



## »Bemitleide dich mal nicht selbst!«

### Reaktionsmuster auf Psychotherapieberichte über Patienten mit und ohne Gewalterfahrung

Luisa Sievers · Susanne Singer 

Angenommen: 8. Juni 2021  
© Der/die Autor(en) 2021

**Zusammenfassung** Gewalterfahrungen in der Kindheit und Jugend werden möglicherweise psychisch so verarbeitet, dass das Gegenüber später in einer spezifischen Weise auf die Betroffenen reagiert. Wir untersuchten dies anhand der Frage, ob sich Reaktionen (Assoziationen) auf Berichte an den Gutachter dahingehend unterscheiden, ob der Patient Gewalterfahrungen in der Kindheit oder Jugend in der Herkunftsfamilie gemacht hat oder nicht. Es wurden 22 pseudonymisierte Berichte an den Gutachter im Rahmen des Antragsverfahrens auf Kostenübernahme von Psychotherapie von zwei Untersucherinnen qualitativ analysiert. Die Analyse erfolgte über die Qualitative Inhaltsanalyse nach Mühlfeld.

Beim Vergleich der deduktiv entwickelten Kategoriensysteme konnten im Hinblick auf die Reaktionsmuster Parallelen, aber auch mehrere Differenzen zwischen den beiden Patientengruppen festgestellt werden. Als Reaktionsmuster auf Patienten mit Gewalterfahrung zeigten sich Sprachlosigkeit, Tod oder Sich-verstecken-Wollen, was sich so bei der anderen Gruppe nicht fand. Parallelen ergaben sich unter anderem bei Reaktionsmustern von Zartheit, Ekel oder Relativierung von Leid. Bei Berichten über Patienten ohne Gewalterfahrung kam es zu einer größeren emotionalen Varianz in den Reaktionsmustern.

Die gefundenen Reaktionsmuster stimmen nur teilweise mit Angaben der Literatur zu „typischen“ Gegenübertragungsreaktionen auf traumatisierte Patienten überein. Die geringere emotionale Varianz gegenüber Berichten von Patienten mit Gewalterfahrungen könnte ein empirischer Beleg für deren geringere Symbolisierungsfähigkeiten sein.

---

Dieses Manuskript wurde nach den Vorgaben der „consolidated criteria for reporting qualitative research“ (COREQ) erstellt.

---

Prof. Dr. Susanne Singer (✉)  
Institut für Medizinische Biometrie, Epidemiologie und Informatik, Universitätsmedizin der Johannes Gutenberg-Universität Mainz, Obere Zahlbacher Str. 69, 55131 Mainz, Deutschland  
E-Mail: [singers@uni-mainz.de](mailto:singers@uni-mainz.de)

## “Don’t feel sorry for yourself!”

Reaction patterns towards psychotherapy reports of patients with and without experience of violence

**Abstract** Experiences with violence in childhood and adolescence are possibly mentally processed by the victim in such a way that other individuals later react in a particular manner towards the victim. We investigated this based on the question whether reactions (associations) towards the psychotherapy reports to the reviewer differ depending on whether the patients experienced violence in childhood and adolescence within their birth family or not. A qualitative analysis of 22 pseudonymized psychotherapy reports to the reviewer was performed by two investigators in the context of the application procedure for reimbursement of costs. The analysis was carried out using the qualitative content analysis according to Mühlfeld.

By a comparison of the deductively developed category system, parallels but also several differences could be found between the two patient groups with respect to the reaction patterns. As reaction patterns to patients with experience of violence we found speechlessness, death or wanting to hide, which was not found in the other group. Similar reaction patterns between the two patient groups included tenderness, disgust and the relativization of suffering. A broader variance of emotions emerged in the reaction patterns when reading the psychotherapy reports of the patients without experience of violence.

The reaction patterns found only partially matched the descriptions in the literature on “typical” countertransference reactions in the context of traumatized patients. The lower emotional variance to reports of patients with experience of violence could be empirical evidence of their lower capability for symbolization.

## Hintergrund

Sowohl in der Auseinandersetzung mit psychischer Traumatisierung in der frühen medizinischen Forschung (Freud und Breuer 1895d) als auch in der modernen psychodynamischen Traumatherapie-Forschung (Rudolf 2004) wurde und wird deutlich, dass sich in der therapeutischen Beziehung zu traumatisierten Menschen besondere unbewusste Prozesse abspielen. Diese Prozesse rühren von der Bedrohlichkeit des psychischen Traumas beziehungsweise der Gewalterfahrung her und kanalisieren sich häufig in der therapeutischen Beziehung über sehr starke, schwer zu steuernde und oft negative Affekte (Harper und Steadman 2003).

Um sich vor den starken Affekten der traumatisierten Person, wie beispielsweise Hilflosigkeit, Hass, Ohnmacht oder Verzweiflung, zu schützen, kommt es häufig zu besonders ausgeprägten affektiven Gegenübertragungsreaktionen (Farber 1995; Kernberg 1965). Sie unterscheiden sich in ihrer Stärke und den zugrunde liegenden Mechanismen von denen bei Patienten ohne diese Erfahrungen (Klein 1964; Moeller 1977; Frank und Weiß 2007; Peichl 2000).

Gegenübertragung manifestiert sich in Affekten, Verhaltensweisen, Stimmungen, Fantasien und anderen Reaktionen. Diese Phänomene sind nach Freud (1912b) als Reaktion auf Übertragungsprozesse des jeweiligen Patienten zu verstehen und damit

spezifisch für einen individuellen Patienten, seine Lebenserfahrungen und Pathologien. Im Gegensatz zu Freud (1910d), der davon ausging, die Gegenübertragung sei ein zu überwindendes Übel im therapeutischen Kontakt, urteilte Heimann (1950), dass die Gegenübertragung als hilfreiches diagnostisches Instrument dienen könne. Der Analytiker solle seine innere Reaktion auf die Übertragung spüren und diese zum Verständnis der innerpsychischen unbewussten Prozesse des Patienten nutzen (Heimann 1950). Weitere Autoren wie Winnicott (1949) und vor Heimann bereits Ferenczi (1919) entwickelten eine ähnlich positive Haltung gegenüber der Gegenübertragung. Zu dieser Zeit gilt Gegenübertragung zum ersten Mal als konstruktiv und hilfreich für den therapeutischen Kontakt. Kernberg (1983) ist ähnlich wie Heimann der Meinung, die Gegenübertragung speise sich nicht nur aus Übertragungsgefühlen des Patienten, sondern auch aus der aktuellen oder früheren Realität des Analytikers. Im aktuellen Diskurs ist der emotionale Resonanzvorgang der Gegenübertragung nach wie vor eines der wichtigsten Instrumente der psychoanalytischen Technik, der sich ansatzweise auch neurobiologisch nachweisen lässt (Bauer 2007). Unter forschungsmethodischer Perspektive ist die Gegenübertragung eine Therapeutenvariable und ein Aspekt des emotionalen Zustands von Psychotherapeuten. Um Patienten gut behandeln zu können, muss laut Faller (1999) diese intime Komponente besonders geschützt werden, was auch beinhaltet, dass sie nicht erfasst werden sollte. Dies könnte eventuell erklären, wieso wenige empirische Untersuchungen zu Gegenübertragungssphänomenen vorliegen (Faller 1999).

### **Unterschiede in der Gegenübertragung**

Die Gegenübertragung bei langjährig traumatisierten Patienten unterscheidet sich laut verschiedener klinisch-theoretischer Arbeiten (Fischer und Riedesser 2009; Dulz 2004) im Hinblick auf mehrere Aspekte von der bei anderen Patientengruppen. Sie zeichne sich unter anderem häufig durch eine größere emotionale Intensität aus. Diese Wahrnehmung intensiver Gegenübertragungsgefühle wurde – über das klassische Übertragungskonzept hinausgehend – in der Theorie projektiver Übertragungen konzeptualisiert. Die starken Affekte können vom Patienten nicht integriert und reguliert werden, sondern müssen auf andere – hier den Therapeuten – projiziert werden (Holderegger 1993). Auch gedächtnistheoretisch können diese projektiven Übertragungen von weniger intensiven Übertragungen abgegrenzt werden: Ermann (2012, S. 100) differenziert stark affektive Übertragungen, die er „prozedurale Übertragung“ nennt, von „episodischen Übertragungen“, denen eine semantische Verarbeitung von Ereignissen inhärent ist. Das Problem fehlender sprachlicher Ausdrucksmöglichkeit zeigt sich darin, dass Affekte damit häufig „archaisch“ erlebt werden. Dann werden die „nicht zu bewältigenden Gefühle des Traumaopfers ... direkt, ohne eine schützende Membran und ohne eine kognitive Verarbeitung intrusiv im Gesprächspartner manifest ...“ (Henningsen 2012, S. 223). Auf diese Art der Übertragung wird dann häufig mit viel stärkeren Affekten in der Gegenübertragung reagiert als auf Affekte einer episodischen Übertragung.

Neben einer besonderen Intensität der Affekte werden in der Literatur auch oft typische Gegenübertragungsgefühle beschrieben, die im Kontakt mit traumatisierten Patienten besonders ausgeprägt sein können; zum Beispiel werden mit Bezug auf die

Holocaust-Forschung Angst, Scham, Hoffnungslosigkeit und Hilflosigkeit, Schuld, Wut/Ärger sowie Mitleid und Bewunderung gegenüber Patienten genannt (Danieli 1984).

Neben der Reaktualisierung des inneren Geschehens des Patienten während der Traumatisierung (Dissoziation, affektive Überflutung) in der therapeutischen Beziehung bietet sich im Gegenübertragungsgeschehen auch oft eine zweite Ebene dar, welche die früher erlebten sozialen Interaktionen betrifft. Patient und Therapeut können in der Übertragung und Gegenübertragung zeitweise die inneren Repräsentanzen der erlebten Täter-Opfer-Dynamik nachfühlen (Davies und Frawley 1992).

Die Neigung des Patienten, den Therapeuten in eine komplementäre oder konkordante Rolle des Opfers beziehungsweise Täters zu weisen, begründen Fischer und Riedesser (2009, S. 397 f.) mit dem Versuch, „fraktionierte Schemata in der therapeutischen Beziehung zu inszenieren ... auf dem Hintergrund einer traumatischen Beziehungserfahrung“.

Gegen das Erleben der genannten Gegenübertragungsgefühle und das Gewahrwerden traumatischer Lebenserfahrungen, die in besonderer Weise Ängste und Hilflosigkeit auslösen können, manifestieren sich laut Henningsen (2012) oft unbewusste Abwehrphänomene, welche sich in der therapeutischen Beziehung zeigen. Aufgrund innerpsychischer Abwehr kann der Therapeut dem Patienten beispielsweise mit Fehleinschätzungen, Bagatellisierung, Verleugnung, Rationalisierung oder Intellektualisierung der Gewalterfahrungen begegnen (Fischer und Riedesser 2009).

Diese in der Literatur ausgearbeiteten Gedanken beruhen häufig auf theoretischen Überlegungen und Beobachtungen der eigenen Gegenübertragung in der klinischen Praxis. Selten findet man Versuche, diese Überlegungen überindividuell zu prüfen. In der hier vorgelegten Studie wurde daher eine empirische Überprüfung dieser Annahmen versucht. Es wurde analysiert, ob sich Reaktionsmuster auf Berichte an den Gutachter im Rahmen der Anträge auf Kostenerstattung für Psychotherapie dahingehend unterscheiden, ob die beschriebenen Patienten langjährige Gewalterfahrungen in ihrer Kindheit beziehungsweise Jugend gemacht haben oder nicht. Diese Reaktionsmuster verstehen wir als eine Annäherung an Gegenübertragungsphänomene.

## Material und Vorgehen

Berichte von ärztlichen und psychologischen Psychotherapeuten, die im Rahmen des kassenärztlichen Gutachterverfahrens geschrieben wurden, waren Ausgangspunkt der Untersuchung. Es handelte sich um Erst- beziehungsweise Umwandlungsanträge auf analytische oder tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie bei erwachsenen Versicherten.

Die Berichte zeigen notwendigerweise vorrangig die subjektive Sichtweise des Psychotherapeuten und seine Interpretation und Gewichtung der vom Patienten beschriebenen Lebenserfahrungen und Symptome. Die Berichte sind als Produkte einer intersubjektiven Abstimmung zwischen Patienten und Therapeut zu verstehen, vor dem Hintergrund eines Dritten – des Gutachters und der Psychotherapie-Richtlinien.

Aus 40.000 Psychotherapieanträgen aus ganz Deutschland mit den dazugehörigen Berichten an den Gutachter wurden per Zufallsprinzip 250 Berichte aus den

Jahren 2001, 2010 und 2017 gezogen und pseudonymisiert. Das heißt, alle personenidentifizierenden Daten sowohl von Patienten als auch von Therapeuten wurden geschwärzt, inklusive der Chiffre. Die Berichte erhielten eine konsekutive Identifizierungsnummer (ID) und wurden anschließend gelesen. Dabei wurde erfasst, bei welchen Patienten über Gewalterfahrungen in Kindheit oder Jugend berichtet wurde. Im Folgenden wurden diese Patienten als „mit Gewalterfahrung“ klassifiziert, die anderen als „ohne Gewalterfahrung“ (wohl wissend, dass eine fehlende Erwähnung von Gewalt nicht bedeuten muss, dass die Patienten wirklich keine Gewalt erlebt haben). Als „Gewalt“ definierten wir körperliche und sexuelle Übergriffe innerhalb oder außerhalb der Familie. Diese konnten einmalig oder mehrfach stattgefunden haben. Rein verbale Gewalt, beispielsweise „Hänseln in der Schule“, zählten wir nicht dazu. In die weitergehende qualitative Analyse eingeschlossen wurden Berichte über Patienten, die als Kind oder Jugendlicher länger andauernde Gewalt innerhalb der Familie erlebt hatten.

Den Berichten über Patienten mit Gewalterfahrung wurde eine gleiche Zahl von Berichten über Patienten ohne Gewalterfahrung gegenübergestellt. Dabei wurden Berichte von Patienten gewählt, die hinsichtlich Alter und Geschlecht mit den Patienten mit Gewalterfahrung übereinstimmten. Aufgrund der Fallzahl konnte nicht noch zusätzlich nach ICD-Code parallelisiert werden. Die Berichte der Patienten ohne Gewalterfahrung wurden aus dem verbleibenden Pool an Berichten entnommen.

Die Berichte an den Gutachter wurden von zwei Untersucherinnen (den Autorinnen) gelesen, und unabhängig voneinander verschriftlichten diese eigene Einfälle und innere Bilder. Diese Assoziationen können als Reaktionsmuster gegenüber der Patient-Therapeut-Dyade, und damit als Annäherung an Gegenübertragungssphänomene, verstanden werden. Fragen, welche die Assoziationen auf den Bericht evozierten halfen, waren: „Welche Bilder oder Metaphern für den Patienten fallen mir ein?“ „Wie stelle ich mir den Patienten vor?“ „Wovor hätte ich in der Behandlung Angst?“ und „Was für Affekte habe ich in Bezug auf den Patienten?“ Die Assoziationen, die gebildet wurden, wurden anschließend im Tandemverfahren zusammengetragen und diskutiert<sup>1</sup>. Für die verschriftlichten Assoziationen der Untersucherinnen wurden jeweils zwei Kategoriensysteme mithilfe der Qualitativen Inhaltsanalyse nach Mühlfeld et al. (1981) entwickelt, jeweils für die Gruppe mit Gewalterfahrung und für die Gruppe ohne Gewalterfahrung. Die Kategorien wurden mit Ankerbeispielen versehen und dann für eine genauere formale Unterscheidung in drei Oberkategorien eingeteilt.

Diese sind 1.) Fantasien beziehungsweise Wahrnehmungen über die im Bericht dargestellten Patienten, 2.) emotionale Reaktionen auf die Patienten und 3.) Handlungstendenzen, die das Lesen des Berichts bei den Untersucherinnen auslöste. Diese drei Oberkategorien wurden jeweils in negative, positive und uneindeutige (neutrale) Reaktionen differenziert.

Die ermittelten Kategorien wurden auf ihre Distinktheit und Exaktheit hin untersucht. Sie wurden in mehreren Durchläufen am Material rücküberprüft und ggf. revidiert und angepasst. Abschließend wurden die Kategorien der Kategoriensysteme

---

<sup>1</sup> Um möglichst wenig Eigenübertragung in die Assoziationen einfließen zu lassen, wurden ein konsensuelles Vorgehen und die Triangulation angestrebt.

beider Gruppen miteinander verglichen sowie Parallelen und Unterschiede zwischen den Kategoriensystemen im Hinblick auf die Gruppenzugehörigkeit „Gewalterfahrung“ beziehungsweise „keine Gewalterfahrung“ herausgearbeitet.

Nach der qualitativen Auswertung wurden  $\chi^2$ - sowie Mann-Whitney-U-Tests mithilfe von STATA Version 12 gerechnet, um neben den qualitativen Unterschieden auch zu eruieren, ob es statistisch signifikante Unterschiede in den Häufigkeiten der genannten Reaktionsmuster gibt, je nachdem, ob im Bericht Gewalterfahrungen genannt wurden oder nicht.

## Ergebnisse

### Stichprobe

Von den 250 Berichten enthielten insgesamt 63 (25 %) Angaben über erlittene körperliche und/oder sexuelle Gewalt innerhalb der Familie. Davon wurden 11 für die umfangreiche qualitative Analyse ausgewählt. In all diesen Berichten wurden langjährige und wiederkehrende Gewalterfahrungen im Kindesalter beschrieben.

In 5 der 11 Berichte wurden körperliche Gewalterfahrungen beschrieben, beispielsweise:

- „Sie sei oft für Nichtigkeiten bestraft worden, hauptsächlich mit Gebrüll, Stubenarrest, Schlägen ... Einmal habe sie [die Mutter] gar mit dem Küchenmesser nach ihr geworfen“ (ID A070)<sup>2</sup>.
- „Sie [die Mutter] habe ,viel geprügelt, gebissen und mit Ausdrücken geschimpft.‘ ... Obwohl er [der Vater] auch die Pat. verprügelt habe ... habe er sie ,mehr als alle anderen geachtet““ (A082).

Bei 6 Patienten wurden sexuelle (beziehungsweise sexuelle und körperliche) Gewalterfahrungen benannt, zum Beispiel:

- „Den Vater hat die Pat. als brutalen Sadisten erlebt ... Als sie 14 Jahr alt gewesen sei, habe ihr Vater im alkoholisierten Zustand versucht, sie zu vergewaltigen“ (C057).
- „Bis zu diesem Zeitpunkt habe Herr [abgekürzter Name] sexuelle Gewalt durch weibliche Familienmitglieder erfahren, vom Vater sei er regelmäßig geschlagen worden“ (C067).

In 179 Berichten wurde weder über innerfamiliäre Gewalt noch über Gewalt in der Partnerschaft oder im außerhäuslichen Bereich berichtet. Aus diesem Pool von Berichten ohne Gewaltschilderungen wurden ebenfalls 11 Berichte gezogen, sodass zu insgesamt 22 Berichten Assoziationen gebildet wurden, die anschließend qualitativ und quantitativ ausgewertet wurden.

Diese 22 Berichte gehörten zu 3 Anträgen auf analytische Psychotherapie und 19 Anträgen auf tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie.

<sup>2</sup> Entsprechend den Richtlinien für Berichte über qualitative Forschung (COREQ) geben wir das Pseudonym des Berichtes (die so genannte ID) bei jedem Zitat mit an.

## Kategorienbildung

Insgesamt 470 Reaktionen beziehungsweise Assoziationen wurden von den Untersucherinnen gebildet. Diese ließen sich zu 51 Kategorien zusammenfassen, die wiederum 3 Oberkategorien zugeordnet wurden:

1.) Fantasien beziehungsweise Wahrnehmungen über die im Bericht dargestellten Patienten, 2.) emotionale Reaktionen auf die Patienten und 3.) Handlungstendenzen, die bei den Untersucherinnen beim Lesen des Berichts ausgelöst werden. Die drei Oberkategorien wurden jeweils in negative, positive und uneindeutige (neutrale) Reaktionen differenziert.

Die Ankerbeispiele sind bei der Einordnung besonders zu berücksichtigen. So macht das Ankerbeispiel beispielsweise bei der Kategorie „Wut, abgespaltene Wut“, die auf den ersten Blick der Oberkategorie der emotionalen Reaktion zugeordnet werden könnte, deutlich, dass es bei den Assoziationen um Vorstellungen von wütenden Patienten geht, also nicht darum, dass bei den Untersucherinnen Wut ausgelöst wurde.

## Reaktionen auf die Berichte über Patienten mit Gewalterfahrung

In *Oberkategorie 1 (Fantasien und Wahrnehmungen)* war die einzige positive Assoziation zu Berichten mit Gewalterfahrung die „plastische Darstellung des Leids“ (Ankerbeispiel: „Das Zuhause von ihr [der Patientin] wirkt plastisch. Ich kann mir das gut vorstellen; es war sicher auch schlimm“ [C057]).

Negative Fantasien zu verschiedenen Berichten waren „Misstrauen/Zweifel am Opferstatus“ („Wie schlimm war sie als Baby, dass die Mutter sie, wo sie selbst Hebamme ist, weggeben wollte?“ [B015]); „Tod“ („Sarg, Tod“ [A070]); „nicht echt“ („Drama, Bühne“ [A082]); „Wut/abgespaltene Wut“ („wütendes Rumpelstilzchen“ [A055]); „Schuld/Buße“ („Psychiatrie/Gefängnis als Berufswunsch: sie muss lernen, wie ‚Bekloppte‘ sind. Aber auch: Sie ist schuld, muss büßen“ [A055]); „Loyalität zum Täter“ („Patientin ist immer noch loyal ggü. der Mutter [kein Kontakt zur Schwester, weil diese die Mutter kritisiert!]“ [A055]) sowie „Verstecken/Verkriechen“ („Sie will sich verkriechen, kleiner machen“ [B028]).

Uneindeutige (neutrale) Fantasien über Patienten wurden folgenden Kategorien zugeordnet: „Zartheit“ („transparent, zart, durchsichtig, verletzlich“ [A055]); „Verantwortungsgefühl“ („Das einzig Klare: Sie muss sich um alle kümmern und alles hinnehmen“ [B024]); „anderes Alter“ („Sie wirkt jünger, vielleicht wie 16“ [A082]); „mangelnde Kohärenz/Abspaltung“ („diffuses Gefühl von: Irgendwas fehlt, ist ungesagt“ [C050]); „zwei Seiten/Ambivalenz“ („Ich denke an Dr. Jekyll und Mr. Hyde“ [A082]) und „Therapierbarkeit/Symptomatik“ („Therapie als Alternative zum Leben? Was sucht sie bei den Therapeuten?“ [A070]).

Der *Oberkategorie 2 (emotionale Reaktionen)* wurden folgende negative Kategorien zugeordnet: „Abwertung/Härte“ („Sie löst Strenge in mir aus: Bemitleide dich mal nicht selbst“ [B015]); „Ablehnung/mangelndes Mitgefühl“ („unsympathisch“ [B015]); „unheimlich“ („magisch, unheimlich“ [A062]); „Gleichgültigkeit“ („Watte im Kopf“ [A070]); „Ekel“ („Ekel und Verachtung für sie [schweißnasse Hände]“ [A070]); „nichtverstehen/Verwirrung“ („Sie hat vieles nicht verstanden, es ist ein-

fach so passiert, und ich verstehe auch wenig“ [A070]); „Schwäche/Erschöpfung“ („Ich fühle mich müde, erschöpft“ [A070]); „Hoffnung(slosigkeit) bezüglich der Therapie“ („Hoffnungslos, ich kann mir kaum vorstellen, dass die Therapie etwas bewirken kann, im Sinne von dauerhafter Veränderung“ [C067]) sowie „Sprachlosigkeit“ („Irgendwie bin ich sprachlos, das Gefühl, jedes Wort wäre zu viel, wird ihr [der Patientin] nicht gerecht“ [C057]).

Positive emotionale Reaktionen auf Berichte von Patienten mit Gewalterfahrung wurden zu Kategorien „Mitgefühl/Interesse“ („Ich bin kurz vorm Weinen [aus Mitgefühl]“ [C087]) sowie „Bewunderung für Patient/positive Gefühle“ („Fasziniert, bewundernd, dass sie das bisher überlebt hat“ [A082]) zusammengefasst.

Die *dritte Oberkategorie (Handlungstendenzen)* beinhaltete die negativ konnotierten Kategorien „Zweifel am Wahrheitsgehalt der Biografie“ („Teilweise glaube ich die Erlebnisse nicht so; vielleicht will ich sie nicht glauben“ [A082]) und „Desinteresse/Distanzwunsch“ („Ich gehe beim Lesen eher auf Distanz, hätte keine Lust auf die Behandlung“ [C041]) sowie die uneindeutige Handlungstendenz „Fragen zum Trauma“ („Ich habe Fragen, was sind zum Beispiel Inhalte der Flashbacks?“ [C067]).

## Reaktionen auf die Berichte über Patienten ohne Gewalterfahrung

Die Assoziationen zu den Berichten von Patienten ohne Gewalterfahrung ließen sich ebenfalls den drei Oberkategorien zuordnen, die bei Patienten mit Gewalterfahrung gefunden worden waren.

*Oberkategorie 1 (Fantasien, Wahrnehmungen)*: Eine positive Assoziation, die auch bei den Patienten ohne Gewalterfahrung gebildet wurde, war die „plastische Darstellung des Leids“ („Es entsteht ein plastisches Bild von ihr“ [B022]).

Negative Assoziationen beziehungsweise Wahrnehmungen über den konkreten Patienten waren den Kategorien „Patient als Aggressor“ („Rachegöttin, eine Medusa, wer sie anblickt, erstarrt“ [A084]); „künstlich/aufgesetzt“ („Irgendwie ekelt sie mich etwas an, das wirkt alles so übertrieben“ [B022]); „Hilflosigkeit/Verlorenheit“ („Patientin wirkt insgesamt hilflos und sich selbst gefährdend“ [A045]); „Identitätsprobleme/unklar für den Patienten, wie er ist“ („Sie kann die Mutter gut beschreiben, aber sich selbst offenbar kaum“ [B016]); „emotionaler Missbrauch des Patienten“ („transgenerationale Problematik: Tochter wird emotional missbraucht, um Schuldgefühle der Mutter zu mildern“ [B022]) sowie „Anklammerung des Patienten/andere emotional missbrauchen“ („dicke Herpes an der Lippe, die man nicht los wird und die sich ausbreiten“ [A045]) zugerechnet.

Assoziationen über den dargestellten Patienten im Bericht, die weder als eindeutig positiv noch eindeutig negativ zu kategorisieren sind, waren: „anderes Alter“ („Ich stelle mir eine Frau Anfang 60 vor, aber nein, wenn der Mann jetzt Rentner ist und sie 20 Jahre jünger, dann ist sie vermutlich um die 45“ [C006]); „Zartheit“ („Sie wirkt fragil trotz allen Kampfes“ [C008]); „Symptomatik/Therapierbarkeit“ („Erinnert mich an die typische Dynamik bei Anorexiepatienten“ [B016]); „mangelnde Kohärenz/Abspaltung“ („Sie ist immer das arme Opfer und, was nicht dazu passt, verdrängt sie irgendwie, zum Beispiel den Schwangerschaftsabbruch“ [B016]); „zwei Seiten/Ambivalenz“ („Hakenkreuz und Christuskreuz“ [B022]); „At-



traktivität/Sexualität“ („Irgendwie scheinen ja Weiblichkeit und Sex schon früher schwer gewesen zu sein“ [C006]); „Ordnung“ („Klingt nach einem ruhigen geordneten Leben“ [C070]); „bekommen/nichtbekommen“ („Hypochondrie ist eventuell der Wunsch, Versorgung zu bekommen“ [A084]) und „Freiheit“ („Freiheit fällt mir immer wieder als Begriff ein“ [B007]).

Unter die *zweite Oberkategorie (emotionale Reaktionen)* wurden dreizehn Kategorien subsumiert. Positive Gefühle gegenüber den in den Berichten dargestellten Patienten waren „Mitgefühl/Interesse“ („Interessiert an dieser Geschichte, das ist echt was Besonderes“ [A084]); „Sorge“ („Sorge, dass sie noch Anorexie oder starke narzisstische Züge entwickelt, wenn die Therapie nicht gelingt“ [B016]); „Bewunderung für Patienten/positive Gefühle“ („Bewundernswert, mit 73 Jahren eine Therapie zu beginnen“ [B022]). Negative Gefühle wurden unter den Kategorien „Ekel“ („Ich finde sie ein wenig eklig“ [A045]); „Langeweile“ („Klingt nach einem klassischen, nicht besonders spannenden, recht leichten Fall, sicher gut für Anfänger“ [C070]); „Ablehnung/Lieblosigkeit“ („Ich mag sie nicht besonders, wahrscheinlich vor allem durch dieses ‚Ich war ja immer gut und hab alles probiert‘“ [B022]); „Neid“ („Ich bin irgendwie etwas neidisch“ [C070]); „nichtverstehen/Verwirrung“ („Ich bin konfus, ich kann kaum bei einem Gedanken verweilen“ [C008]); „Hoffnung(slosigkeit) bezüglich der Therapie“ („Ich denke, dass die Erfolgsaussichten eher mau sind“ [A084]); „Erschrecken über Patienten“ („Die Sache mit dem Tresor und dem ‚männermordend‘ lässt mich erschrecken“ [C099]); „Ärger/Aggression“ („Ich bin auch etwas ärgerlich, dass er seine Frau so verletzt“ [A049]); „Unruhe“ („Unruhe“ [A084]) eingeordnet. Zu den uneindeutigen emotionalen Reaktionen wurden die Kategorien „Überraschung“ („Es wundert mich, dass sie soziale Ängste hat“ [C099]) und „wenig fühlen“ („Ich fühle wenig, auch wenig Aggression, vergesse hier auch fast zu schreiben“ [B007]) gerechnet.

In die *Oberkategorie 3 (Handlungstendenzen)* wurden folgende Kategorien eingeordnet: „emotional bei anderen sein/emotional nicht bei dem Patienten sein“ („Mir fällt immer nur was zur Therapeutin ein; die Patientin geht irgendwie unter“ [C006]); „Desinteresse/Distanzwunsch“ („Er interessiert mich irgendwie nicht“ [A049]); „Zweifel am Leiden der Person“ („Kann ihn irgendwie nicht ernst nehmen, wirkt auf mich eher niedlich, so wie er sich und sein Handeln auch nicht ernst nimmt“ [A049]); „Relativierung des Leids“ („Ich hätte sie vielleicht eher zu einer Beratung geschickt“ [C070]) sowie „Kritik an Bericht“ („Ich möchte Ruhe reinbringen und 50 % aus dem Bericht streichen“ [C008]). Diese Kategorien wurden als negative Handlungstendenzen in Bezug auf die Patienten ohne Gewalterfahrung kategorisiert. Positive oder neutrale Handlungstendenzen wurden hier nicht beschrieben.

## Vergleich zwischen beiden Patientengruppen

### *Inhaltliche Unterschiede*

Die Untersucherinnen empfanden beiden Gruppen gegenüber relativ häufig negative Gefühle und Handlungstendenzen, was teilweise die Affekte und Impulse, die frühere Bindungspersonen gegenüber den Patienten erlebten, widerspiegeln dürfte.

Hier sind Ekel und der Wunsch, sich zu distanzieren, zu nennen. Beim Lesen von 91 % (keine Gewalt) beziehungsweise 73 % (Gewalt) aller Berichte tauchten negative Gefühle bei den Untersucherinnen auf (vgl. Abschn. „Quantitative Unterschiede“). Zudem assoziieren die Untersucherinnen bei beiden Gruppen ein Gefühl der Ablehnung, die Patienten wurden als unsympathisch empfunden, oder die Untersucherinnen hatten ein Gefühl des „Genervtseins“ und des mangelnden beziehungsweise fehlenden Mitgefühls. Allerdings gibt es bei diesen negativen Reaktionen auch Unterschiede.

In Bezug auf *Patienten mit Gewalterfahrung* wurde zusätzlich zu der Kategorie „Ablehnung“ die Kategorie „Abwertung/Härte“ entwickelt, die so im Kategoriensystem der anderen Gruppe nicht vorkommt. Dabei assoziierten die Untersucherinnen Gefühle, die eine gewisse Härte implizieren: „Sie löst Strenge in mir aus: Bemitleide dich mal nicht selbst!“ (B015) oder starke Abwertung, die qualitativ über Ablehnung hinausgeht: „Du [die Patientin] bist eine Zumutung!“ (A070).

Nur bei Berichten über *Patienten ohne Gewalterfahrungen* kam es zu Neidgefühlen bei den Untersucherinnen. Diese Neidgefühle richteten sich meist auf die Patienten selbst.

Beim Lesen der Berichte von Patienten ohne Gewalterfahrungen traten bei den Untersucherinnen zudem Affekte wie Langeweile auf; sie fühlten sich zeitweise emotional abgelenkt und waren gedanklich eher bei anderen Personen, die im Bericht erwähnt wurden, nicht bei den Patienten.

In Bezug auf beide Gruppen bestand bei den Untersucherinnen die Tendenz, dass der Patient selbst beziehungsweise seine leidvollen Erfahrungen angezweifelt oder relativiert werden. Auch hier gab es bei näherer Betrachtung allerdings Unterschiede: Bei den Zweifeln beziehungsweise Relativierungen in Bezug auf die Patienten *ohne Gewalterfahrung* steht eher im Vordergrund, dass beispielweise das Leid der Patienten nicht ernst genommen oder im Vergleich zu anderen Leiderfahrungen relativiert wird („[Ich] Denke böse, dass sie den Platz bitte für jemanden mit richtigen Problemen freimachen soll“ [C070]). Im Hinblick auf die Patienten *mit Gewalterfahrungen* wird von den Untersucherinnen der Wahrheitsgehalt der Aussagen hinterfragt: „Teilweise glaube ich die Erlebnisse nicht so, vielleicht will ich sie nicht glauben“ (A082). Es wird auch infrage gestellt, ob die Patientin nicht eine Mitschuld trägt oder die Gewalt auch mochte: „Wie schlimm war sie als Baby, dass die Mutter sie, wo sie selbst Hebamme ist, weggeben wollte?“ (B015).

Die Kategorie „Patient als Aggressor“ wurde nur im Kategoriensystem der Patienten *ohne Gewalterfahrungen* kodiert. Die drei Kategorien „Loyalität zum Täter“, „unheimlich“ und „Schuld/Buße“ wurden dagegen nur nach dem Lesen der Berichte der Patientengruppe *mit Gewalterfahrungen* gebildet. Die Kategorie „Schuld/Buße“ kann als Ausdruck des Abwehrmechanismus Identifikation mit dem Aggressor gelesen werden. Die Kategorie „unheimlich“ verweist eventuell auf die Atmosphäre in traumatischen Situationen beziehungsweise das Alltagsgefühl mit Bindungspersonen, die Gewalt ausüben.

Die Kategorien „Ärger/Aggression“ bzw. „Wut/abgespaltene Wut“ sind nicht direkt vergleichbar. Wut impliziert eine stärkere Intensität. Die Patienten *mit Gewalterfahrungen* werden von den Untersucherinnen eher als aggressiv wahrgenommen, wohingegen die Patienten *ohne Gewalterfahrungen* eher in den Untersucherinnen

Ärger auslösen. Die Kategorien „zwei Seiten/Ambivalenz“ und „mangelnde Kohärenz/Abspaltung“ wurden bei beiden Patientengruppen exakt gleich benannt. Auch in ihrer Qualität ähneln sich die Kategorien, allerdings gab es rein quantitativ bei „zwei Seiten/Ambivalenz“ deutlich mehr Aussagen zu den Berichten von Patienten *mit Gewalterfahrung* (zu quantitativen Unterschieden vgl. den Abschnitt „Quantitative Unterschiede“).

Die Reaktionsmuster „künstlich/aufgesetzt“ (Kategorie bei Patienten *ohne Gewalterfahrung*) und „nicht echt“ (Kategorie bei Patienten *mit Gewalterfahrung*) erscheinen auf den ersten Blick ähnlich, sind es aber bei genauerer Untersuchung nicht. Bei den Patienten *ohne Gewalterfahrung* impliziert die Kategorie eher Affektiertheit und das Gefühl mangelnder Authentizität („Barbie“ [B016]; „Irgendwie ekelt sie mich etwas an, das wirkt alles so unecht, so übertrieben“ [B022]). Die Kategorie „nicht echt“ bei Patienten *mit Gewalterfahrung* hingegen impliziert eher ein Gefühl des Irrealen, des mangelnden Realitätserlebens („Drama, Bühne“ [A082]; „So was liest man sonst immer nur oder sieht es im Tatort“ [B028]). Letzteres korrespondiert wiederum mit dem Erleben von Derealisation während oder als Folge von traumatischen Gewalterfahrungen.

Die beiden Kategorien „Gleichgültigkeit“ beziehungsweise „wenig fühlen“ wirken ebenfalls in ihrer Bedeutung vergleichbar. Bei näherem Hinsehen zeigt sich jedoch, dass das Erleben bei den Berichten von Patienten *mit Gewalterfahrung* eher einer emotionalen Betäubung entspricht („Watte im Kopf“ [A070]). Das Erleben der Untersucherinnen bei Patienten *ohne Gewalterfahrung*, wenig zu fühlen, ähnelt dem Erleben bei den Berichten über Patienten *mit Gewalterfahrung* teilweise („Vakuum, luftleerer Raum“ [B007]), besitzt aber eine deutlich weniger umfassende Qualität („Sie kommt bei mir emotional nicht an“ [C099]).

Die positiv konnotierten Kategorien „Mitgefühl/Interesse“ und „Bewunderung für den Patienten/positive Gefühle“ finden sich sowohl bei den Patienten *mit Gewalterfahrung* als auch den Patienten *ohne Gewalterfahrung*. Gleiches gilt für die Kategorien „plastische Darstellung des Leids“ und „Symptomatik/Therapierbarkeit“.

### *Emotionale Varianz*

Bei der Analyse der Reaktionsmuster wurde zudem deutlich, dass es zu einer größeren emotionalen Varianz beziehungsweise flexibleren Reaktionsmustern bei den Berichten über Patienten *ohne Gewalterfahrung* kam. Bei den Berichten über die Patienten *mit Gewalterfahrung* gab es einheitlichere und weniger vielfältige Reaktionen der Untersucherinnen. Dies zeigt sich zum Beispiel daran, dass bei Patienten *ohne Gewalterfahrung* wesentlich mehr affektiv differenzierte Assoziationen entstanden als bei den Berichten über Patienten mit Gewalterfahrung. Hier sind beispielsweise Gefühle wie Unruhe, Erschrecken, Sorge, Überraschung oder Anklammerung zu nennen. Dem stehen bei den Berichten der Patienten *mit Gewalterfahrung* diffuse Affektzustände wie Schwäche, Erschöpfung oder das Gefühl, sich verstecken oder verkriechen zu wollen, gegenüber. Dies sind Affekte, die eher körperlich konnotiert sind. Auch Gefühle von Unheimlichkeit und Sprachlosigkeit als Assoziationen zu den Berichten von Patienten mit Gewalterfahrung wurden wahrgenommen.

Es finden sich zudem signifikant mehr Assoziationen zur Kategorie „Therapierbarkeit/Symptomatik“ bei den Berichten der Patienten *ohne Gewalterfahrung*. Beim Lesen aller Berichte ohne Gewalterfahrung tauchten Reaktionen zu dieser Thematik auf, allerdings nur in 36% der Berichte mit Gewalterfahrung (vgl. Abschn. „Quantitative Unterschiede“). Assoziationen, die den Bericht selbst kritisierten (Kategorie „Kritik an Bericht“), entstanden bei den Patienten *mit Gewalterfahrung* nicht.

Diese Überlegungen verdeutlichen, dass es bei den Reaktionen auf die Patient-Therapeut-Dyaden bei den Patienten *ohne Gewalterfahrung* offenbar eher möglich ist, über das beschriebene Erleben der Patienten und die Darstellung der Therapeuten nachzudenken und nachzuspüren. Dies kann als Erleben affektiver Vielfalt beziehungsweise als Fähigkeit zu emotionaler Distanz, die Denken erst ermöglicht, bewertet werden. Das heißt, die Untersucherinnen waren besser in der Lage, eine dritte Position einzunehmen.

Dies zeigte sich auch daran, dass sich die Assoziationen der Untersucherinnen bei den Berichten über Patienten *mit Gewalterfahrung* viel mehr ähnelten als bei denen zu Patienten ohne Gewalterfahrung. Teils wortgleiche Assoziationen lassen sich hier zu fast jedem Bericht finden. Beispielsweise dachte Untersucherin 1 bei Bericht A055 an „transparent, zart, durchsichtig“, die Untersucherin 2 an „zart“. Weitere Parallelen waren: „magisch, unheimlich“ sowie „magisch“ (A062), „in Eis erstarrtes Kind“ sowie „Glasknochen, Sarg, Tod“ (A070). Weitere Parallelen in einem Bericht (A070) sind: „Gleichgültigkeit“ und „bleibt merkwürdig blass“ sowie „Es entstehen wenig Bilder zu ihr“. Weitere Parallelen in einem anderen Bericht (A082) sind: „Das Bild von der Kotze ist schlimm“ sowie „Bei den abgeschnittenen Haaren/Kotze tut sie mir leid“, „sehr überdreht, künstlich“ sowie „Drama, Bühne“ „wirkt eher jugendlich, noch nicht erwachsen“ sowie „wirkt jünger“. Auch Assoziationen zum Thema Opfer ähneln sich vielfach: „Dominanz, Anspruch vs. Unterwürfigkeit (Bin das arme Opfer, besonders in Bezug auf Männer)“ und „dominantes Opfer“ (B015) sowie „verhungertes Kind aus dem KZ“ und „eingemauert in ein dunkles Kabuff“ (C057).

Zwar ähnelten sich die Assoziationen der Untersucherinnen mitunter auch bei Berichten zu Patienten *ohne Gewalterfahrung*, aber viel seltener und nicht so stringent. Der Bericht A049 beispielsweise löste bei beiden Untersucherinnen Wut aus, beim Lesen des Berichts C006 entstand bei beiden Untersucherinnen kein plastisches Bild vom Patienten. Zu semantisch ähnlichen Assoziationen kommt es jedoch nur selten (wie im Bericht B016 „Barbie“ beziehungsweise „Prinzessin auf der Erbse“). Teilweise gingen die Wahrnehmungen der Untersucherinnen hier auch diametral auseinander. So wird vom Bericht B007 Ärger bei der einen Untersucherin ausgelöst beziehungsweise gar keine Aggression bei der anderen, bei Bericht A049 kommt es bei der einen Untersucherin zu Rührung, bei der anderen zu Desinteresse.

Betrachtet man alle Reaktionsmuster auf beide Patientengruppen, so wird zudem deutlich, dass es insgesamt relativ viele negative Reaktionen auf beide Patientengruppen gab. Die Kategorie „negative Gefühle gegenüber dem Patienten“ beinhaltet quantitativ sehr viele Assoziationen. Negative Assoziationen finden sich darüber hinaus bei weiteren Reaktionsmustern, wie in der Kategorie „emotional bei anderen sein/emotional nicht beim Patienten sein“ oder der Kategorie „Patient als Aggressor“.

**Tab. 1** Reaktionsmuster auf Berichte von Patienten mit versus ohne Gewalterfahrung in Kindheit und Jugend

	Unterkategorie	Berichte, in denen Reaktionsmuster dieser Kategorie vorkamen			Anzahl (n) der Reaktionsmuster pro Kategorie (Summe)		
		Keine Gewalt	Gewalt	p-Wert ( $\chi^2$ )	Keine Gewalt	Gewalt	p-Wert (Mann-Whitney Test)
1	Hoffnung(slosigkeit)	4 (36 %)	2 (18 %)	0,34	4	2	0,35
2	Plastische Darstellung des Leids	2 (18 %)	1 (9 %)	0,53	2	2	0,62
3	Zwei Seiten/Ambivalenz	2 (18 %)	8 (73 %)	0,01	3	11	0,02
4	Ärger/Wut	5 (45 %)	4 (36 %)	0,67	8	11	0,85
5	Nichtverstehen/Verwirrung	8 (73 %)	6 (55 %)	0,38	12	9	0,65
6	Mitgefühl/Interesse	7 (64 %)	9 (82 %)	0,34	13	23	0,19
7	Mangelnde Kohärenz/Abspaltung	9 (82 %)	8 (73 %)	0,61	12	16	0,51
8	Wenig fühlen/Gleichgültigkeit	3 (27 %)	7 (64 %)	0,09	4	19	0,05
9	Anderes Alter	4 (36 %)	5 (45 %)	0,67	5	6	0,71
10	Bewunderung/Positives über den Patienten	6 (55 %)	6 (55 %)	1,00	10	11	0,89
11	Zartheit	2 (18 %)	4 (36 %)	0,34	3	10	0,28
12	Künstlich/nicht echt	3 (27 %)	3 (27 %)	1,00	7	8	0,97
13	Therapierbarkeit/Symptomatik	11 (100 %)	4 (36 %)	0,001	25	7	0,003
14	Negative Gefühle gegenüber Patienten	10 (91 %)	8 (73 %)	0,27	41	41	0,60

Dargestellt sind die absoluten und relativen Häufigkeiten pro Thema (Unterkategorie)

### Quantitative Unterschiede

Signifikant häufiger trat die Unterkategorie „Zwei Seiten/Ambivalenz“ bei den Berichten mit berichteter Gewalterfahrung auf. Assoziationen der Kategorie „Therapierbarkeit/Symptomatik“ wurden signifikant häufiger in Bezug auf die Berichte ohne dargestellte Gewalterfahrung genannt (Tab. 1).

## Einordnung der Ergebnisse in den fachwissenschaftlichen Diskurs

### Inhaltliche Unterschiede in den Reaktionen

Stellt man Bezüge zwischen den Kategorien der Reaktionsmuster und fachwissenschaftlicher Literatur über Traumatisierung her, wird deutlich, dass es nur wenige

spezifische Reaktionsmuster auf die Patienten mit Gewalterfahrung gibt, die auch in der fachwissenschaftlichen Literatur beschrieben werden (beispielsweise Loyalität zum Täter; Wöller 1998). Einige Phänomene, die in der Literatur nur in Bezug auf Menschen mit einer Traumatisierung genannt werden, finden sich dagegen als Reaktionsmuster in beiden Kategoriensystemen (wenig fühlen beziehungsweise Gleichgültigkeit; Gast und Wabnitz 2017). Zudem tauchen in der Literatur häufig genannte Gegenübertragungsreaktionen (beispielsweise die quasitraumatische Gegenübertragung) in den Reaktionsmustern auf die Berichte nicht auf. Dies könnte daran liegen, dass bisherige Artikel sich überwiegend auf die direkt erlebte Gegenübertragung bezogen, die notwendigerweise immer nur von einer Person erlebt und beschrieben werden kann. In unserem Fall hingegen handelte es sich um Reaktionen auf Berichte – dies unterscheidet sich in mehrfacher Weise von „normaler“ Gegenübertragung: a) Wir beschäftigten uns mit Texten über Psychotherapien, waren also dem Sturm der Emotionen, die im analytischen Raum entstehen können, nicht so ausgesetzt. Insofern waren wir einerseits freier, andererseits auch begrenzter. b) Während normalerweise nur eine Person (die Therapeutin, der Therapeut) über ihre Gedanken und Gefühle während der Sitzung reflektiert, waren wir zu zweit und haben uns über unsere Reaktionsmuster ausgetauscht. c) Normalerweise wird über Gegenübertragung einzelnen Patienten gegenüber berichtet, in unserer Studie stellten wir aber die Reaktionen auf mehrere Patienten zusammen, insofern gingen wir überindividuell vor.

Im Einklang mit der fachwissenschaftlichen Literatur über Gewalterfahrungen (Van der Kolk 1996; Peichl 2018; Aakvaag et al. 2016; Gast und Wabnitz 2017) steht, dass sich nur im Kategoriensystem der Berichte von Patienten mit Gewalterfahrung Aussagen über Sprachlosigkeit, die Loyalität zum Täter, Schuld/Buße und das Gefühl, etwas sei „nicht echt“, finden lassen.

Sprachlosigkeit ist als konkordante Reaktion auf das Erleben des Kindes nach und während einer Gewalterfahrung zu verstehen und laut Van der Kolk (1996) und Hull (2002) ein Kernmerkmal traumatischer Erfahrungen, da diese anders verarbeitet werden und deshalb nicht wie nichttraumatische Ereignisse versprachlicht werden können (Streeck-Fischer 2006). Auch Assoziationen zum Themenkomplex Tod werden zwar nicht explizit in der Forschung zur Gegenübertragung genannt, erscheinen aber als konkordante Reaktion auf traumatisierte Patienten nachvollziehbar, da langjährige, traumatische Erfahrungen Menschen häufig immer wieder in ein Gefühl der Todesnähe und der Todesangst stürzen; sie erleben sich als abgestumpft und wie lebendig-tot (Kapfhammer 2008).

In der Literatur zur Gegenübertragung bei traumatisierten Patienten finden sich Aussagen darüber, sich komplementär mit dem Täter zu identifizieren (Davies und Frawley 1992), was sich in der vorliegenden Untersuchung in der Kategorie „Loyalität zum Täter“ wiederfinden lässt.

In der Literatur wird Schuld als ein häufiges Gefühl in der Gegenübertragung geschildert (Danieli 1988; Dobberkau 2013). Das Thema Schuld ist zwar in unserer Untersuchung als Reaktionen auf Berichte von Patienten mit Gewalterfahrung virulent, allerdings gibt es dazu nur zwei Assoziationen, davon eine dazu, dass das Erleben von Schuldgefühlen bei der Patientin nicht nachvollziehbar sei. Warum unsere Ergebnisse hier so deutlich von der Literatur abweichen, kann nur vermutet

werden. Denkbar ist, dass dies damit zusammenhängt, dass wir nicht direkt in die therapeutische Beziehung involviert waren, uns also weniger verantwortlich fühlten und deshalb auch keine Schuld empfanden.

In der von den Untersucherinnen entwickelten Kategorie „nicht echt“ wird geschildert, dass die Patienten wie von ihrer Gefühlswelt abgeschnitten wirken. Dabei erlebten die Untersucherinnen keine eigene Derealisation in seiner vollen affektiven Ausprägung, erspürten aber konkordant und mit einer gewissen kognitiven Distanz, dass der Patient derealisiert wirkt. Derealisation ist ein häufiges Merkmal traumatisierter Patienten (Hunter et al. 2004). Vermutlich besteht durch den nur indirekten Kontakt über den Bericht und die Reaktion auf die Patient-Therapeut-Dyade (und nicht den Patienten allein) so viel Distanz, dass die Untersucherinnen keine ausgeprägte Derealisation spürten.

Sprachlosigkeit und Assoziationen zum Thema Tod als Teil der Gegenübertragung werden in der Literatur selten geschildert. In unserer Studie hingegen kamen solche Gedanken relativ häufig vor. Es wäre daher interessant, weiter zu untersuchen, inwieweit sich solche Gefühle im Kontakt mit traumatisierten Patienten finden lassen, zum Beispiel anhand von qualitativen Interviews mit Therapeuten.

In der Literatur wird auch beschrieben, dass in der Arbeit mit traumatisierten Menschen häufig Gegenübertragungsgefühle wie intensives Mitgefühl und negative Gefühle gegenüber Patienten auftreten (Fischer und Riedesser 2009; Dobberkau 2013). Diese sind im Kontext von Abwehrprozessen zu verstehen. Natürlich tritt auch bei Menschen ohne Gewalterfahrung eine Vielzahl von Gegenübertragungsgefühlen, wie beispielsweise Ärger, Mitgefühl oder Ablehnung, auf (Faller 1999). All diese Affekte finden sich in der vorliegenden Untersuchung sowohl bei den Patienten mit als auch bei den Patienten ohne Gewalterfahrung.

Allerdings ist bemerkenswert, dass sich – wie in der Literatur beschrieben – auch eine etwas stärkere affektive Qualität in den Assoziationen auf die Berichte von Patienten mit Gewalterfahrung finden lässt. Sowohl bei den positiven Reaktionen wie Mitgefühl als auch bei den negativen Emotionen wie Ärger oder Ablehnung zeigen sich solche Differenzen. Dieses Erleben steht im Einklang mit zahlreichen Abhandlungen, die darstellen, dass die Gegenübertragungsgefühle aufgrund unterschiedlicher Defizite wie mangelnder Mentalisierungsfähigkeit häufig intensiver als bei nichttraumatisierten Patienten sind. Auch Täter-Introjekte können bei starken affektiven Reaktionen eine Rolle spielen, wie Peichl (2013) ausführlich schildert. Insbesondere bei der Kategorie „Abwertung/Härte“ werden diese starken Introjektionen sichtbar, die sich, im Gegensatz dazu, nur in einem Fall der Berichte der Patienten ohne Gewalterfahrung zeigen. An der Kategorie „Ablehnung/Härte“ wird beispielhaft deutlich, dass die Untersucherinnen in Gefahr stehen, sich ähnlich hart wie der Täter zu verhalten. Dieses Ergebnis steht im Kontrast zu einer Untersuchung, die fand, dass Therapeuten im therapeutischen Kontakt vorwiegend adaptiv auf Patienten reagieren und diese nicht abwerten (Adams und Riggs 2008), jedoch im Einklang mit der Untersuchung von Dalenberg (2000), in der deutlich wurde, dass Therapeuten gegenüber Menschen mit Traumatisierungen ihre aggressiven Gefühle teilweise ausagieren.

Daneben gibt es einige unspezifische Reaktionsmuster, die sich in Bezug auf beide Patientengruppen finden lassen. Die Kategorie „zwei Seiten/Ambivalenz“ beinhaltet

te signifikant häufiger die Wahrnehmung zweier konträrer Gegensätze („Hakenkreuz und Christuskreuz“ [B022]); („Reinheit vs. Dämon“ [A082]). In 2 Berichten (18 %) derer ohne genannte Gewalterfahrung gab es Assoziationen zu der Kategorie „zwei Seiten/Ambivalenz“, dagegen in 8 Berichten (73 %), in denen von Gewalterfahrung berichtet wurde (vgl. Abschn. „Quantitative Unterschiede“). Diese Tendenz, in starken Gegensätzen zu denken und zu fühlen, wird in der Literatur häufig mit dem Erleben von Patienten assoziiert, die auf struktureller Ebene beeinträchtigt sind. Diese strukturellen Störungen resultieren wiederum aus Gewalterfahrungen als Kind (Peichl 2018). Vermutlich kann man die von den Untersucherinnen in beiden Kategoriensystemen etablierte Kategorie nicht vollständig mit Spaltungstendenzen bei Borderline-Patienten gleichsetzen. Dass starke Dichotomien in der Kategorie „zwei Seiten/Ambivalenz“ im Kategoriensystem der Patienten mit Gewalterfahrung häufiger auftreten, könnte aber ein Hinweis darauf sein, dass sich solche Spaltungen übertragen können.

Die Kategorie „Gleichgültigkeit“ beziehungsweise „wenig fühlen“ findet sich auch in beiden Kategoriensystemen. Allerdings tritt das Thema der inneren Gleichgültigkeit viel häufiger bei den Patienten mit Gewalterfahrungen auf. Die Kategorie „mangelnde Kohärenz/Abspaltung“ hat in beiden Gruppen ähnlich viele Assoziationen.

Beide Kategorien könnte man mit dem Begriff „Dissoziation“ in Verbindung bringen. Dass Prozesse wie Abspaltung und geringe emotionale Resonanz in Bezug auf beide Patientengruppen als Reaktionsmuster auftauchen, ist insofern kein Widerspruch zur Literatur, als dass schwere Dissoziation zwar im Kontext von Traumatisierungen beschrieben wird, leichte Dissoziationen aber häufig sind und auch in nichttraumatischen Situationen auftreten können (Priebe et al. 2013). Die stärkeren Reaktionen, die man als eine Art dissoziatives Erleben werten könnte, finden sich – im Einklang mit der untersuchten Literatur – im Kategoriensystem der Patienten mit Gewalterfahrung („Leere im Kopf“ [B028]; „Watte im Kopf“ [A070]). Wenn Traumata sehr früh erlebt werden, also vor der Zeit, in der das autobiografische Gedächtnis etabliert ist, können die Patienten nicht über ihre Erlebnisse berichten. Entsprechend groß sind dann die Angst und das Bedürfnis nach Sicherheit (Döll-Hentschker et al. 2020). Denkbar ist, dass sich diese sprachlose Angst auch in den Assoziationen auf Psychotherapieberichte solcher Patienten wiederfindet. Unklar bleibt, wieso sich starke Gefühle wie Panik nicht über den Bericht transportieren, aber dissoziatives Erleben schon. Hier kann spekuliert werden, dass starke Gefühle wie Panik des konkreten Kontakts mit dem Patienten „bedürfen“ und das Lesen eines Berichts nicht ausreicht, um diese zu übertragen. Schwer fassbare, unterschwellig „wabernde“ Phänomene wie Dissoziation könnten sich dagegen eventuell leichter – auch über einen indirekten Kontakt wie einen Bericht – transportieren.

In beiden Kategoriensystemen findet sich das Reaktionsmuster „nichtverstehen/Verwirrung“, es taucht sogar häufiger in Bezug auf die Berichte von Patienten ohne Gewalterfahrungen auf. Dieses Gefühl der Verwirrung könnte auf ein diffuses Affekterleben und eine chaotische innere Welt als konkordante Reaktion auf den Patienten beziehungsweise auf eine komplementäre Reaktion auf Bindungspersonen hindeuten. Über solch diffuses Erleben wird in der Literatur eher bei Patienten mit langjähriger Gewalterfahrung geschrieben, die unter strukturellen Defiziten leiden



und sich deshalb schlecht regulieren können (Fischer und Riedesser 2009). Diese Ausprägungen der Reaktionsmuster stehen also im Gegensatz zu Angaben in psychotraumatologischer Literatur und sind wenig erklärbar. Das Gefühl, etwas nicht zu verstehen, könnte allerdings auch daraus resultieren, dass die Autorinnen etwas Wichtiges nicht verstanden haben.

Vielfach in der Literatur in Bezug auf häufige Gegenübertragungsgefühle bei traumatisierten Patienten geschildert, aber von den Untersucherinnen nicht wahrgenommen beziehungsweise kategorisiert, ist das Gefühl der Angst (Dobberkau 2013). Auch stärkere Emotionen wie Panik beziehungsweise emotionale Überflutung wurden nicht als Reaktion geschildert. Das Fehlen dieser Gefühle könnte darin begründet sein, dass der Bericht nur einen indirekten Kontakt herstellt, der durch die Schilderungen des Therapeuten und die Vorgaben des Berichtaufbaus zusätzlich gefiltert wird. Dadurch werden die Affekte vermutlich abgemildert. Angst wird eventuell nicht als Gegenübertragungsgefühl erlebt, da die Untersucherinnen keine Verantwortung gegenüber den Patienten erleben und deutlich ist, dass der Patient sich nun bereits in einer Psychotherapie befindet, was die Sorge um ihn und die Entwicklung seiner Symptomatik ebenfalls abschwächen könnte. Indirekt könnten Angstgefühle in Assoziationen in den Kategorien „Tod“, „unheimlich“ oder „verstecken/verkriechen“ deutlich werden.

Die Assoziationen zu den Kategorien „Sprachlosigkeit“ und „verstecken/verkriechen“ lassen sich aus der Gewalterfahrung heraus erklären. Gewalt wird in der überwiegenden Mehrheit der Fälle anders verarbeitet als andere Lebenserfahrungen, das heißt unter Umgehung des expliziten Gedächtnisses beziehungsweise des präfrontalen Kortex (Fischer und Riedesser 2009). Damit ist es nicht möglich, das Erfahrene zu symbolisieren, was sich auch in den Assoziationen der Untersucherinnen zeigte, beispielsweise „Irgendwie bin ich sprachlos, das Gefühl jedes Wort wäre zu viel, wird ihr nicht gerecht“ (C057).

### **Emotionale Varianz und Mentalisierungsfähigkeit**

Das Phänomen der mangelnden emotionalen Varianz bei den Patienten mit Gewalterfahrung kann als konkordante Reaktion auf das Erleben des Patienten beziehungsweise des Patienten und des in die Übertragung involvierten Therapeuten verstanden werden. Es könnte sich hierhin eine geringere Mentalisierungsfähigkeit der Patienten widerspiegeln (Taubner 2015). Diese Autorin fand, dass Patienten mit frühen Gewalterfahrungen weniger ausdifferenziert wahrnehmen und fühlen, also eine mangelnde Mentalisierungsfähigkeit haben. Die Bindungspersonen, die gleichzeitig Täter sind, können meist selbst nicht gut mentalisieren, sonst könnten sie – wenn sie nicht psychopathisch sind – erstens ihre Affekte regulieren und verbalisieren und würden diese nicht gewaltvoll ausagieren. Zweitens hätten sie eine innere Vorstellung davon, was die Gewalt psychisch für ihr Kind bedeutet, was sie vor erneuter Gewaltausübung schützen würde (Allen 2018). Von Eltern, die selbst strukturelle Defizite wie eine mangelnde Mentalisierungsfähigkeit haben, können Kinder jedoch nicht lernen, emotionale Schattierungen und ausdifferenzierte Facetten einer Vielzahl von Affekten zu spüren beziehungsweise zu benennen (Klöpffer 2005). Folglich ist das Affekterleben der misshandelten Kinder und späteren Pati-

enten „roher“ – im Sinne der Beta-Elemente von Bion (1992) – das heißt, erlebte Affektzustände können weniger gut verarbeitet und reguliert werden. Die Affekte sind weniger ausdifferenziert beziehungsweise werden diffuser erlebt (Klöpper 2005).

Das Vorliegen mangelnder affektiver Vielfalt bei den Patienten mit Gewalterfahrung könnte mit Bezug auf neurowissenschaftliche Fachliteratur auch so erklärt werden, dass traumatische Erfahrungen anders gespeichert und repräsentiert werden (Brenneis 1998). Aufgrund dieser anderen Speicherung bleiben die Erfahrungen und die damit zusammenhängenden Affektzustände häufig nicht benennbar beziehungsweise diffus. Dieses Phänomen zeigt sich dann in einer geringeren affektiven Vielfalt und dem Erleben diffuser Affekte der Untersucherinnen. Es gibt zahlreiche Studien, die nachweisen, dass Traumata in der Kindheit mit Regulationsstörungen, zu denen auch unklare Affektzustände gehören, in Verbindung stehen (Dunn et al. 2018; Wöller 2006). Damit stehen die tendenziell geringere Affektvarianz und die Hinweise auf teilweise diffuses Erleben der Untersucherinnen im Einklang mit Angaben in der Literatur zum Erleben langjährig traumatisierter Patienten.

## Grenzen der Untersuchung

Es sollte deutlich geworden sein, dass die Untersucherinnen in spezifischer Weise auf die individuellen Patient-Therapeut-Dyaden reagiert haben. Kernberg (1978, S. 71) beschreibt diese gemeinsame Form der Gegenübertragung als Prozess, in dem „Vergangenheit und die Gegenwart beider Partner und die Reaktionen beider auf ihre Vergangenheit und ihre Gegenwart zu einer einzigen emotionalen Konstellation zusammenfließen, die beide umfasst“. Damit bleibt es unmöglich, auszdifferenzieren, wie die emotionalen Reaktionen auf den Patienten allein, wie es beispielsweise in einer Therapiesitzung stattfindet, ausgefallen wären. Es wäre eine sinnvolle Ergänzung der Untersuchung, die jeweiligen Therapeuten nach ihren Gegenübertragungsreaktionen auf den Patienten zu fragen. Solch eine Befragung wäre jedoch nur mit erheblichem logistischem Aufwand möglich. Dadurch könnte aber deutlicher werden, welche Reaktionsmuster der Untersucherinnen eher vom Therapeuten oder von anderen Einflussgrößen herrühren und welche vom Patienten.

Nicht ohne Grund wurden in der vorliegenden Arbeit die Reaktionen der Untersucherinnen als Reaktionen beziehungsweise als Reaktionsmuster bezeichnet und nicht als Gegenübertragung. Gegenübertragung ist eine innerhalb einer Sitzung oft changierende Reaktion auf ein Konglomerat von Mimik, Gestik, Wortwahl, Stimmlage und Haltung des Patienten und auf eigene innerpsychische Prozesse und Erfahrungen. Diese Reaktion ist nur in Ansätzen mit dem Prozess zu vergleichen, den die Untersucherinnen in der vorliegenden Untersuchung durchlaufen haben (Moser 2001). Damit sind die Ergebnisse auch nur bedingt auf die klinische Praxis und die Arbeit mit traumatisierten Patienten zu übertragen.

Wenn von Reaktionen auf eine Patient-Therapeut-Dyade gesprochen wird, muss eine weitere Einschränkung erfolgen. Es wird zwar auf den Bericht, der von Patient und Therapeut konstituiert wird, reagiert, aber der Anteil des Patienten ist, genau genommen, nur das subjektiv geprägte und konstruierte Bild des Therapeuten vom

Patienten, und dieses kann in großen Anteilen von dem abweichen, wie sich der Patient selbst sieht oder erlebt.

Methodisch bleibt trotz konsensueller Überprüfung bei allen Reaktionsmustern gegenüber beiden Patientengruppen unklar, ob beziehungsweise inwieweit auf die Patient-Therapeut-Dyade beziehungsweise auf eigene ungelöste Konflikte und Lebenserfahrungen reagiert wurde. Selbst wenn weitere Untersucherinnen ihre Assoziationen eingebracht hätten, wäre allerdings nicht zu erwarten, dass es dadurch „wahre“ Reaktionen, im Sinne möglichst gleicher Kategorien, gegeben hätte. Die Berücksichtigung subjektiver Sichtweisen bei der Diskussion um Kategorien ist aus der Methodik selbst heraus eine *Conditio sine qua non*.

Offen bleibt auch, welche Einflussfaktoren noch beim Schreiben des Berichts eingeflossen sind und wie beziehungsweise in welchem Umfang diese die Reaktionsmuster der Untersucherinnen beeinflusst haben (Peuckert 1975; Racker 1978; Sandler 1976). Hier sind beispielsweise die Stimmung des Therapeuten, der soziale und kulturelle Hintergrund, die psychodynamische Ausrichtung des Therapeuten sowie die jeweils aktuellen Diskurse über Krankheit und Gesundheit zu nennen.

Sicherlich kann auch nicht ausgeschlossen werden, dass das Wissen um die Fragestellung und die Zuordnung des jeweiligen Berichts (Gewalterfahrung/keine Gewalterfahrung) die Art der Assoziationen beeinflusst haben könnten. Es wäre günstiger gewesen, „blind“ sowohl für die Fragestellung als auch die Zuordnung der Berichte zu assoziieren. Allerdings ließ sich eine Verblindung nicht umsetzen, da in den Berichten, zu denen Reaktionsmuster gebildet wurden, ja über die Gewalt geschrieben wurde. Auch zu diesen Teilen des Berichts sollten Assoziationen gebildet werden. Es wäre unseres Erachtens verfälschend gewesen, diese Teile zu entfernen.

In Bezug auf die Quelle muss kritisch angemerkt werden, dass manche Angaben oder Aussagen im Bericht vermutlich nur gemacht wurden, weil sie der Intention des Berichts unterliegen, eine Kostenzusage zu erhalten, aber weniger Ausdruck des Erlebens des Patienten beziehungsweise der Beziehung zwischen Patienten und Therapeut sind. Diese Angaben könnten die Reaktionsmuster ebenfalls verzerrt haben.

Eine weitere methodische Einschränkung ist, dass offen bleibt, ob die Patienten, die der Gruppe „keine Gewalterfahrung“ zugeordnet wurden, wirklich keine Gewalterfahrung erlebt haben, diese zunächst nicht berichten wollten oder unter dissoziativer Amnesie litten und deshalb nicht von Gewalterfahrungen berichten konnten, sie aber dennoch erlebt haben. Auch bei sehr frühen Traumata, die womöglich gar nicht sprachlich repräsentiert sind, ist es denkbar, dass erst im weiteren Verlauf der Behandlung davon berichtet werden kann.

## Fazit und Ausblick

Neben zahlreichen Parallelen zwischen beiden Gruppen, die teilweise auch Themenkomplexe betreffen, die in der untersuchten Fachliteratur als eher bei traumatisierten Patienten auftretend beschrieben werden, zeigten sich auch einige spezifische Unterschiede. Als Reaktionsmuster auf Patienten mit Gewalterfahrung konnten unter anderem Kategorien wie Sprachlosigkeit, Tod oder Sich-verstecken-Wollen entwi-

ckelt werden. Diese fanden sich so bei der anderen Gruppe nicht. Parallelen zwischen beiden Gruppen in den Reaktionsmustern ergaben sich unter anderem bei den Themen Zartheit, Ekel oder Relativierung von Leid. Bei den Reaktionen auf die Patienten ohne Gewalterfahrung kam es zu einer größeren emotionalen Varianz. Auch eine Häufung negativer emotionaler Reaktionen in Bezug auf beide Gruppen wurde deutlich. Einzelne Reaktionsmuster wirkten auf den ersten Blick ähnlich, waren aber bei näherer Betrachtung doch von einer anderen Ausprägung oder affektiven Qualität, beispielsweise die Kategorien „Abwertung/Härte“ und „Abneigung“.

Es wurde erkennbar, dass nur sehr wenige Untersuchungen zu Gegenübertragungsprozessen vorliegen, welche Psychotherapeuten jedoch helfen könnten, den eigenen Blick auf Übertragungs- und Gegenübertragungsprozesse (auch beim Schreiben von Berichten) zu schärfen. Sie müssen Strategien entwickeln, um mit oftmals starken und komplexen Gegenübertragungsgefühlen umzugehen (Kinzie und Boehnlein 1993). Solch eine Fähigkeit ist von besonderer Bedeutung, denn wird eine Gegenübertragung vom Therapeuten erkannt und verstanden, führt dies zu einer Stärkung des Arbeitsbündnisses. Kommt es jedoch zu dauerhaften negativen oder unreflektierten Gegenübertragungen, dann wird die Psychotherapie als *Temenos*, als Ort, an dem Verborgenes gezeigt werden darf, und als Ort, an dem Sicherheit, Schutz und Zuwendung herrschen, zerstört (Wirtz 1995).

Die Psychoanalyse, ihre Konstrukte und Theorien geraten im Zuge der evidenzbasierten Medizin und der neoliberalen ökonomisierten Ausrichtung der Gesundheitspolitik zunehmend unter Legitimationszwang (Leuzinger-Bohleber et al. 2015). Diese Untersuchung konnte einige Aussagen aus theoretisch-klinischen Arbeiten qualitativ-empirisch untermauern und damit vielleicht einen Beitrag zu einer empirisch gestützten psychodynamischen Konzeptforschung leisten.

Sie kann darüber hinaus Impulse für weitere Untersuchungen der Gegenübertragung in therapeutischen Beziehungen geben. An unsere Analyse anknüpfend könnte man beispielsweise mit qualitativen Interviews untersuchen, ob Reaktionsmuster wie Ekel wirklich spezifisch für therapeutische Kontakte mit Patienten mit (sexuellen) Gewalterfahrungen sind oder Reaktionsmuster auf Berichte, wie solche zur Thematik Tod, auch im therapeutischen Kontakt auftreten und zu deren Verständnis beitragen können.

**Funding** Open Access funding enabled and organized by Projekt DEAL.

**Open Access** Dieser Artikel wird unter der Creative Commons Namensnennung 4.0 International Lizenz veröffentlicht, welche die Nutzung, Vervielfältigung, Bearbeitung, Verbreitung und Wiedergabe in jeglichem Medium und Format erlaubt, sofern Sie den/die ursprünglichen Autor(en) und die Quelle ordnungsgemäß nennen, einen Link zur Creative Commons Lizenz beifügen und angeben, ob Änderungen vorgenommen wurden.

Die in diesem Artikel enthaltenen Bilder und sonstiges Drittmaterial unterliegen ebenfalls der genannten Creative Commons Lizenz, sofern sich aus der Abbildungslegende nichts anderes ergibt. Sofern das betreffende Material nicht unter der genannten Creative Commons Lizenz steht und die betreffende Handlung nicht nach gesetzlichen Vorschriften erlaubt ist, ist für die oben aufgeführten Weiterverwendungen des Materials die Einwilligung des jeweiligen Rechteinhabers einzuholen.

Weitere Details zur Lizenz entnehmen Sie bitte der Lizenzinformation auf <http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.de>.

**Interessenkonflikt** L. Sievers und S. Singer geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

## Literatur

- Aakvaag HF, Thoresen S, Wentzel-Larsen T, Dyb G, Røysamb E, Olff M (2016) Broken and guilty since it happened: a population study of trauma-related shame and guilt after violence and sexual abuse. *J Affect Disord* 204:16–23. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.06.004>
- Adams S, Riggs S (2008) An exploratory study of vicarious trauma among therapist trainees. *Train Educ Prof Psychol* 2:26–35. <https://doi.org/10.1037/1931-3918.2.1.26>
- Allen JG (2018) *Mentalizing in the development and treatment of attachment trauma*. Routledge, London
- Bauer J (2007) Die Psychoanalyse aus Sicht der Neurobiologie: Das Beispiel Gegenübertragung. In: Pfeiffer W, Mauser J (Hrsg) *Freuds Aktualität*, 1. Aufl. Freiburger literaturpsychologische Gespräche, Bd. 26. Königshausen und Neumann, Würzburg, S 42–61
- Bion WR (1992) *Lernen durch Erfahrung*. Suhrkamp, Frankfurt a. M.
- Brenneis CB (1998) Gedächtnissysteme und der psychoanalytische Abruf von Trauma-Erinnerungen. *Psyche Z Psychoanal* 52:801–823
- Dalenberg CJ (2000) Countertransference and the management of anger in trauma Therapy. National Center for PTSD. *Clin Q* 9:39–45. <https://doi.org/10.1037/10380-000>
- Danieli Y (1984) Psychotherapists' participation in the conspiracy of silence about the Holocaust. *Psychoanal Psychol* 1:23–42. <https://doi.org/10.1037/0736-9735.1.1.23>
- Danieli Y (1988) Treating survivors and children of survivors of the Nazi Holocaust. In: Ochberg FM (Hrsg) *Posttraumatic therapy and victims of violence*, 1. Aufl. Brunner and Mazel psychosocial stress series, No11. Brunner and Mazel, Philadelphia, S 278–294
- Davies J, Frawley M (1992) Dissociative processes and transference-countertransference paradigms in the psychoanalytically oriented treatment of adult survivors of childhood sexual abuse. *Psychoanal Dialogues* 2:5–36. <https://doi.org/10.1080/10481889209538920>
- Dobberkau V (2013) *Manifestationen von Holocaust-Traumata in familiären und therapeutischen Interaktionen: eine hypothesengenerierende Literaturstudie*. Diplomarbeit. Humboldt-Universität, Berlin
- Döll-Hentschker S, Günther C, Lorke B, Reerink G, Schlierf C (2020) Die analytische Beziehung und das Setting. *Psyche Z Psychoanal* 74:1–25. <https://doi.org/10.21706/ps-74-1-1>
- Dulz B (2004) Psychoanalytische Beziehungsarbeit. In: Sachsse U (Hrsg) *Traumazentrierte Psychotherapie*, 1. Aufl. Schattauer, Stuttgart, S 121–137
- Dunn EC, Nishimi K, Gomez SH, Powers A, Bradley B (2018) Developmental timing of trauma exposure and emotion dysregulation in adulthood: are there sensitive periods when trauma is most harmful? *J Affect Disord* 227:869–877. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.10.045>
- Ermann M (2012) *Psychoanalyse in den Jahren nach Freud. Entwicklungen 1940–1975*. Kohlhammer, Stuttgart
- Faller H (1999) Das emotionale Erleben des Therapeuten und die Indikationsstellung für Psychotherapie. *Psychotherapeut* 44:25–35. <https://doi.org/10.1007/s002780050144>
- Farber BM (1995) Übertragung, Gegenübertragung und Gegenwiderstand bei der Behandlung von Opfern von Traumatisierung. *Hypn Kognit* 12:68–83
- Ferenczi S (1919) III. Zur psychoanalytischen Technik. *Int Z Psychoanal* 5:181–192
- Fischer G, Riedesser P (2009) *Lehrbuch der Psychotraumatologie*. UTB, Stuttgart
- Frank C, Weiß H (2007) *Projektive Identifizierung: Ein Schlüsselkonzept der psychoanalytischen Therapie*. Klett-Cotta, Stuttgart
- Freud S (1910d) Die zukünftigen Chancen der psychoanalytischen Therapie. *GW* 8, S 104–115
- Freud S (1912b) Zur Dynamik der Übertragung. *Behandlungstechnische Schriften*. *GW* 8, S 364–374
- Freud S, Breuer J (1895d) Studien über Hysterie. *GW* 1, S 252–312
- Gast U, Wabnitz P (2017) *Dissoziative Störungen erkennen und behandeln*. Kohlhammer, Stuttgart
- Harper K, Steadman J (2003) Therapeutic boundary issues in working with childhood sexual-abuse survivors. *Am J Psychother* 57:64–79
- Heimann P (1950) On countertransference. *Int J Psychoanal* 31:81–84
- Henningsen F (2012) *Psychoanalysen mit traumatisierten Patienten. Trennung, Krankheit, Gewalt*. Klett-Cotta, Stuttgart
- Holderegger H (1993) *Der Umgang mit dem Trauma*. Klett-Cotta, Stuttgart
- Hull AM (2002) Neuroimaging findings in post-traumatic stress disorder: systematic review. *Br J Psychiatry* 181:102–110. <https://doi.org/10.1017/S000712500016180X>

- Hunter EC, Sierra M, David AS (2004) The epidemiology of depersonalisation and derealisation. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 39:9–18. <https://doi.org/10.1007/s00127-004-0701-4>
- Kapfhammer HP (2008) Anpassungsstörung, akute und posttraumatische Belastungsstörung. In: Möller H-J, Laux G, Kapfhammer HP (Hrsg) *Psychiatrie und Psychotherapie*, 3. Aufl. Springer, Berlin, S 1661–1724
- Kernberg O (1965) Notes on countertransference. *J Am Psychoanal Assoc* 13:38–56. <https://doi.org/10.1007/s00451-005-0236-7>
- Kernberg O (1978) Borderline-Störungen und pathologischer Narzissmus. Suhrkamp, Frankfurt a. M.
- Kernberg O (1983) Borderline-Störungen und pathologischer Narzissmus. Suhrkamp, Frankfurt a. M.
- Kinzie J, Boehnlein J (1993) Psychotherapy of the victims of massive violence: countertransference and ethical issues. *Am J Psychother* 47:90–102. <https://doi.org/10.1176/appi.psychotherapy.1993.47.1.90>
- Klein M (1964) Bemerkungen über einige schizoide Mechanismen. In: Klein M (Hrsg) *Das Seelenleben des Kleinkindes*, 2. Aufl. Klett-Cotta, Stuttgart, S 131–163
- Klöpper M (2005) Die Bedeutung der Säuglingsforschung, Bindungstheorie und Neurowissenschaften für den psychoanalytischen Prozess. *Forum Psychoanal* 21:184–200. <https://doi.org/10.1007/s00451-005-0236-7>
- Van der Kolk B (1996) The body keeps the score: Approaches to the psychobiology of posttraumatic stress disorder. In: Van der Kolk B, McFarlane A, Weisaeth L (Hrsg) *Traumatic stress: The effects of overwhelming experience on mind, body, and society*, 1. Aufl. Guilford, New York, S 214–241
- Leuzinger-Bohleber M, Benecke C, Hau S (2015) *Psychoanalytische Forschung: Methoden und Kontroversen in Zeiten wissenschaftlicher Pluralität*. Kohlhammer, Stuttgart
- Moeller M (1977) Zur Theorie der Gegenübertragung. *Psyche - Z Psychoanal* 31:142–166
- Moser U (2001) „What is a Bongaloo, Daddy?“ Übertragung, Gegenübertragung, therapeutische Situation. Allgemein und am Beispiel „früher Störungen“. *Psyche Z Psychoanal* 55:97–136
- Mühlfeld C, Windolf P, Lampert N, Krüger H (1981) Auswertungsprobleme offener Interviews. *Soziale Welt* 32:325–352
- Peichl J (2000) Verstrickungen in der Übertragung und Gegenübertragung bei der Therapie von Traumapatienten. *Psychotherapeut* 45:366–376. <https://doi.org/10.1007/s002780000108>
- Peichl J (2013) *Innerer Kritiker, Verfolger und Zerstörer. Ein Praxishandbuch für die Arbeit mit Traumainprojekten*. Klett-Cotta, Stuttgart
- Peichl J (2018) *Die inneren Trauma-Landschaften: Borderline-Ego-State-Täter-Introjekt*. Klett-Cotta, Stuttgart
- Peuckert R (1975) *Konformität. Erscheinungsformen – Ursachen – Wirkungen*. Enke, Stuttgart
- Priebe K, Schmahl C, Stiglmayr C (2013) *Dissoziation*. Springer, Berlin, Heidelberg
- Racker H (1978) *Übertragung und Gegenübertragung: Studien zur psychoanalytischen Technik*. Reinhardt, München
- Rudolf G (2004) *Psychodynamische Psychotherapie: Die Arbeit an Konflikt, Struktur und Trauma*. Schattauer, Stuttgart
- Sandler J (1976) Gegenübertragung und Bereitschaft zur Rollenübernahme. *Psyche Z Psychoanal* 30:297–305
- Streeck-Fischer A (2006) *Trauma und Entwicklung: frühe Traumatisierungen und ihre Folgen in der Adoleszenz*. Schattauer, Stuttgart
- Taubner S (2015) *Konzept Mentalisieren: Eine Einführung in Forschung und Praxis*. Psychosozial, Gießen
- Winnicott DW (1949) Hate in the countertransference. *Int J Psychoanal* 30:69–74. <https://doi.org/10.1093/med:psych/9780190271350.003.0009>
- Wirtz U (1995) Inzest als Trauma. In: Cierpka P, Buchheim M, Seifert T (Hrsg) *Lindauer Texte. Konflikte in der Triade*, 1. Aufl. Springer, Berlin, S 130–142
- Wölller W (1998) Die Bindung des Mißbrauchsopfers an den Mißbraucher. *Psychotherapeut* 43:117–120. <https://doi.org/10.1007/s002780050106>
- Wölller W (2006) *Trauma und Persönlichkeitsstörungen: psychodynamisch-integrative Therapie*. Schattauer, Stuttgart

**Luisa Sievers** geb. 1985, Psychologin, Pädagogin und Germanistin, psychologische Psychotherapeutin (TP/AP) in Ausbildung am IPR-AKJP Köln.

»Bemitleide dich mal nicht selbst!«

---

**Prof. Dr. Susanne Singer** geb. 1972, Psychologin, Epidemiologin, psychologische Psychotherapeutin (TP/AP); Leitung der Abteilung Epidemiologie und Versorgungsforschung des Instituts für Medizinische Biometrie, Epidemiologie und Informatik der Universitätsmedizin Mainz. Wissenschaftliche Schwerpunkte: Lebensqualität und psychische Gesundheit bei Krebskranken, ambulante psychosoziale Versorgung und Psychotherapie, Sozialepidemiologie.