

Hypnose und Kognition
Band 12, Heft 2, Oktober 1995

Übertragung, Gegenübertragung und Gegenwiderstand bei der Behandlung von Opfern von Traumatisierungen

Barbara M. Farber¹

KlientInnen mit schweren traumatischen Störungen zeigen komplexe Übertragungsreaktionen. Kommen noch dissoziative Identitätsstörungen (DIS) hinzu, entwickeln sich weitere Schwierigkeiten in der Übertragung aufgrund von Schichtenbildung, Fragmentierung und unterschiedlichen Systemen von Übertragungsphantasien, die, hierarchisch angeordnet, andere Reaktionen überdecken. Gleichmaßen wichtig sind Gegenübertragungsreaktionen insbesondere deshalb, weil sie aufgrund neuerer Forschung als Hauptursache für den Mißerfolg bei der Behandlung Traumatisierter anzusehen sind. Ausgehend von dem Modell von Wilson und Lindy (1994), in welchem die Gegenübertragung abhängig vom Reaktionsstil der TherapeutenInnen gesehen wird, untersucht dieser Artikel 17 Übertragungs- und Gegenübertragungsreaktionen in Hinblick auf objektive und subjektive Reaktionen eines vermeidenden oder überidentifizierenden Reaktionsstils von TherapeutenInnen.

Psychotherapie von Traumatisierten ist ein hochkomplexer und herausfordernder Prozeß. Die Erfahrung überwältigender Lebensereignisse hat tiefgreifende Auswirkungen auf die Organisation der Persönlichkeit; gegenwärtig finden diese Auswirkungen viel Beachtung, die van der Kolk (1994), Wilson (1987) und andere Forscher so treffend als "narzißtische Kränkung der Struktur des Selbst" beschrieben haben.

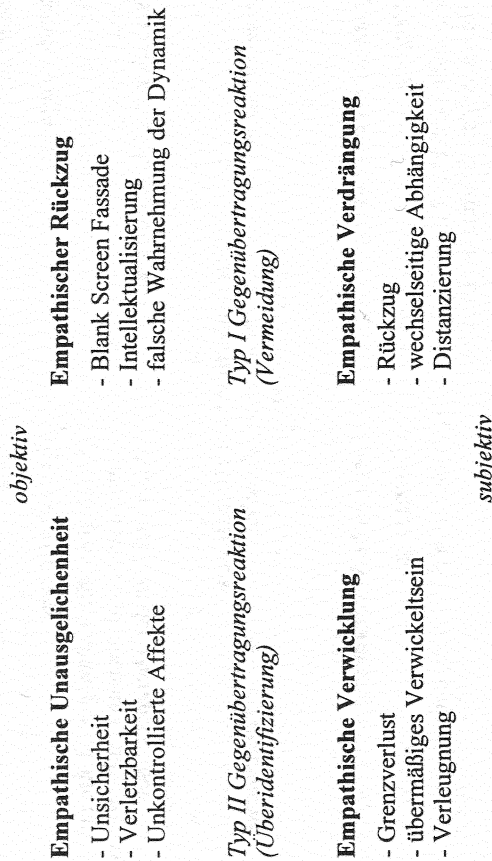
Es ist dieses "gekränkte Selbst", welches in Therapie kommt; und weil die Wirkung von TherapeutenInnen und KlientInnen auf den jeweils anderen für den Prozeß der Heilung so wichtig ist, ist es das Ziel dieses Artikels, einen wesentlichen Aspekt der therapeutischen Beziehung zu untersuchen, nämlich die speziellen Übertragungs-, Gegenübertragungs- und Gegenwiderstandsreaktionen, die in der Regel bei der Behandlung von Traumatisierten auftreten können. Dieses Thema ist insofern von großer Bedeutung, als man immer mehr zu der Überzeugung gelangt, daß in der Gegenübertragung die Hauptquelle für Mißerfolge in der Therapie mit Traumatisierten zu suchen ist.

Zentral in der Diskussion über Übertragungsprozesse - und unabdingbar für den Behandlungserfolg - ist die Fähigkeit für empathisches Nachfragen (McCann & Pearlman, 1990). Schwierigkeiten dabei gefährden nicht nur die therapeutische Beziehung als Ganzes, sondern komplizieren auch die Dinge bezüglich der Übertragung. Es muß daran erinnert werden, daß durch Traumatisierungen entstandene narzißtische Kränkungen komplexe Übertragungen schaffen (Wilson & Lindy, 1994; Danieli, 1988). Wenn als Abwehrreaktionen auf extreme Traumatisierungen eine dissoziative Identitätsstörung (DIS) entstanden ist,

entwickeln sich weitere Schwierigkeiten bei der Übertragung, die von Prozessen der Schichtenbildung (Putnam, 1989), der Fragmentierung (Herman, 1992) und von verschiedenen Systemen von Übertragungsphantasien herrühren, die dazu dienen, andere Reaktionen zu verbergen (Langs, 1974).

Gleichmaßen wichtig ist die Gegenübertragung und der damit verbundene Prozeß des Gegenwiderstandes. Die Behandlung von traumatisierten KlientInnen fordert einen ziemlich hohen psychischen Tribut von den TherapeutenInnen; die Notwendigkeit, ständig starke Gegenübertragungsreaktionen zu überwinden, macht eine ohnehin schon schwierige Therapie nicht gerade leichter. Gegenübertragungsprozesse werden traditionellerweise entweder als objektiv oder subjektiv angesehen. Objektive Gegenübertragungen sind jene kognitiven und affektiven Antworten von TherapeutenInnen, die als angemessen gelten und in der Arbeit mit Traumatisierten sogar erwartet werden. Es wäre unnatürlich, die Wucht eines Traumas einfühlsam zu bearbeiten und dabei emotional und kognitiv nicht berührt zu sein. Im Gegensatz dazu beziehen sich subjektive Gegenübertragungen auf unangemessene Antworten den KlientInnen gegenüber. Sie wurzeln in Fixierungen, Konflikten und ungelösten Themen aus der Vergangenheit der TherapeutenInnen (Robertello & Schoenewolf, 1987; Farber, 1988); diese subjektiven Gegenübertragungen ziehen Schwierigkeiten nach sich. Hierbei muß beachtet werden, daß Therapie einen interaktiven Prozeß darstellt, in dem sich Übertragung immer in Verbindung mit Gegenübertragung entfaltet (Racker, 1968).

Abb. 1: Gegenübertragungsreaktionen auf der Basis des Reaktionsstils von TherapeutenInnen (nach Wilson & Lindy, 1994)



Unter der Prämisse, daß Gegenübertragung die hauptsächlichste Quelle für das Mißlingen von Therapien ist, erscheint eine Untersuchung jener Faktoren hilfreich, die für Brüche in der Empathie verantwortlich sind, denn daraus resultiert der Verlust einer wirksamen therapeutischen Position. Wilson und Lindy (1994) haben ein Modell vorgestellt, das Gegenübertragung als Prozeß begreift, der nicht nur auf objektiven und subjektiven Ant-

¹ Vortrag auf der 5th Annual Spring Conference of the International Society for the Study of Dissociation, May 10-13, 1995 in Amsterdam, Holland. Übersetzung aus dem Englischen von Christoph Bader.

worten, sondern auch auf den Reaktionsstilen der TherapeutenInnen den KlientInnen gegenüber beruht. Diese Antwortstile werden als überidentifizierend oder vermeidend klassifiziert. Im Schema von Wilson und Lindy ist eine Gegenübertragungsreaktion, die auf Überidentifikation beruht, gekennzeichnet durch empathische Unausgeglichenheit im objektiven und Verwickeltheit im subjektiven Quadranten, während sich Gegenübertragungsreaktionen, die auf einer vermeidenden Antwort fußen, durch empathischen Rückzug im objektiven und empathische Verdrängung im subjektiven Bereich auszeichnen (vgl. Abbildung 1).

Auf der Grundlage dieses Konzepts ist es möglich, spezifische Übertragungs- und Gegenübertragungsreaktionen je nach dem Quadranten zu untersuchen, in den sie fallen. Ich fand 17 Übertragungs- und Gegenübertragungsreaktionen, die entweder auf einem vermeidenden oder auf einem überidentifizierenden Antwortstil der TherapeutenInnen beruhen (vgl. Abbildung 2). Ich hoffe, daß dieses Schema TherapeutenInnen helfen wird, die Dynamik der traumabedingten Übertragung besser zu verstehen und zu interpretieren, und sie bei der Wahrnehmung der Gegenübertragungsreaktion unterstützt.

Tab. 2: Übertragungs- und Gegenübertragungsreaktionen in der Behandlung von traumabedingten Störungen

Empathische Unausgeglichenheit		Empathischer Rückzug	
<i>Übertragung:</i>	<i>Gegenübertragung:</i>	<i>Gegenübertragung:</i>	
- Vertrauen	- Feindseligkeit	- Unfähigkeit, die Traumageschichte aufzunehmen, zu glauben und zu bearbeiten	
- Verführung	- Wut	- Ärger und Wut der TherapeutenInnen	
<i>Gegenübertragung:</i>	<i>Gegenübertragung:</i>		
- Affektive Überlastung und Somatisierung	- Unfähigkeit, die Traumageschichte aufzunehmen, zu glauben und zu bearbeiten		
- Faszination der TherapeutenInnen	- Ärger und Wut der TherapeutenInnen		
"Besonderheit" der KlientInnen		Übertragungsbrücke	Vermeidend
<i>Überidentifizierend</i>	<i>Übertragungsbrücke</i>	Macht	
Empathische Verwicklung	Empathische Verdrängung		
<i>Übertragung:</i>	<i>Übertragung:</i>		
- Suche nach perfekten Eltern	- Traumatische Übertragung		
- Verlassensangst / Störung der Bindung			
<i>Gegenübertragung:</i>	<i>Gegenübertragung:</i>		
- Identifikation mit der Opferrolle	- "Verschwörung des Schweigens"		
- Erotische Gegenübertragung	- Distanzierung von affektiv belastenden, instabilen Anteilen der Persönlichkeit		

Übertragungen, die aus einer empathischen Unausgeglichenheit herrühren

Die Probleme, die bei der Behandlung extremer Traumatisierungen auftauchen, überwältigen selbst gut ausgebildete und erfahrene KlinikerInnen, machen sie hilflos und unfähig (Putnam, 1988). Übertragungen, die eine solche Unausgeglichenheit erzeugen, provozieren entsprechende Gegenübertragungsreaktionen.

Übertragung

Vertrauen: Schwere Traumatisierungen erschüttern die Vertrauensbasis; einige Opfer sind unfähig, je wieder zu vertrauen, andere vertrauen unangemessen leichtfertig und die meisten wagen es nicht einmal, sich selbst zu vertrauen. Dies betrifft insbesondere Opfer von wiederholtem Kindesmißbrauch oder von anderen schweren Traumatisierungen durch nahestehende Personen, da sie ihre Verletzung durch eine Autoritätsperson, durch ein geliebtes Objekt erfahren haben, oder durch eine Person, die beides bedeutet. Bei kleinen Kindern bedeuten solche Traumata einen grundlegenden Zusammenbruch des Beschützwerdens. Deshalb betrachten die meisten Opfer von Traumatisierungen das Wort "Vertrauen" als eine seltsame Vokabel aus einer unbekannten Sprache. Vertrauen ist ihnen fremd.

Einerseits Verrat fürchtend, andererseits begierig nach Bindung, nähern sich Traumatisierte dem Thema Vertrauen mit extremer Ambivalenz, und dies wird in der Übertragungsbeziehung wahrscheinlich in unzähligen Variationen reinszeniert. TherapeutenInnen werden im Leben der KlientInnen sowohl als Autoritätspersonen als auch als bedeutsame Andere wahrgenommen. Je mehr sich also die therapeutische Beziehung in Richtung Vertrauen bewegt, desto mehr werden die TherapeutenInnen als Menschen erlebt, auf die man sich verlassen kann. Dies macht Hoffnung; aber je mehr Opfer von Traumatisierungen hoffen, desto größer ist auch die Furcht vor Verrat. Aufgrund ihrer Erfahrungen gehen sie davon aus, wieder verraten zu werden. Das Thema Vertrauen taucht in der Übertragung auf als wiederholtes Testen sowohl der therapeutischen Beziehung wie auch der TherapeutenInnen als Personen. In einer Therapie mit Traumatisierten passiert dies ständig und provoziert Gefühle der Unausgeglichenheit. AnfängerInnen oder auch erfahrene TherapeutenInnen, die beginnen, Traumatisierte zu behandeln, werden durch die Dynamik oft sehr verwirrt, die alles, was sie tun oder sagen, als suspekt verwirft. Dieser Prozeß bringt auch die KlientInnen aus der Fassung, die sich ihrer Schwierigkeiten in diesem Bereich wohl bewußt sind. Das vollständige Fehlen von Vertrauen zu Beginn einer Therapie muß also erkannt und anerkannt werden; Opfer von Traumatisierungen beenden die Therapie oft auf jener Ebene des Vertrauens, auf der die meisten KlientInnen eine Therapie beginnen.

Eine Warnung muß allerdings ausgesprochen werden: Das Thema Vertrauen spielt oft dann eine Rolle, wenn KlientInnen ermutigt werden, vorzeitig traumatische Inhalte offenzulegen (McCann & Pearlman, 1990), weil dies "Erzähl-nicht"-Befehle aktiviert. Trauma bedeutet in erster Linie auch, nichts zu wissen; und das Bedürfnis nach Distanz nach der Enthüllung eines langgeheuteten Geheimnisses ist groß.

Solche Übertragungen sollten vorsichtig und einfühlsam interpretiert werden. Vertrauen ist ein Prozeß, der Zeit braucht. Versuche der TherapeutenInnen, Vertrauenswürdigkeit zu rechtfertigen oder unter Beweis zu stellen, werden sich als unnütz erweisen. Eine Außen-

nung, die Respekt erkennen läßt vor der Schwierigkeit, angesichts des Erleidens zu vertrauen, wird von KlientInnen als einfühlbare Antwort wahrgenommen.

Verführung: Grundsätzlich gibt es zwei Arten verführerischer Übertragung, die intellektuelle und die sexuelle. Beide sind hervorragend geeignet, für eine Unausgeglichenheit der TherapeutInnen zu sorgen. Intellektuelle Verführung tritt auf, wenn sich TherapeutInnen in der Gegenübertragung verfangen und sich von KlientInnen deshalb faszinieren lassen, weil diese so sehr mißbraucht worden sind und so viele Verluste erlitten haben. Opfer von Traumatisierungen sind Experten darin, sowohl ihre Umwelt wie auch andere Menschen, TherapeutInnen eingeschlossen, genau zu beobachten. Traumatisierte werden in Bereiche der Verletzbarkeit von ihren TherapeutInnen vordringen, noch bevor diese es bemerken. Intellektuelle Verführung beinhaltet auch unzählige Berichte und das Bereitstellen ausufernden Materials, was immer TherapeutInnen hören mögen. Dies führt dazu, daß TherapeutInnen geneigt sind, viel Zeit, Aufwand und Energie aufzubringen und zu glauben, sie seien die einzigen, die jemals diesen KlientInnen zugehört, mit ihnen gesprochen und sie verstanden hätten.

Bei einer Dissoziativen Identitätsstörung ist diese Übertragung verbunden mit der Fragmentierung des Selbst in verschiedene Teile. Ein Dilemma taucht auf, wenn beispielsweise eine kokette und neckische Alternativpersönlichkeit versucht, die TherapeutInnen glauben zu machen, daß alles in Ordnung sei und bestimmte Gebiete nicht erforscht werden müssen. Gelingt dies, werden entscheidende Themen übergangen und die Therapie ist schließlich vorbei (Wilbur, 1988). Unausgeglichenheit entsteht auch als Ergebnis der Konfrontation mit der verwirrenden Symptomatologie, die Opfer von Traumatisierungen in der Therapie präsentieren. Autoren, die über Übertragung und Gegenübertragung geschrieben haben (Chu, 1988; Greaves, 1988; Kluft, 1984; Watkins & Watkins, 1984; Wilbur, 1988; Wilson & Lindy, 1994), sind sich darin einig, daß es anderweitig kompetente und erfahrene TherapeutInnen oftmals an Urteilskraft und klarem Menschenverstand mangeln lassen, sobald sie mit dem Pathologiespektrum dieses hochverletzten Klienten konfrontiert werden.

Das Thema der sexuellen Übertragung macht die ohnehin schon schwierige Therapie noch komplizierter. Opfer, die als Kinder sexuell belästigt wurden, haben häufig die Erotisierung aller Gefühle erfahren und können daher nicht zwischen Zuneigung und Sex unterscheiden. Sie tendieren dazu, sich allen Menschen gegenüber verführerisch zu verhalten, von denen sie geliebt, bewundert, akzeptiert und gemocht werden wollen. Man sollte sich erinnern, daß Verführung in der Übertragung sehr subtil beginnen kann. Dies mag sich zunächst äußern in Zärtlichkeiten, in Weinen und der Bitte, seinen Kopf an die Schulter der TherapeutInnen lehnen oder nahe bei ihnen sitzen zu dürfen. Solche Wünsche können die Vorläufer eines deutlicheren Ausdrucks von Sexualität sein, welche dann die Grenzen der therapeutischen Ethik überschreitet (Watkins & Watkins, 1984).

TherapeutInnen müssen sich dessen gewahr sein, daß sich Opfer von Traumatisierungen den Wünschen und Bedürfnissen derjenigen anpassen, die sich in Machtpositionen befinden. Menschen, deren Grenzen als Kinder verletzt worden sind, haben oftmals als Erwachsene keinen Sinn für persönliche Grenzen. Verführerische Übertragungen können offen oder subtil, und sogar für den erfahrenen Kliniker äußerst schmeichelnd sein. Eine entsprechende Gegenübertragungsreaktion kann sowohl persönlich als auch beruflich ziemlich kostspielig sein.

Gegenübertragung

Faszination der TherapeutInnen: Die meisten TherapeutInnen, die Opfer von Traumatisierungen behandeln, begleiten den Prozeß eine bestimmte Zeit mit immenser Faszination. Dies trifft besonders dann zu, wenn sie PatientInnen mit Dissoziativen Identitätsstörungen behandeln. Die Gratifikation ist gewaltig, wenn man Zugang zu hochkomplizierten Abwehrmechanismen erhält, die sich als Reaktion auf ein schreckliches Trauma entwickelt haben. Die Liste der Symptome ist schwindelerregend und die KlientInnen sind fast immer einnehmend. Es ist nicht schwierig herauszufinden, wie und warum sich TherapeutInnen überengagieren.

Diese Faszination wird den KlientInnen aber nicht unbemerkt bleiben; heimlich gefällt es ihnen, soviel Interesse und Faszination auf sich zu ziehen. Sie bemerken bald, daß sie einen besonderen und einmaligen Platz in der Arbeit ihrer TherapeutInnen einnehmen. Manchmal erfinden sie Geschichten, um zu gefallen; sie stellen nicht selten unberechtigte und aufdringliche Forderungen an ihre TherapeutInnen, wenn deren Verfügbarkeit eingeschränkt ist, wie z.B. durch Ferien oder Teilnahme an beruflichen Fortbildungen.

Wenn KlientInnen zur Selbsterhöhung von TherapeutInnen benutzt werden, ist aus der Faszination eine voll ausgebildete Gegenübertragung geworden. Beispiele hierfür sind, daß KlientInnen dafür gewonnen werden, gemeinsam ein Buch zu schreiben, bei Artikeln für Zeitschriften als Co-AutorInnen tätig zu werden oder gemeinsam im Fernsehen aufzutreten; ebenso wenn das Material von KlientInnen (Tagebücher, Gedichte, Kunstwerke) ohne deren ausdrückliche Erlaubnis genutzt wird. Während einige TherapeutInnen unethisch handeln und offen ihre KlientInnen zur persönlichen Bereicherung ausbeuten, verfangen sich die meisten in einem Netz aus aufrichtigen, jedoch fehlgeleiteten Bedürfnissen zu helfen und zu informieren. Das Endergebnis der Faszination ist dann ein ernsthafter Verlust der therapeutischen Objektivität.

Affektive Überlastung und Somatisierung: Die Arbeit mit Opfern von Traumatisierungen kann für TherapeutInnen selbst leicht zu Traumatisierungen führen. Dies ist ein altes, bekanntes und vielbeachtetes Phänomen auf dem Gebiet der Psychotraumatologie und als "stellvertretende Traumatisierung" oder "sekundäre PTSD" bekannt. Das Problem ist nicht so sehr, daß es vorkommt, sondern daß TherapeutInnen oft zu beschämt sind, um darüber zu sprechen und/oder deswegen selbst in Beratung oder Supervision zu gehen.

Bei KlientInnen Zeuge zu sein von Verbrechen, unmenschlichem, verletzendem und bitterem Mißbrauch, fordert seinen psychischen Tribut, ruft Gefühle primitiver Wut, Verunsicherung, Furcht vor Hilflosigkeit und Einsamkeit hervor. Emotional überlastete TherapeutInnen haben auch ein höheres Risiko für physiologische Probleme. Persönliche und berufliche Unausgeglichenheit äußert sich in Somatisierung, Müdigkeit, Schlafproblemen, Übererregung und unachtsamem, unkontrolliertem emotionalem Ausdruck (Wilson & Lindy, 1994).

TherapeutInnen, die unfähig sind, Angst für sich zu behalten, werden Schwierigkeiten haben, ihre KlientInnen dabei zu unterstützen, das gleiche zu tun. Durch Gefühle der Unsicherheit und Ungewißheit, des emotionalen Ausgetrocknetseins und der inneren Anspannung verlieren sie ihr Gleichgewicht; dies stellt ein ernstes Risiko dar, die Regeln, Ziele und Grenzen des Therapievertrages zu brechen. Geschieht dies, geht eine wichtige Garantie für die Sicherheit beider Seiten, von KlientInnen und TherapeutInnen, verloren.

Übertragungen, die aus empathischer Verwicklung entstehen

Übertragung

Die Suche nach den perfekten Eltern: Nichts kann beunruhigender sein, als sich die Existenz eines Elternteils oder beider Eltern einzugestehen, die nicht nur die normalen kindlichen Bedürfnisse nach Schutz, Liebe und Pflege nicht erfüllen können, sondern selbst auch noch Quelle des Mißbrauchs und der Brutalität darstellen. Die gewöhnliche Reaktion eines Kindes ist Verleugnung dieser schrecklichen Realität; ein Kind kann sich rücksichtslos und selbststüchtige Eltern nicht vorstellen, dies würde zu Einsamkeit und Verunsicherung führen. Die einzig akzeptable Alternative lautet: "Ich muß schlecht sein. Ich habe die Schuld" (Summit, 1983).

Zu Beginn einer Therapie als Erwachsene zeigen diese KlientInnen enorme unaufgelöste Bedürfnisse nach Abhängigkeit. Die Fürsorge und die einfühlsame Art der Therapeuten werden Bedürfnisse nach Beruhigung und Fürsorglichkeit und den Wunsch nach Befriedigung fehlender Erfahrungen aus der Kindheit wachrufen. Diesen KlientInnen wurde als Kind nicht erlaubt, abhängig zu sein; sie waren sehr oft verantwortlich für ihre Eltern und suchen nun in der Person der Therapeuten die "perfekten Eltern".

Die Art, in der diese Bedürfnisse nach Fürsorglichkeit vorgebracht werden, kann ziemlich verwirrend sein; hier taucht die Gefahr der Verwicklung und der übermäßigen Involvement auf. Da Abhängigkeit sowohl gewünscht als auch gefürchtet wird, führen diese KlientInnen eine Reihe von Tests durch, um herauszufinden, ob sich ihre Therapeuten "wirklich kümmern" oder nicht. Dies können Telefonanrufe zu jeder Tages- und Nachtzeit sein in der Erwartung sofortiger Verfügung über die Therapeuten, oder gefährliches, selbstzerstörerisches Agieren, um herauszufinden, wie weit die Therapeuten gehen werden, um sie/ihn zu retten. Therapeuten, die unbedacht mit solchen Übertragungen umgehen, sind dem Glauben anheimgelassen, daß der Weg, diese KlientInnen zu heilen, darin bestehe, sie buchstäblich zu bemuttern. Richard Kluft bezeichnet dies als "KlientInnen in die Gesundheit lieben". Es werden ebenfalls Bedürfnisse auftauchen, gehalten, geschaukelt und körperlich getröstet zu werden, sowie Wünsche nach Beteiligung am Privatleben der Therapeuten oder zumindest darüber Bescheid zu wissen.

Bedürfnisse nach Abhängigkeit können ebenso in sehr subtilen Verhaltensweisen versteckt sein. Die bezaubernde Verletzbarkeit, die viele Traumatisierte entfalten und mit der sie zu bitten und zu überzeugen versuchen, ist eine Falle, in die mehr als ein Therapeut bzw. eine Therapeutin unversehens getappt ist. Diese KlientInnen wollen in den Augen der Therapeuten etwas ganz besonderes darstellen. Therapeuten müssen sich über die Tatsache im Klaren sein, daß diese Übertragungen oft einen unbewußten Weg darstellen, die Trauerarbeit über eine verlorene Kindheit zu vermeiden. Diese KlientInnen sind legitimerweise bedürftig und jeder Therapeut und jede Therapeutin ist berührt von der Gewalt und dem Mißbrauch, den sie erlitten haben. Aber eine verlorene Kindheit kann nicht wiedererlangt werden; die Suche nach "perfekten Eltern" ist vergebens. Daher ist es wichtig, KlientInnen dabei zu unterstützen, sich um sich selbst zu kümmern, für sich selbst zu sorgen und sich selbst zu bemuttern.

Verlassenheitsängste und der Bruch der Bindung: Die Angst, verlassen zu werden, ist bei Opfern von Traumatisierungen allgegenwärtig. Dies ist verständlich, da sie während der

traumatischen Ereignisse ohne Schutz waren. In der Übertragung wird Verlassensein immer dann auftauchen, wenn die Therapeuten, aus welchem Grund auch immer, nicht zur Verfügung stehen. Die Panik, die sich daraus ergeben kann, vermag wahrlich krisenhafte Dimensionen anzunehmen. Diese Ängste müssen daher erkannt und interpretiert werden; dabei ist es nicht hilfreich, die Frage des Verlassenseins nur aufgrund der Gefühle der KlientInnen gegenüber den Therapeuten und der therapeutischen Beziehung zu betrachten. Diese Ängste müssen bis zu ihrem Ursprung zurückverfolgt werden.

Das Gefühl des Verlassenseins in der Übertragung wird also durch die Angst ausgelöst, daß die Therapeuten nicht da sein werden, wenn man sie braucht. Narzisstische Verletzbarkeit muß bei Opfern von Traumatisierungen immer respektiert werden. Die Erfahrung, daß das eigene Leben wahrhaftig auf dem Spiel steht, wie das für so viele Opfer gilt, zwingt zu einer vorrangigen Beschäftigung mit dem Selbst, das sich auf vielerlei Art präsentieren kann: (1) Herrscht Angst vor, beklagen sie sich, daß ihre Therapeuten die einzigen seien, die sie verstehen, daß sie sich niemand anderem mitteilen können und daß niemand anderer für sie da ist; (2) überwiegt Wut, greifen sie ihre Therapeuten an, daß sie sie im Stich lassen, nicht auf ihrer Seite stehen, sich nicht um sie kümmern und nicht gut und genau genug zuhören würden; (3) dominiert "Märtyrertum", beklagen sie, daß sie für ihre Therapeuten "zu viel" seien, und daß sie es wirklich verstehen würden, wenn diese nicht mehr mit ihnen arbeiten wollten.

Verwicklungen entstehen, wenn Therapeuten auf solche Verlassenheitsängste unangemessen reagieren, z.B. dadurch, daß sie sie auf Konferenzen mitnehmen, daß sie ihnen ihre Ferienpläne mitteilen und ihnen versprechen, sie während der Abwesenheit anzurufen. Hilfreicher wäre hier eine Exploration der traumatischen Verluste in der Vergangenheit und der gegenwärtigen Sorgen in bezug auf die Angst, die Therapeuten zu verlieren.

Es gibt eine Reihe sehr angemessener Möglichkeiten, Ängste vor Verlassenwerden und Kontaktunterbrechungen zu lindern. Die KlientInnen sollten bei bevorstehender Abwesenheit so früh wie möglich informiert werden; ebenso hilfreich ist die Vermittlung einer Vertretung für diese Zeit, auch kleinere Übergangsobjekte. Man kann den KlientInnen aber auch eine kurze Entspannungskassette geben, um ihnen den Beistand und die Vertrautheit der Stimme zur Verfügung zu stellen. Ebenfalls angemessen erscheint es, sie in der Strukturierung ihrer Zeit zu unterstützen. Es ist hilfreich, wenn KlientInnen genau zu den Stunden "etwas zu tun" haben, zu denen sie sonst in Therapie sind.

Trotz all dieser Anstrengungen werden Opfer von Traumatisierungen auf die Abwesenheit ihrer Therapeuten hochsensibel reagieren und häufig selbstzerstörerisches Verhalten zeigen, das zu einer Einlieferung ins Krankenhaus führt - dort füllen dann Ärzte, Krankenschwestern und das Krankenhauspersonal die Lücke.

Gegenübertragung

Identifikation mit der Opferrolle: Solche Mitglieder des Gesundheitssystems, die selbst eine Geschichte der Traumatisierung durchlebt haben, sind besonders anfällig für diese Art der Gegenübertragungsreaktion, besonders dann, wenn ihr eigenes Trauma dem der KlientInnen ähnlich ist. In einem solchen Fall identifizieren sich diese Personen zu sehr mit dem Material der KlientInnen und werden davon überwältigt. KlientInnen spüren diese Dynamik sofort und versuchen oft, sich dann um ihre HelferInnen bzw. Therapeuten

Innen zu kümmern. Häufig geschieht dies in Form eines Abschwächens affektbelastender traumatischer Inhalte. Noch unglücklicher ist der Verlauf, wenn die TherapeutInnen nicht in der Lage sind, ihre Gefühle für sich zu behalten, und ihre KlientInnen dazu bringen, sich direkt um sie zu kümmern. Von Gefühlen überwältigte TherapeutInnen vermitteln manchmal auch, daß ihnen dieser Klient oder diese Klientin "zu viel" wird.

Die Identifikation mit dem Opfer kann auch geschlechtsspezifisch sein. Therapeuten, die Frauen behandeln, werden häufig überbehütend und väterlich. Peinlich berührt davon, daß Angehörige des eigenen Geschlechts soviel Unheil anrichten können - sich dieses Prozesses aber nicht bewußt -, versuchen sie, bessere Eltern zu sein und die Fürsorge für ihre KlientInnen zu übernehmen. Eine häufige Konsequenz davon sind Verführungen, die dann als "korrektive sexuelle Erfahrungen" rationalisiert werden. Therapeuten können sich aber ebenso mit dem Täter identifizieren und dem Opfer für all das Unglück, das es erfahren hat, die Schuld in die Schuhe schieben.

Therapeutinnen riskieren, in heimlichem Einverständnis mit unangemessenen Glaubenssystemen der Klientin zu stehen (z.B. "der Mann als Bösewicht") und scheitern so, ihre KlientInnen dabei zu unterstützen, die Dynamik in der Ursprungsfamilie zu verstehen. Überidentifizierte Therapeutinnen können also anstelle ihrer Klientin wütend werden, was die wahren Gefühle der Klientin gegenüber dem Täter verwischt.

TherapeutInnen, die Gefahr laufen, empathisch verwickelt zu werden, riskieren es, Grenzen zu verletzen. Unfähig, therapeutische Objektivität aufrechtzuerhalten, und noch weniger in der Lage, als Projektionsfläche für starke Gefühle zu dienen, bringen diese TherapeutInnen ihre KlientInnen oft unwissentlich dazu, einen Mißbrauch aus der Vergangenheit zu reinszenieren; dies führt zu einer Wiederholung des Opferseins. Berufliche, juristische und ethische Konsequenzen dessen können ziemlich kostspielig werden. Leider ist dies einer der weitverbreitetsten therapeutischen Fehler.

Erotische Gegenübertragungen: Eine geglückte Therapie stellt eine der intimsten, nicht-sexuellen Beziehungen dar, die eine Person jemals erleben kann. Es ist natürlich, daß sich warme und zärtliche Gefühle erst im Verlauf mehrerer Monate entwickeln und daß sich TherapeutInnen geschmeichelt fühlen, wenn sie Komplimente über ihre Sensibilität und Kompetenz erhalten. Es ist jedoch ihre Aufgabe als TherapeutInnen, Idealisierungen und aufkommende erotische Gefühle zu interpretieren. Auf sie hereinzufallen, hieße die Katastrophe herbeizuführen.

Opfer von sexuellem Mißbrauch sind durch erotische Wünsche in der Übertragung sehr verletzbar. Sie sind es gewohnt, von Vertrauenspersonen - Menschen in Macht- und Autoritätspositionen, von denen sie zurecht Schutz erwarten - mißbraucht zu werden. Daher ist es genauso einfach, diese KlientInnen mit direkten Forderungen und Bedrohungen einzuschüchtern, wie sie sanft in eine sexuelle Beziehung hineinzuziehen. Dies wäre dann der letzte Verrat.

Viele TherapeutInnen rationalisieren Verwicklungen mit ihren KlientInnen als Möglichkeit der "korrekativen sexuellen Erfahrungen". Einige über-involvierte TherapeutInnen werden durch die Verluste, die ihre KlientInnen erlitten haben, persönlich so berührt und durch die Handlungen der Täter so verletzt, daß sie danach streben, ihre KlientInnen davon zu überzeugen, daß sie sanfte, korrektive sexuelle Erfahrungen brauchen. Dadurch, daß es diesen TherapeutInnen mißlingt, ihre eigenen Gegenübertragungsreaktionen wahr-

zunehmen, machen sie ihre KlientInnen durch die Wiederholung des ursprünglichen Mißbrauchs wiederum zu Opfern.

Einige TherapeutInnen glauben fälschlicherweise, daß sie sich für erotische Übertragungen und Gegenübertragungen, wenn sie mit KlientInnen des gleichen Geschlechts arbeiten, nicht zu interessieren brauchen. Während analytisch ausgebildete TherapeutInnen nie auf eine solche Idee kommen würden, haben TherapeutInnen anderer Ausbildungsrichtungen möglicherweise nie Fortbildungen oder Supervisionen über die Kraft erotischer Übertragungen erhalten. Die Bedürfnisse der Opfer von Traumatisierungen nach Liebe und Sicherheit müssen unter dem Licht vergangener Erfahrungen interpretiert werden. TherapeutInnen, die bemerken, daß sie versucht sind, sich sexuell mit KlientInnen einzulassen, müssen sofort eine Beratung aufsuchen.

Übertragungen, die mit empathischem Rückzug verbunden sind

Übertragung

Feindselige Übertragungen: Feindselige Übertragungen tauchen auf, wenn Opfer von Traumatisierungen ihre TherapeutInnen in die Rolle des Täters und/oder der Täterin stecken und an ihnen ihren Ärger und ihre Wut auslassen. Diese Art der Übertragung tritt gemeinhin bei Dissoziativen Identitätsstörungen auf; die Antwort darauf erfordert auslösende klinische Beurteilung und unterschiedene Grenzsetzungen. Die TherapeutInnen können verbal und körperlich angegriffen werden oder ihr Eigentum in der Praxis kann beschädigt werden. Diese KlientInnen können sowohl eine Diagnose auf der DSM-Achse I oder II haben.

Diese Form der Übertragung kann während der Behandlung Zerstörungen anrichten. Je nachdem, der mißbraucht wurde, weiß, wie man selbst mißbraucht; KlientInnen, die in diesen Übertragungen gefangen sind, können verurteilen, kritisieren und auf eine sehr sadistische Art verbal Mißbrauch betreiben. Diese KlientInnen sind äußerst sensibel für Themen aus der Umgebung. Diese Art der Übertragung ist oft mit Ängsten um die eigene Sicherheit gekoppelt. Die Dynamik wird von TherapeutInnen oft falsch wahrgenommen: die KlientInnen fürchten, daß sie durch irgendeinen Aspekt des therapeutischen Prozesses verletzt oder bedroht werden und deshalb testen sie und bewegen sich dabei an den äußersten Grenzen der therapeutischen Beziehung.

Die erhöhte Empfindlichkeit von Opfern von Traumatisierungen kann genau diese Übertragungs-Projektion verkomplizieren. Es entspricht der Realität von Langzeit-Therapien, der Komplexität der Diagnose und dem Wunsch von Seiten der TherapeutInnen, hilfreich zu sein, zur Verfügung zu stehen und empathisch zu sein, daß Opfer von Traumatisierungen ihre TherapeutInnen zu mehr Enthüllungen aus deren Privatleben bringen können, als gut ist. Dies passiert oft ziemlich unbeabsichtigt und zufällig und erscheint als das Resultat langer Verbindung. Wenn später feindselige Reaktionen zu Tage treten, werden diese mit persönlichen Informationen beladen und speziell auf verletzbare Bereiche der TherapeutInnen gerichtet. Getroffen von den oftmals bösartigen verbalen Angriffen, ziehen sich manche TherapeutInnen dann hinter eine neutral wirkende "blank screen"-Fassade zurück und überspielen ihr Getroffensein durch Intellektualisierung. Dieser Rückzug belastet die therapeutische Beziehung noch weiter; sie wieder herzustellen kann sich als sehr schwierig

rig erweisen. Die Behandlung konzentriert sich dann nur noch auf den Schutz der therapeutischen Umgebung und Beziehung, indem Grenzen gesetzt werden; der Prozeß aber, die KlientInnen bei der Entwicklung eines stabileren Selbstgefühls zu unterstützen, verläuft im Schneckentempo.

Übertragungswut: Übertragungswut ist fast immer das Ergebnis von Unterbrechungen der Empathie. Bei Opfern von Traumatisierungen ist die Selbstachtung fragil; Interpretationen, die Gefühle der Schuld, Scham und des Selbstadels induzieren, provozieren wahrscheinlich wütende Reaktionen. Die Erfahrung eines Traumas zerstört die Fähigkeit, Affekte zu regulieren, was dann wiederum das Selbstwertgefühl des Menschen vermindert. McCann und Pearlman (1990) weisen auf folgende hilfreiche Reaktion auf Übertragungswut hin: Die therapeutischen Bemühungen sollten darauf konzentriert werden, ein sicheres holding environment herzustellen und eine ruhige und besänftigende Haltung aufrechtzuerhalten.

Opfer von Traumatisierungen sind häufig durch das Wiedererleben von Gefühlen geschockt, die mit dem traumatischen Ereignis zusammenhängen, und testen die Fähigkeit ihrer TherapeutInnen, sowohl den Schrecken der Trauma-Geschichte auszuhalten, als auch einfühlsam darauf zu reagieren. Da die Fähigkeit der KlientInnen, ihre Geschichte zu erzählen, so sehr von der Fähigkeit der TherapeutInnen abhängt zuzuhören, wird jedes Anzeichen für Schock, Umschwingung im Gefühl oder Zurückweisung als Unfähigkeit wahrgenommen, starke Gefühle auszuhalten, die mit dem Trauma zusammenhängen. Ein Weg, das Ausmaß an Toleranz der TherapeutInnen festzustellen, ist die Wut. Wenn diese nicht in der Lage sind, solche Affekte auszuhalten, zeigen sie Reaktionen der Vermeidung, die dann in der Regel mit empathischem Rückzug verbunden sind.

Gegenübertragung

Ärger und Wut der TherapeutInnen: Nichts läßt bei TherapeutInnen mehr Gefühle der Unzulänglichkeit und Inkompetenz entstehen als feindselige und traumatische Übertragungen. Ständig feindseligen Übertragungen ausgesetzt zu sein, kann leicht dazu führen, diese Themen auf die eigene Person zu beziehen und auf die KlientInnen wütend zu werden. Das Therapeutische einer solchen Kommunikation hält sich in Grenzen und oft brauchen TherapeutInnen Beratung oder Supervision, damit sie sich aus solchen Gegenübertragungen zurückziehen und schließlich heraushalten können, um die nötigen Interpretationen zu leisten und wieder einfühlsam zu reagieren.

Ein anderer Grund für die Wut von TherapeutInnen ist einfach völlige Erschöpfung, körperliche und emotionale, durch das überwältigende Material, das häufige Auftreten von Krisen, die Notwendigkeit, eine Vielzahl klinischer Fertigkeiten in schneller Folge oder in neuen Kombinationen anzuwenden, und die Skepsis bzw. mangelnde Unterstützung von KollegInnen oder seitens des eigenen Ehepartners.

TherapeutInnen, die mit diesen Gegenübertragungsreaktionen zu tun haben, sollten im Auge behalten, daß sie nur ein Double des Täters bzw. der Täterin sind (Wilber, 1988). Dies bedeutet, seine eigenen verleugneten sadistischen Tendenzen wahrzunehmen; diese äußern sich in Skepsis gegenüber der Trauma-Geschichte, in Verharmlosung oder Rationalisierung des Mißbrauchs, in offenen Gefühlsumschwingen, Abscheu vor dem Verhalten der KlientInnen, in Gefühlen der Verachtung gegenüber der Hilflosigkeit der Klient-

Innen oder in Furcht vor deren Wut. Reagieren die TherapeutInnen mit irgendeiner dieser Gegenübertragungsreaktionen, dann wird die Opferrolle der KlientInnen reaktiviert und sie werden retraumatisiert.

Die Unfähigkeit, die Trauma-Geschichte aufzunehmen, zu glauben und zu bearbeiten: Die Fähigkeit von KlientInnen, ihre Geschichte zu erzählen, ist direkt proportional zur Fähigkeit der TherapeutInnen, zuhören zu können. Dies ist einfach und kompliziert zugleich. KlientInnen, deren TherapeutInnen nicht an die Realität ihrer Erfahrungen glauben, sind nicht bereit, sich zu öffnen. Für diejenigen aber, die glauben und Zweifel außenvor lassen können, ist es keine Frage, daß der Inhalt äußerst schmerzhaft ist. TherapeutInnen müssen dem Material ihrer KlientInnen Gehör schenken, auch wenn es sadistisch, bizarr, lebensbedrohlich und grausam erscheint. Dies bedeutet, sich intellektuell und emotional mit der Existenz des Bösen in der Welt zu konfrontieren. Die Geschichten so vieler Opfer von Traumatisierungen sind voll von zermürbenden Qualen und völligem Horror. TherapeutInnen, die gut mit schwer-mißbrauchten Menschen arbeiten, haben gelernt, täglich zuzuhören, ohne selbst bedroht zu sein. Dies ist keine leichte Aufgabe. Für das Burn-out-Syndrom von TherapeutInnen gibt es ein sicheres "Rezept", nämlich die mangelnde Bereitschaft oder Unfähigkeit, einige Techniken des Selbstschutzes zu trainieren.

Dies stellt ein heikles Thema für Gegenübertragungen dar, denn TherapeutInnen müssen mit ihren Toleranzgrenzen gut umgehen können. TherapeutInnen müssen sich als einfühlsam und heilsam erweisen, ohne dabei sich selbst oder ihre KlientInnen traumatisch zu überwältigen. TherapeutInnen, die unfähig sind, Geschichten einfühlsam zu akzeptieren, "ziehen sich oft auf eine kognitive Distanz zurück und führen eine intellektuelle Therapie durch. Sie spielen dann Detektiv und werden zu abwehrenden SkeptikerInnen oder sorgenvollen WächterInnen über die Wahrheit" (Kluft, 1984).

George Greaves (1988) meint, daß "viele TherapeutInnen nicht nur an die Geschichten ihrer KlientInnen glauben, sondern durch sie auch kaltherzig werden." Sie vermeiden dadurch das verbale Erforschen und Explorieren der Gefühle und Ereignisse und verhindern so die letztendliche Bewältigung der erstmals überwältigenden Erfahrungen. Langs (1968) beschreibt das gleiche als die geheime Übereinkunft, eine Therapie zu vermeiden.

Mit empathischer Verdrängung verbundene Übertragungen

Übertragung

Traumatische Übertragungen: Unter traumatischen Übertragungen versteht man solche Situationen, in denen etwas an den TherapeutInnen selbst oder etwas in ihrer Praxis einen Flashback oder eine traumatische Erinnerung hervorruft. Dies können Stimme, Alter, Größe, Haarfarbe, Körpersprache oder die Art sein, auf jemanden zuzugehen. KlientInnen mit Dissoziativen Identitätsstörungen sind besonders anfällig für diese Art von Übertragungsreaktion, aber sie kann genauso bei anderen traumatisierten Menschen auftreten. Die emotionale Reaktion der KlientInnen auf ihre TherapeutInnen ist grundsätzlich durch die Erfahrung der Gewalt deformiert. Herman (1992) hat auf die intensive Tod-oder-Leben-Qualität traumatischer Erfahrungen hingewiesen, die in anderen Therapien so nicht vorzufinden sind. In traumatischen Übertragungen erhalten TherapeutInnen dieselbe Rolle wie der Täter und/oder die Täterin, deren Gewalt ausagiert wird. Solche Reaktionen werden

häufig durch das Setzen einer Grenze, durch Konfrontation oder durch unangemessenes Verhalten ausgelöst.

Eine traumatische Übertragung kann auch dadurch ausgelöst werden, daß Therapeuten reserviert sind und von sich nichts mitteilen. Diese therapeutische Abstinenz wird dann als ein Mangel an Wärme und Fürsorge, als Feindseligkeit oder als sadistisches Vergnügen am Leiden der KlientInnen interpretiert.

Das Durcharbeiten traumatischer Übertragungen ist nie einfach, da diese immer die Erfahrung der Hilflosigkeit widerspiegeln. Je mehr die KlientInnen von ihrer Hilflosigkeit und Einsamkeit überzeugt sind, desto verzweifelter spürt man ihr Bedürfnis nach einem allmächtigen Retter. Schlüpfen Therapeuten in diese Rolle, dann entwickeln KlientInnen idealisierte Erwartungen an sie, daß sie sie vor dem Wiedererleben der traumatisierenden Gewalt schützen. Probleme entstehen, wenn die Therapeuten nicht in der Lage sind, diese Erwartungen zu erfüllen - was immer der Fall ist. Die KlientInnen werden dann ärgerlich und wütend auf den Täter bzw. die Täterin und übertragen diese Gefühle auf die Therapeuten. Die schrecklichen Gefühle der Gewalt, der Hilflosigkeit, der Scham und der Demütigung werden auf die therapeutische Beziehung projiziert; von nun an wird jedes Wort, jede Geste, jede Absicht, jede Intention und jede Reaktion fehlgedeutet. Nancy Cole (1991) bezeichnet diesen Prozeß als traumatisches Denken.

Gegenübertragung

Distanzierung von emotional belastenden, instabilen Anteilen der Persönlichkeit: Es ist nicht einfach, traumatischen Übertragungen ausgesetzt zu sein. Therapeuten, die selbst ungelöste Probleme im Leben und einen von Vermeidung geprägten Reaktionsstil haben, werden sich eher distanzieren und zurückziehen. Eine diesen Therapeuten gemeinsame Reaktion ist die Abwertung und Mißbilligung derjenigen Aspekte in der Persönlichkeit der KlientInnen, die affektiv belastend sind. Bei der Behandlung Dissoziativer Identitätsstörungen wird diese Art der Gegenübertragung als "Distanzierung von einer feindseligen, verfolgenden Alternativpersönlichkeit" bezeichnet.

Die Fähigkeit, Wut und Feindseligkeit auszudrücken, ist ein wichtiger Bestandteil im Abwehrsystem der Opfer von Traumatisierungen. Werden diese Energien in Bahnen geleitet, die für KlientInnen potentiell oder tatsächlich schädigend sind, müssen die dahinterliegenden Absichten therapeutisch exploriert werden. Den Ausdruck dieser Affekte nicht zu gestatten, sondern zu versuchen, sie wegzuschieben, hieße einen wichtigen und sehr lebendigen Teil des ganzen Daseins der KlientInnen zu verneinen. Die Abwehrfunktion starker Affekte darf nicht ignoriert werden. Distanzieren sich Therapeuten von einem Persönlichkeitsanteil ihrer KlientInnen, dann kreieren sie einen inneren Feind (Watkins & Watkins, 1984). Wenn ein Therapeut oder eine Therapeutin nicht in der Lage ist, bestimmte Affekte ihrer KlientInnen wahrzunehmen, erhält er/sie einen Fingerzeig auf die eigenen ungelösten Konflikte.

Wenn Therapeuten als Beschützer scheitern: Diese Gegenübertragungsreaktion zeigt sich in vielen Facetten. Eine häufig vorkommende, unglückliche Variante ist folgende: Die Therapeuten spielen die Bedeutung auftauchender Themen herunter und lenkt die Therapie auf Bereiche, die eine Verneinung oder einen Rückzug von traumabedingten psychischen Verletzungen bedeuten. Dadurch bekommen die KlientInnen das Gefühl, daß

es nicht nur unsicher ist, bestimmte Themen anzusprechen, sondern daß ihre Anliegen für die Behandlung als irrelevant erachtet werden.

Fehler im Anbieten von Objektkonstanz stellen eine weitere Form des Rückzugs von einer hochbelasteten Behandlung dar. KlientInnen mit starken Wünschen nach Abhängigkeit werden von den Therapeuten beeinflusst, die sehr unflexibel und völlig unfähig sind, ihre Bedürfnisse nach Verschmelzung anzunehmen. Wenn dies auf ungelöste Konflikte im Leben der Therapeuten stößt, kann sich diese Art der Gegenübertragung so äußern, daß die Therapeuten beispielsweise absichtlich nicht zur Verfügung stehen, daß sie ihre KlientInnen nicht zurückrufen, daß sie zufällig andere KlientInnen auf die gleiche Zeit legen, die ursprünglich den traumatisierten KlientInnen zugedacht war, daß sie Störungen während der Therapie zulassen, etc.

Ein schwerer Fehler im Beschützen liegt dann vor, wenn müde und emotional ausgetrocknete Therapeuten nicht in der Lage oder fähig sind, während einer Krise therapeutisch angemessen zu handeln (z.B. versäumen, KlientInnen ins Krankenhaus einliefern zu lassen) und/oder die Dynamik wahrzunehmen und zu interpretieren, die hinter der ständigen Produktion von Krisen steht.

Die Übertragungsbrücke

Es gibt zwei Arten von Übertragungsthemen, die gewissermaßen eine Brücke zwischen Übertragung und Gegenübertragung bilden: Das eine ist Macht und das andere die Besonderheit des Klienten bzw. der Klientin.

Macht: Traumatisierte KlientInnen wurden ihrer Macht und ihrer Wahlfreiheit beraubt. Da sie von denjenigen verletzt wurden, die ihre Macht mißbraucht haben, geht ihre Erwartung dahin, daß wir als Therapeuten ebenfalls unsere Macht mißbrauchen. Herman (1992) weist darauf hin, daß die therapeutische Beziehung einmalig ist, denn die KlientInnen kommen freiwillig in die Therapie und unterwerfen sich einer ungleichen Beziehung, in der Therapeuten sowohl Macht wie Status innehaben. Die Schwierigkeiten, die dies auf dem Weg zu einer therapeutischen Arbeitsbeziehung verursacht, müssen gleich zu Beginn der Therapie gesehen und respektiert werden.

Themen wie Kontrolle tauchen nahezu sofort auf; und genau dann kann Macht in Gegenübertragung umschlagen, in dem Sinne, daß die KlientInnen versuchen, Kontrolle durch Verschiebung der therapeutischen Grenzen auszuüben. Es ist unerlässlich, daß die Therapeuten auf eine freundliche und fürsorgliche Art allen Versuchen widerstehen, die jenseits profunder therapeutischer Praxis liegen. Sie müssen so gut wie möglich - ohne autoritär zu erscheinen - den Rahmen der Therapie wahren und schützen.

Hier gehen sie oftmals einen schmalen Grat. Sie müssen sich daher über ihre eigenen Grenzen und über ihre eigenen Prozesse im klaren sein; und sie müssen einschätzen können, wann es nötig ist, flexibel zu reagieren oder beständig zu bleiben. Opfer von Traumatisierungen haben die Fähigkeit, bei der Verteidigung ihrer Bedürfnisse überzeugend zu argumentieren und sie besitzen viele Qualitäten, die Greaves (1988) als "co-therapeutische Fähigkeiten" bezeichnet hat. Während diese Ideen und Vorschläge zur Methode, zum Vorgehen und zum Behandlungsplan einigen Wert besitzen, kommt es dann zur Katastrophe, wenn Therapeuten die Behandlung ganz an ihre KlientInnen abgeben.

Glücklicherweise können diese Themen meist mit Respekt und Sensibilität behandelt werden. Es gibt jedoch Zeiten, in denen es angemessen und sogar unabdingbar erscheint, unangemessenem und selbstzerstörerischem Verhalten Zügel anzulegen.

Die Besonderheit der KlientInnen: Die Besonderheit der KlientInnen kann ein Thema von Übertragung oder Gegenübertragung sein. Opfer von Traumatisierungen beschäftigen sich fast immer mit ihrer Symptomatologie; KlientInnen mit Dissoziativen Identitätsstörungen besitzen eine ganz eigene Faszination. Unter Umständen sind sich traumatisierte KlientInnen dessen bewußt, daß sie bzw. ihre Erfahrungen spezielles Interesse hervorrufen. Sie achten auf die spezielle Behandlung, die nur sie erfahren, wann immer sich ihre Therapeuten mit KollegInnen über sie beraten. Dieser Schuß kann aber auch nach hinten losgehen. PatientInnen mit Dissoziativen Identitätsstörungen sind nicht immun gegenüber der Aufregung und der Faszination, die jene TherapeutenInnen erfährt, für die dies der erste Fall mit DIS ist. Diese KlientInnen haben die äußersten Winkel menschlicher Existenz kennengelernt. Bei ihnen wurden alle Grundannahmen über Sicherheit und Geborgenheit und über Guthertzigkeit von Menschen erschüttert. Diese Spaltungen in bezug auf Sicherheit und Wertschätzung werden manchmal in der Übertragung dadurch ausagiert, daß diese KlientInnen eine besondere Beziehung zu ihren TherapeutenInnen suchen.

Die Erfahrung des Opferseins ist demütigend und erniedrigend. Ist das Trauma durch andere Menschen verursacht, kann man spezielle negative Einstellungen bei den Opfern von Traumatisierungen feststellen, nämlich die, als Opfer "ausgesucht" worden zu sein. Inzestopfer haben möglicherweise eine einmalige Stellung eingenommen und besondere Begünstigungen erhalten. War das Trauma so stark, daß man es als lebensbedrohlich bezeichnen kann, verursacht es eine Zentrierung auf das Selbst. Ist dieses Selbst dauerhaft in Gefahr, dann ist die Beschäftigung mit dem Überleben oberstes Gebot. Dies führt zu Brüchen in der Fähigkeit, anderen gegenüber einfühlend zu reagieren, gepaart mit einer sehr genauen Abstimmung auf die Wünsche und Erwartungen anderer (Herman, 1992).

Werden die KlientInnen in den Augen der TherapeutenInnen zu etwas Besonderem, dann ist dies ein Thema der Gegenübertragung. Anderweitig kompetente TherapeutenInnen sind mit ihren ganz speziellen und einmaligen KlientInnen schon so in Verstrickungen geraten, daß sie buchstäblich Opfer gebracht haben, indem sie z.B. ihre zwischenmenschlichen Beziehungen und ihre berufliche Laufbahn aufs Spiel gesetzt haben dadurch, daß sie ihr therapeutisches Urteilsvermögen in einem Maße außer Kraft gesetzt haben, wie sie es sich bei anderen KlientInnen nicht im Trauma hätten einfallen lassen. Diese Auswüchse gingen so weit, KlientInnen Geld zu leihen, sie mit nach Hause zu nehmen, mit ihnen zu Konferenzen zu reisen, ihnen zu Diensten zu stehen und, was am schlimmsten ist, sexuelle Beziehungen mit ihnen einzugehen. Natürlich gehen aus einer derartigen Situation beide Seiten als Opfer hervor. Der beste Schutz bei der Arbeit mit komplizierten, bis an die Grenzen gehenden Fällen ist Supervision bei kompetenten, vertrauenswürdigen und erfahrenen TherapeutenInnen.

Diskussion

Fehler in Übertragungsbeziehungen führen zu einer Wiederherstellung der Opferrolle der KlientInnen und zur stellvertretenden Traumatisierung der TherapeutenInnen. Die Notwendigkeit, ständig intensive Gegenübertragungsreaktionen wahrnehmen zu müssen, führt zu

dem, was Charles Figley als "Mitleidsmüdigkeit" und Wilson und Lindy als empathische Anspannung bezeichnet haben. In *Trauma and Recovery* stellt Judith Herman treffend fest, daß niemand allein mit dem Trauma arbeiten kann. Dadurch, daß wir einander kollektive Unterstützung geben, gelingt es uns hoffentlich, die Behandlung von Opfern von Traumatisierungen fortzuführen.

Literatur

- Chu, J. A. (1988). Ten traps for therapists in the treatment of trauma survivors. *Dissociation*, 1, 24-32.
- Danieli, Y. (1988). Confronting the unimaginable: Psychotherapists' reaction to victims of the Nazi Holocaust. In J. Wilson, Z. Harel & B. Kahana (Eds.), *Human adaptation to extreme stress* (S. 219-237). New York: Plenum Press.
- Farber, B. (1988). Case management of post-traumatic stress: A manual for therapists treating sexual assault and dissociative disorders. Westlake Village, CA. (unpubl. portion of doctoral dissertation)
- Greaves, G. (1988). Common errors in the treatment of multiple personality disorder. *Dissociation*, 1, 61-66.
- Herman, J. L. (1992). *Trauma and recovery*. New York: Basic Books.
- Kluft, R. P. (1984). Treatment of multiple personality disorder. *Psychiatric Clinics of North America*, 7, 9-29.
- Kolk, B. v. d. (1995). Oral presentation to Trauma, Loss and Dissociation Conference. Alexandria, Virginia, February.
- Langs, R. J. (1968). *Transference and countertransference*. New York: International Universities Press.
- McCann, I. L., & Pearlman, L. A. (1990). *Psychological trauma and the adult survivor*. New York: Brunner/Mazel.
- Putnam, F. W. (1989). *Diagnosis and treatment of multiple personality disorder*. New York: Guilford.
- Robertello, R. C., & Schoenewolf, G. (1987). *101 Common therapeutic blunders: Countertransference and counterresistance in psychotherapy*. New York: Jason Aronson.
- Summit, R. C. (1983). The child sexual abuse accommodation syndrome. *Journal of Child Abuse and Neglect*, 7, 177-193.
- Watkins, J. G., & Watkins, H. H. (1984). Hazards to the therapist in the treatment of multiple personalities. *Psychiatric Clinics of North America*, 7, 111-119.
- Wilbur, C. (1985). Transference and countertransference in the treatment of multiple personality (Paper presentation to the Second International Conference on Multiple Personality/ Dissociative States, Chicago, October)
- Wilbur, C. (1988). Multiple personality disorder and transference. *Dissociation*, 1, 73-76.
- Wilson, J. P., & Lindy, J. D. (1994). *Countertransference in the treatment of PTSD*. New York: Guilford Press.

Keywords: *Dissociative Identity Disorder, traumatic stress syndromes, transference, countertransference, therapist's reactive style*

Abstract: *Patients diagnosed with complex traumatic stress syndromes also present complex transference reactions. When dissociative identity disorder is added to the equation, difficulties in the transference are further compounded due to layering, fragmentation, and possible differing transference fantasy systems forming hierarchies which hide other reactions. Equally important in the treatment of extreme traumatization is countertransference response. This issue is especially significant in light of emerging research indicating the primacy cause of treatment failure in trauma survivors is countertransference. Utilizing an adaptation of Wilson and Lindy's (1994) model for conceptualizing countertransference based on therapists' reactive style, this paper will explore seventeen (17) transference and countertransference reactions in terms of objective and subjective response as well as either an avoidant or overidentified reactive style of the therapist.*

Barbara M. Farber, Ph.D., Traum Recovery Center, 2239 Townsgate Road, Suite 107, Westlake Village, CA 9136, USA