenübertragung wird aufgeworfen.

212

SUMMARY

The counter-transference is brought into relation with the analysand's mechanisms of defense in order to gain a clearer theoretical grasp of a process which must be properly understood if the technique of psycho-analysis is to succeed. The term counter-transference covers all those reactions of the analyst that tend to cloud his understanding of the patient's unconscious. It has been found that, as a general rule, the patient's unconscious can more easily and speedily provoke counter-transference reactions by mobilizing his mechanisms of defense, rather than by cathecting a typical transference figure and projecting it on the analyst.

After discussion of these relations as mentioned in recent literature, the corresponding aspects of specific modes of defense and the special case of character defense mechanisms are considered and illustrated by means of brief examples and constructions.

Whereas a constant and specific relation between a certain type of countertransference and a particular kind of defense cannot be determined with certainty, the attempt is nevertheless made to discuss some special cases of frequent recurrence of particular forms of counter-transference reactions in relation to particular types of defense and their modes of manifestation during analysis.

Finally errors of the analyst and their effects, which may result from his response to the manifestations of defense, are discussed and the question raised as to the analytic utilization of the counter-transference.

- [1] *Alexander, F., und French, Th.*, Psychoanalytic Therapy. Ronalds Press, New York, 1946.
- [2] *Balint, Alice u. M.*, On Transference and Counter-Transference. Int. J. PsychoAnal. 20, 1938.
- [3] *Benedek, Therese*, Defence Mechanism and Structure of the Total Personality. The Psa. Quarterly, 6, 1937.
- [4] *Bergler, E.*, On the Theory of Therapeutic Results of Psychoanalysis. Int. J. PsychoAnal. 18, 1937.
- [5] *Fenichel, O.*, Problemes de Technique Psychoanalytique. Presses Univ. France (1941), 1953.
- [6] -, The Psychoanalytic Theory of Neurosis. Routledge & Kegan Ltd. London, 1946.
- [7] *Ferenczi, S.*, Gedanken über das Trauma. Int. Z. Psa. 20, 1934.
- [8] *Freud, Anna*, Das Ich und die Abwehrmechanismen. Imago Publ. London, 1946.
- [9] -, The widening scope of indication for psychoanalysis (Discussion). J. Am. Psychoanal. Assoc. 2. 4. 1954.

213

- [10] -, The Mutual Influences in the Development of the Ego and the Id. Introduction to the Discussion. Psychoanal. Study of the Child; 7, 1952.
- [11] *Freud, S.*, Der Witz und seine Beziehungen zum Unbewußten. Imago Publ. London, Bd. 6, 1905.
- [12] -, Die zukünftigen Chancen der psychoanalytischen Therapie. Imago Publ. London, Bd. 8, 1910.
- [13] -, Zur Dynamik der Übertragung. Imago Publ. London, Bd. 8, 1912.
- [14] -, Hemmung, Symptom und Angst. Imago Publ. London, Bd. 14, 1926.
- [15] -, Die endliche und die unendliche Analyse. Imago Publ. Bd. 16, 1937.
- [16] -, Abriß der Psychoanalyse. Imago Publ. London, Bd. 17, 1938.
- [17] *Gitelson, M.*, The emotional Position of the Analyst in the Psychoanalytic Situation. Int. J. Psycho-Anal., 33, 1952.
- [18] *Glover, E.*, The Technique of Psycho-Analysis. London: Bailliere, Tindall & Cox, 1955.
- [19] *Haak, Nils*, Comments on the Analytical Situation. Int. J. Psycho-Anal., 38, 1957.
- [20] *Hartmann, H.*, The Mutual Influences in the Development of the Ego and the Id. Psychoanal. Study of the Child, 7, 1952.
- [21] *Heimann, Paula*, On countertransference. Int. J. Psycho-Anal. 31, 1950.
- [22] -, Dynamics of Transference Interpretations. Int. J. Psycho-Anal., 37, 1956.
- [23] *Hoffer, W.*, Defensive process and defensive organisation: their place in psychoanalytic technique. Int. J. P8ycho-Anal. 35, 1954.

- [24] -, Transference und Transference Neurosis. Int. J. Psycho-Anal. 37, 1956.
- [25] *Kemper, W.*, Die Gegenübertragung (Grundsätzliches und Praktisches). Psyche, Stuttgart, Bd. 7, 1953/1954.
- [26] *Little, Margaret*, Countertransference and the Patient's Response to it. Int. J. Psycho-Anal., 32, 1951.
- [27] -, The Analyst's Total Response to his Patients Needs. Int. J. Psycho-Anal. 38, 1957.
- [28] *Loewenstein, R. M.*, Some remarks on defences, autonomous ego and psycho-analytic technique. Int. J. Psycho-Anal., 35, 1954.
- [29] *Lorand, S.*, Technique of Psychoanalytic Therapy. George Allen & Unwin Ltd London, 1950.
- [30] *Macalpine, Ida*, The Development of Transference. The Ps. Quart., 19, 1950.
- [31] *Money-Kyrle, R. E.*, Normal Counter-Transference and some of its Deviations. Int. J. Psycho-Anal. 37, 1957.
- [32] *Nacht, S.*, La nevrose de transfert et son maniement technique. Rev. FranCt. de Psychoanalyse, 12, 1958.
- [33] *Nunberg, H.*, Transference and Reality. Int. J. Psycho-Anal. 32, 1951.
- [34] *Orr, D. W.*, Transference and counter-transference: A Historical Survey. J. Am. Psychoanal. Assn., 2, 1954.
- [35] *Rank, O.*, Technik der Psychoanalyse. F. Deuticke, Wien, 1926.
- [36] *Reich, Annie*, On Countertransference. Int. J. Psycho-Anal. 32, 1951.
- [37] *Reich, W.*, Charakteranalyse. Selbstvlg., 1933.
- [38] *Reich, Th.*, The Inner Experience of a Psychoanalyst. Allen & Unwin, London, 1949.
- [39] *Saussure, R. de*, Mechanisms of Defence and their Place in Psycho-Analytic Therapy: Discussion. Int. J. Psycho-Anal. 35, 1954.
- [40] *Searles, H. F.*, Die Empfänglichkeit des Schizophrenen für unbewußte Prozesse im Psychotherapeuten. Psyche, Stuttgart, 12, 1958.