

Aus dem Fachbereich Medizin  
der Johann Wolfgang Goethe-Universität  
Frankfurt am Main

Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie,  
Bereich Psychosomatik  
(Direktor: Prof. Dr. med. Harald Jürgen Hampel, M.Sc.)

## **Gegenübertragung in der stationären, psychosomatischen Therapie**

Dissertation  
zur Erlangung des Doktorgrades der Medizin  
des Fachbereichs Medizin  
der Johann Wolfgang Goethe-Universität Frankfurt am Main

vorgelegt von

Alexander Obbarius  
aus Gelsenkirchen

Frankfurt am Main, 2012

Dekan: Prof. Dr. Josef M. Pfeilschifter  
Referent: Priv. Doz. Dr. Dipl. Psych. Ralph Grabhorn  
Korreferent: Prof. Dr. Frank Nürnberger  
Tag der mündlichen Prüfung: 28.11.2012

Für meine Familie

›› „Die größte Entscheidung Deines Lebens liegt darin, dass Du Dein Leben ändern kannst, indem Du Deine Geisteshaltung änderst.“ ‹‹

---

Albert Schweizer

\*

# Inhaltsverzeichnis

	Seite
Abkürzungen	IV
Abbildungs- und Tabellenverzeichnis	V
<b>1. Einleitung</b>	<b>1</b>
<b>2. Literaturteil</b>	<b>6</b>
<b>2.1. Gegenübertragung</b>	<b>6</b>
<b>2.2. Geschichte und Entwicklung der Gegenübertragung</b>	<b>6</b>
2.2.1. Defensiv-objektivierende Gegenübertragungskonzepte	7
2.2.2. Instrumentelle Gegenübertragungskonzepte	8
2.2.3. Interaktionelle Gegenübertragungskonzepte	11
2.2.4. Gegenübertragung heute	13
<b>2.3. Empirische Literatur zur Gegenübertragung</b>	<b>15</b>
2.3.1. Gegenübertragung und Therapeuten	15
2.3.2. Gegenübertragung und Patienten	17
2.3.3. Gegenübertragung und Diagnosen	17
2.3.4. Gegenübertragung und Verlauf	19
2.3.5. Gegenübertragungsfragebögen	20
<b>2.4. Gegenübertragung in der Gruppe</b>	<b>22</b>
<b>2.5. Stationäre psychosomatische Therapie und Gegenübertragung</b>	<b>24</b>
<b>3. Ziele der Arbeit</b>	<b>27</b>
<b>4. Material und Methoden</b>	<b>29</b>
<b>4.1. Durchführung der Studie</b>	<b>29</b>
<b>4.2. Stichprobenbeschreibung</b>	<b>30</b>
4.2.1. Klinisches Personal	30
4.2.2. Patienten	30
4.2.3. Ein- und Ausschlusskriterien	31
<b>4.3. Fragebogen zur Gegenübertragung</b>	<b>31</b>
4.3.1. Countertransference Questionnaire (CTQ)	31

4.3.2.	Countertransference Questionnaire Deutsch (CTQ-D)	32
4.3.3.	Faktorenstruktur des CTQ-D	32
4.3.3.1.	Statistik zur Faktorenanalyse	33
4.3.3.2.	Berechnung des Faktorenanalyse CTQ-D	34
<b>4.4.</b>	<b>Auswertung der Stichproben</b>	<b>37</b>
4.4.1.	Konflikt- und erlebnisorientierte Therapieverfahren	37
4.4.2.	Bildung von Patientenclustern	37
<b>4.5.</b>	<b>Patientenfragbögen</b>	<b>38</b>
4.5.1.	Symptom Checkliste SCL-90-R	38
4.5.2.	Inventar zur Erfassung Interpersonaler Probleme – deutsche Version	39
4.5.3.	Helping Alliance Questionnaire	40
4.5.4.	Fragebogen zur Erfassung von DSM-IV Persönlichkeitsstörungen	40
4.5.5.	Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV, Achse II	41
<b>4.6.</b>	<b>Statistische Verfahrnung zur Auswertung der Daten</b>	<b>41</b>
4.6.1.	Parametrische Testverfahren	42
4.6.2.	Nichtparametrische Testverfahren	42
<b>5.</b>	<b>Ergebnisse</b>	<b>43</b>
<b>5.1.</b>	<b>Vorbemerkungen</b>	<b>43</b>
<b>5.2.</b>	<b>Unterschiede in der Ausprägung der Gegenübertragungsfaktoren</b>	<b>43</b>
<b>5.3.</b>	<b>Unterschiede der Gegenübertragungsreaktionen der Therapeuten</b>	<b>44</b>
5.3.1.	Unterschiede zwischen konflikt- und erlebnisorientierten Therapiearten	44
5.3.2.	Unterschiede des Gegenübertragungserlebens einzelner Therapiearten	45
<b>5.4.</b>	<b>Gegenübertragung und Beziehungserleben der Patienten</b>	<b>48</b>
5.4.1.	Zusammenhang zwischen Gegenübertragung und dem Helping Alliance Questionnaire (HAQ)	48
5.4.2.	Zusammenhang zwischen Gegenübertragung und dem IIP-D	50
<b>5.5.</b>	<b>Gegenübertragung im Zusammenhang mit Therapieerfolg</b>	<b>55</b>
5.5.1.	Symptomschwere (SCL90-R) und Gegenübertragung	55
5.5.2.	Gegenübertragung als Prediktor für Therapieerfolg	57
5.5.3.	Symptomschwere und Beziehungsgestaltung der Patienten	59
<b>5.6.</b>	<b>Gegenübertragung und Diagnosen</b>	<b>60</b>
5.6.1.	Unterschiede zwischen Krankheitsgruppen in der Gegenübertragung	60
5.6.2.	Merkmale von Non-Respondern	64

5.6.3.	Gegenübertragung und Persönlichkeitsstörung	67
<b>5.7.</b>	<b>Weitergehende Analysen</b>	<b>68</b>
5.7.1.	Clusterbildung der Faktoren	68
5.7.2.	Clusterbildung der Patienten	69
<b>6.</b>	<b>Diskussion</b>	<b>75</b>
6.1.	Faktorenanalyse und Clusteranalyse	75
6.2.	Gegenübertragung in unterschiedlichen Therapiearten	78
6.3.	Gegenübertragung und Beziehungsgestaltung der Patienten	79
6.4.	Gegenübertragungserleben und Therapieerfolg	81
6.5.	Gegenübertragung und Diagnosen	83
6.6.	Non-Responder	85
6.7.	Einschränkungen	86
6.8.	Zukünftige Forschung	88
6.9.	Bedeutung für die Ausbildung	89
6.10.	Bedeutung für die klinische Praxis	89
<b>7.</b>	<b>Zusammenfassung</b>	<b>91</b>
<b>8.</b>	<b>Summary</b>	<b>93</b>
<b>9.</b>	<b>Literaturverzeichnis</b>	<b>95</b>
<b>10.</b>	<b>Anhang</b>	<b>101</b>
10.1.	Tabellen	101
10.2.	CTQ-Fragebogen	127
10.3.	Danksagung	130
10.4.	Schriftliche Erklärung	131
10.5.	Lebenslauf	132

## Abkürzungen

bzw.	beziehungsweise
E	Einzeltherapie
ebd.	ebendieser
CT	Countertransference
CTQ	Countertransference Questionnaire
<u>Faktoren</u>	
1 aggr-resgn	aggressiv-resignativ
2 pos-zugnt	positiv-zugeneigt
3 überw-verä	überwältigt-verängstigt
4 prot-eltl	protektiv-elterlich
5 desint	desinteressiert
6 verstr	verstrickt
7 sexual	sexualisiert
Ge	Gestaltungstherapie
Gr	Gruppengesprächstherapie
GSI	Global Severity Index
GÜ	Gegenübertragung
HAQ	Helping Alliance Questionnaire
IIP	Inventar interpersonaler Probleme
K	Körpertherapie
M	Mittelwert
n	Stichprobengröße
p	p-Wert/ Signifikanz
SD	Standartabweichung
T	T-Test
vgl.	vergleiche



## Abbildungs- und Tabellenverzeichnis

Tab		Seite
3-1	Übersicht über vorhandene Fragebögen zur Gegenübertragung	20
4-1	Übersicht über die Therapieangebote der Kliniken, die an der CTQ-Studie beteiligt waren	29
4-2	Verteilung der Patienten auf die Diagnosegruppen nach Huber et al	30
4-3	Cronbach $\alpha$ Itemanzahl der Gegenübertragungsfaktoren aus der Faktorenanalyse	35
4-4	Items und Itemladungen des Gegenübertragungsfragebogens	35
4-5	Diagnosecluster nach Huber et al (2009)	38
4-6	Skalen des IIP	39
5-1	Friedman Test für multiple Vergleiche zwischen Gegenübertragungsfaktoren zu Therapiebeginn (T1) und zum Therapieende (T2)	44
5-2	Friedman Test für multiple Vergleiche zwischen Gegenübertragungsfaktoren der Einzelgesprächs- und Gruppengesprächstherapie (konfliktorientiert) bzw. Gestaltungs- und Körpertherapie (erlebnisorientiert) zum Therapieende	45
5-3	Friedman Test für multiple Vergleiche zwischen Gegenübertragungsfaktoren der Einzelgesprächs- (E), Gruppengesprächs- (Gr), Gestaltungs- (Ge) und Körpertherapie (K) zum Therapieende	47
5-4	Mittelwertvergleich (T-Test) zwischen den HAQ-Werten aller Patienten zu Therapiebeginn (T1) und Therapieende (T2)	48
5-5	Korrelation nach Spearman zwischen Gegenübertragungsfaktoren der Einzeltherapeuten und den Subskalen „Beziehungszufriedenheit“ bzw. „Erfolgszufriedenheit“ des Helping Alliance Questionnaire (HAQ) zum Therapieende	49
5-6	Korrelation nach Spearman zwischen Gegenübertragungsfaktoren aller Therapien und den Subskalen „Beziehungszufriedenheit“ bzw. „Erfolgszufriedenheit“ des Helping Alliance Questionnaire (HAQ) zum Therapieende	49

5-7	Mittelwertvergleich (T-Test) zwischen den IIP-Werten aller Patienten zu Therapiebeginn (T1) und Therapieende (T2)	50
5-8	Korrelation (Spearman) zwischen Gegenübertragungsfaktoren aller Therapien und den Skalen des IIP (Inventar zur Erfassung interpersoneller Probleme) zu Beginn der Therapie	51
5-9	Korrelation (Spearman) zwischen Gegenübertragungsfaktoren aller Therapien und den Skalen des IIP (Inventar zur Erfassung interpersoneller Probleme) zum Ende der Therapie	53
5-10	Mittelwertvergleich (T-Test) zwischen den GSI (Gesamtschwere Index) Werten aller Patienten zu Therapiebeginn (T1) und Therapieende (T2)	56
5-11	Korrelation (Spearman) zwischen Gegenübertragungsfaktoren aller Therapien und GSI-Werten zu Therapiebeginn (T1) und Therapieende (T2)	56
5-12	Korrelation (Spearman) zwischen Gegenübertragungsfaktoren von Einzelgesprächs- (E), Gruppengesprächs- (Gr), Gestaltungs- (Ge) und Körpertherapie (K) und GSI- zum Therapieende (T2)	57
5-13	Korrelation (Spearman) zwischen Gegenübertragungsfaktoren aller Therapien zu Therapiebeginn mit der Veränderung des GSI im Verlauf der Therapie (GSI T2 – GSI T1)	58
5-14	Korrelation (Spearman) zwischen Gegenübertragungsfaktoren zu Therapiebeginn einzelner Therapiearten mit der Veränderung des GSI im Verlauf der Therapie (GSI T2 – GSI T1)	59
5-15	Korrelation (Spearman) zwischen GSI (Gesamtschwere Index), IIPgesamt (Inventar interpersonaler Probleme) und den Skalen des HAQ (Helping Alliance Questionnaire) zu Therapiebeginn (T1) und Therapieende (T2)	60
5-16	Mittelwertvergleich (Einfaktorielle ANOVA) von Gegenübertragungsfaktoren aller Therapien zwischen fünf Diagnoseclustern nach Huber et al zum Therapieende	62
5-17	Mittelwertvergleich (Einfaktorielle ANOVA) mit Post-Hoc Analyse nach Tukey von Gegenübertragungsfaktoren aller Therapien zwischen fünf Diagnoseclustern (s. Tab. 5-15) nach Huber et al zum Therapieende	63

5-18	Darstellung Signifikanter Unterschiede zwischen Gegenübertragungsfaktoren in Diagnoseclustern. Signifikante Unterschiede sind als „X“ markiert	64
5-19	Mittelwertvergleich (T-Test) mehrerer Tests zwischen Non-Respondern (keine Verbesserung im GSI) und Respondern (Verbesserung im GSI) zu Therapiebeginn	65
5-20	Mittelwertvergleich (T-Test) mehrerer Tests zwischen Non-Respondern (keine Verbesserung im GSI) und Respondern (Verbesserung im GSI) zum Therapieende	66
5-21	Anzahl der Patienten unterschiedlicher Diagnosecluster in den Gruppen Non-Responder und Responder	66
5-22	Mittelwertvergleich (T-Test) der GÜ-Faktoren zwischen Non-Respondern (keine Verbesserung im GSI) und Respondern (Verbesserung im GSI) zu Therapiebeginn	66
5-23	Mittelwertvergleich (T-Test) der GÜ-Faktoren zwischen Non-Respondern (keine Verbesserung im GSI) und Respondern (Verbesserung im GSI) zum Therapieende	67
5-24	Mittelwertvergleich (T-Test) von Gegenübertragungsfaktoren aller Therapien zwischen Patienten mit Persönlichkeitsstörung und ohne Persönlichkeitsstörung zum Therapieende	68
5-25	Gegenübertragungscluster aus Clusteranalyse	69
5-26	Anzahl der Patienten in Patientenclustern aus Clusteranalyse	70
5-27	Ausprägung der GÜ in Patientenclustern zum Therapieende	72
5-28	Ausprägung verschiedener Tests in den Patientenclustern zum Therapieende	72
5-29	der Patienten unterschiedlicher Diagnosecluster in den Patientenclustern	73
5-2b	Friedman Test für multiple Vergleiche zwischen Gegenübertragungsfaktoren der Einzelgesprächs- und Gruppengesprächstherapie (konfliktorientiert) bzw. Gestaltungs- und Körpertherapie (erlebnisorientiert) zum Therapiebeginn	102

5-3b	Friedman Test für multiple Vergleiche zwischen Gegenübertragungsfaktoren der Einzelgesprächs- (E), Gruppengesprächs- (Gr), Gestaltungs- (Ge) und Körpertherapie (K) zum Therapiebeginn	103
5-5b	Korrelation nach Spearman zwischen Gegenübertragungsfaktoren der Einzeltherapeuten und den Subskalen „Beziehungszufriedenheit“ bzw. „Erfolgswzufriedenheit“ des Helping Alliance Questionnaire (HAQ) zum Therapieende	104
5-6b	Korrelation nach Spearman zwischen Gegenübertragungsfaktoren aller Therapien und den Subskalen „Beziehungszufriedenheit“ bzw. „Erfolgswzufriedenheit“ des Helping Alliance Questionnaire (HAQ) zu Therapiebeginn	105
5-8b	Korrelation (Spearman) zwischen Gegenübertragungsfaktoren der Einzeltherapie und den Skalen des IIP (Inventar zur Erfassung interpersoneller Probleme) zu Beginn der Therapie	106
5-9b	Korrelation (Spearman) zwischen Gegenübertragungsfaktoren der Einzeltherapie und den Skalen des IIP (Inventar zur Erfassung interpersoneller Probleme) zum Ende der Therapie	108
5-8c	Korrelation (Spearman) zwischen Gegenübertragungsfaktoren der Gruppengesprächstherapie und den Skalen des IIP (Inventar zur Erfassung interpersoneller Probleme) zu Beginn der Therapie	110
5-9c	Korrelation (Spearman) zwischen Gegenübertragungsfaktoren der Gruppengesprächstherapie und den Skalen des IIP (Inventar zur Erfassung interpersoneller Probleme) zum Ende der Therapie	112
5-8d	Korrelation (Spearman) zwischen Gegenübertragungsfaktoren der Gestaltungstherapie und den Skalen des IIP (Inventar zur Erfassung interpersoneller Probleme) zu Beginn der Therapie	114
5-9d	Korrelation (Spearman) zwischen Gegenübertragungsfaktoren der Gestaltungstherapie und den Skalen des IIP (Inventar zur Erfassung interpersoneller Probleme) zum Ende der Therapie	116

5-8e	Korrelation (Spearman) zwischen Gegenübertragungsfaktoren der Körpertherapie und den Skalen des IIP (Inventar zur Erfassung interpersoneller Probleme) zu Beginn der Therapie	118
5-9e	Korrelation (Spearman) zwischen Gegenübertragungsfaktoren der Körpertherapie und den Skalen des IIP (Inventar zur Erfassung interpersoneller Probleme) zum Ende der Therapie	120
5-12b	Korrelation (Spearman) zwischen Gegenübertragungsfaktoren von Einzelgesprächs- (E), Gruppengesprächs- (Gr), Gestaltungs- (Ge) und Körpertherapie (K) und GSI-Werten (Gesamtschwere Index) zu Therapiebeginn (T1)	122
5-16b	Mittelwertvergleich (Einfaktorielle ANOVA) von Gegenübertragungsfaktoren aller Therapien zwischen fünf Diagnoseclustern nach Huber et al zu Therapiebeginn.	123
5-17b	Mittelwertvergleich (Einfaktorielle ANOVA) mit Post-Hoc Analyse nach Tukey von Gegenübertragungsfaktoren aller Therapien zwischen fünf Diagnoseclustern (s. Tab. 5-15) nach Huber et al zu Therapiebeginn.	124
5-24b	Mittelwertvergleich (T-Test) von Gegenübertragungsfaktoren aller Therapien zwischen Patienten mit Persönlichkeitsstörung und ohne Persönlichkeitsstörung zu Therapiebeginn	125
5-27b	Ausprägung der GÜ in Patientenclustern zu Therapiebeginn	126
5-28b	verschiedener Tests in den Patientenclustern zu Therapiebeginn	126

<b>Abbildung</b>		<b>Seite</b>
5-1	Dendogramm der Clusteranalyse über alle Therapien	69

## 1. Einleitung

Eines der zentralen Anliegen im Verlauf einer stationären Psychotherapie ist das genaue Verständnis zwischenmenschlicher Kommunikation, wie sie zwischen Patienten, den Pflegekräften, Psychotherapeuten und Ärzten stattfindet. Sie ist von vorrangiger Bedeutung, da es bei einem stationären Aufenthalt zuallererst darum geht, die Ursachen für die Beschwerden der Patienten zu ergründen. Denn nur auf der Grundlage eines detaillierten „Bauplans“ der pathologischen Prozesse kann es gelingen, den Patienten effektiv zu helfen. Dieses Wissen von den beziehungsrelevanten Prozessen beeinflusst den Umgang mit dem Patienten während den Therapien und im stationären Alltag positiv. In den größtenteils psychodynamisch orientierten Einrichtungen ist die Analyse der Übertragungs- und Gegenübertragungsprozesse dabei von größter Bedeutung. Eine solche Analyse bietet die Möglichkeit, pathologische Beziehungsmuster zwischen Patienten und Therapeutenteam aufzudecken und Hinweise auf die Entstehung und Natur der Störungen bei den Patienten zu erfassen.

In dieser Studie wird eine Methode vorgestellt, die genau dies erlaubt, nämlich eine schnelle, einfache und wiederholbare Methode, um Beziehungsmuster – als Teil des Geflechts der Beziehungen aller stationär präsenter Personen - von Patienten zu erfassen. Die Patienten werden anhand der Gegenübertragung (Definition siehe 2.1) von den Therapeuten bewertet. Diese Bewertung lässt wiederum Rückschlüsse auf die spezifische Problematik und die Veränderung im Verlauf des Aufenthalts zu.

Gerade in jüngster Zeit, in der die Behandlung immer mehr von Budgets und gewinnorientiertem Vorgehen bestimmt wird, bekommt die Optimierung auch des psychodynamisch-psychosomatischen Klinikaufenthalts oberste Priorität. Es kommt jedoch immer noch häufig vor, dass Patienten entweder nicht von der Behandlung profitieren, unliebsame Patienten früh auf andere Stationen verlegt werden oder im Anschluss an einen Aufenthalt in kürzester Zeit einen Rückfall erleiden. Um die Ursachen dieser Probleme zu ergründen, ist es von größter Bedeutung, die Prozesse, die während eines Aufenthalts in den zahlreichen

zwischenmenschlichen Beziehungen der Patienten ablaufen, exakt zu erkunden und mögliche Ursachen für Therapieversagen und nicht-erfolgreiche Behandlungen zu ergründen.

Zur Veranschaulichung einer typischen Situation auf einer psychosomatischen Station dient das folgende, fiktive Fallbeispiel:

*Die Patientin A.S. ist 43 Jahre alt und seit 4 Wochen zur Behandlung auf einer psychosomatischen Station. Sie wurde aufgenommen, da sie seit einem halben Jahr zunehmende Atemnot verspürte. Sie hatte schon mehrere ambulante und stationäre Aufenthalte in unterschiedlichen Kliniken hinter sich, durch die eine körperliche Ursache mit größter Wahrscheinlichkeit ausgeschlossen werden konnte. Sie wurde von ihrem Hausarzt zur psychosomatischen Behandlung eingewiesen, da sie ihm mehrmals von ihrer Belastung im häuslichen Umfeld berichtete, die der Patientin wortwörtlich „Kopferbrechen“ bereite und ihr die „Luft zum Atmen“ nehme.*

*Die Patientin hatte sich gut in den stationären Alltag auf der psychosomatischen Station integriert, obwohl sie gleich zu Anfang Zweifel an der Sinnhaftigkeit einer Behandlung angemeldet hatte, da ja ihre Brust wehtäte, sie aber nicht verrückt sei.*

*Die multiplen Traumatisierungen, die die Patienten im Lauf ihres bisherigen Lebens erfahren hatte und die weit bis in die Kindheit zurückreichten, wurden von dem Personal unterschiedlich aufgenommen. Das wurde vor allem in den Teamsitzungen deutlich. Ein Teil, darunter der Einzeltherapeut und die Körpertherapeutin, empfanden starke Gefühle des Mitleids mit der Patientin, weshalb sie versuchten diese vor den anderen Patienten und ihren Kollegen in Schutz zu nehmen. Der Gruppenanalytiker und die Bezugspflege waren anderer Meinung und bezeichneten die Patientin als „weinerlich“, „unverschämt“ und „fordernd“. Die divergierenden Einschätzungen und Gegenübertragungsreaktionen im Therapeutenteam verfestigten sich zunehmend, ohne dass es dem Team gelungen wäre, ein Verständnis für die Beziehungsdynamik der Patientin zu entwickeln.*

*Der Patientin wurden ab der dritten Woche Sonderrechte eingeräumt: Da sie einem Teil des Personals als chronisch unterversorgt erschien, setzten sie für*

*die Patienten eine Extrabehandlungsstunde und längeren Ausgang durch. Dieses Vorgehen veränderte allerdings das Auftreten der Patientin einerseits und die unterschiedlichen Haltungen der Therapeuten andererseits keineswegs, sondern verstärkte die Konflikthaftigkeit der Situation noch zusätzlich. Da die Patientin, die zu Anfang mit den Mitpatienten gut zurechtkam, vermehrt in Auseinandersetzungen verwickelt war, die auch die Kraft der Bezugspflege aufs äußerste strapazierte, wurde in der nächsten Teamsitzung einvernehmlich beschlossen, diese Patientin auf eine psychiatrische Station zu überweisen, da man mit ihrer untergründigen „Aggressivität“ und ihrer fordernden Haltung nicht mehr umgehen könne.*

Situationen, die dieser ähneln, kommen wohl auf psychotherapeutischen Stationen nicht selten vor. Besonders bei unerfahrenen Mitarbeitern besteht die Gefahr, schwierige Situationen, die sich zum Beispiel aus emotionalen Verwicklungen mit den Patienten ergeben, nicht früh genug zu erkennen. Die vorliegende Studie unterstreicht in dieser Hinsicht die Bedeutung der Gegenübertragung. Anhand der Ergebnisse lässt sich sogar vermuten, dass der Einfluss guter Beziehungen im stationären Alltag nicht wichtiger sein könnte.

Die Gegenübertragung kann dazu dienen, problematische Patienten frühzeitig herauszufiltern und Ihnen größere Aufmerksamkeit zu widmen. Mit dem hier vorgestellten Gegenübertragungsfragebogen lassen sich divergierende emotionale Strebungen in Bezug auf einen Patienten innerhalb eines Therapeutenteams erfassen und beurteilen. Darüber hinaus kann mit dem Fragebogen eine Aussage über den wahrscheinlichen Verlauf der Therapie erfolgen. Die wenige bestehende empirische Literatur zur Gegenübertragung kann dabei in weiten Teilen bestätigt werden.

Im Abschnitt 2 wird die geschichtliche Entwicklung der Gegenübertragung beginnend mit der Entdeckung durch Sigmund Freud beschrieben. Der Schwerpunkt liegt dabei auf der Einteilung in unterschiedliche Gegenübertragungskonzepte. Dem geschichtlichen Überblick über das Thema folgt eine Beschreibung der vorhandenen empirischen Literatur. Dieser Abschnitt ist nach dem gleichen Muster aufgeteilt wie der Ergebnisteil und die



Diskussion: Im Mittelpunkt stehen hier der Zusammenhang zwischen Gegenübertragung und den unterschiedlichen Therapeuten, außerdem die Zusammenhänge zwischen Gegenübertragung und Patienten bzw. deren Fähigkeiten, Beziehungen zu gestalten. Des Weiteren wird analysiert, ob und wie sich die Gegenübertragung bei Patienten mit unterschiedlichen Diagnosen unterscheidet. Zuletzt wird untersucht, welche Parameter des Therapieverlaufs mit der Gegenübertragung zusammenhängen. Der Gegenübertragung in der Gruppe und der Gegenübertragung im stationären Umfeld ist jeweils ein eigenes Kapitel gewidmet, da beide Themen im Zusammenhang mit dieser Studie diskutiert werden sollten und sich bei der Zusammenführung mit den Ergebnissen einige interessante Schlussfolgerungen ergeben.

Da sich im Verlauf der Recherchen zum Literaturteil dieser Arbeit immer wieder Schwierigkeiten bei der eindeutigen Abgrenzung und Definition psychoanalytisch geprägter Begriffe ergaben, im Folgenden einige Vorbemerkungen. Der Versuch in dieser Arbeit, das ursprünglich nur bedingt wissenschaftlich bearbeitete Phänomen der Gegenübertragung soweit als möglich zu verwissenschaftlichen, ist nur in bestimmten Grenzen möglich. Bei der Bearbeitung des Themas wird dem Wissenschaftler zwangsläufig bewusst, dass viele Begriffe in der Psychoanalyse unscharf begrenzt sind. Daher sind die Begriffsbestimmungen von einer gewissen Unschärfe, die immer wieder zu vielfältigen wissenschaftlichen Diskussionen Anlass gaben und geben. Die Unschärfe spiegelt die Auffassung der Analytiker wider, jede analytische Situation unterscheide sich von der vorherigen; das heißt die Interpretation der Szene – Patient und Therapeut im Behandlungszimmer - und der darin ablaufenden Vorgänge ist gewollt und notwendig, um den individuellen Eigenschaften der Persönlichkeit des Patienten und des Analytikers gerecht zu werden. Häufig wird der Begriff „Unschärferelation“ benutzt, um diese Tatsache zu beschreiben. Er stammt ursprünglich von dem Physiker Werner Heisenberg, der bewiesen hatte, dass zwei komplementäre Eigenschaften eines Teilchens gleichzeitig nicht beliebig genau messbar sind.

Viele Begriffe, die von Sigmund Freud und seinen geistigen Erben eingeführt wurden, haben zum Teil zwar einen Bedeutungswandel erfahren, oft sind diese

Begriffe jedoch von einem ganzen Gedankengebäude umgeben, das mit der Benutzung des einzelnen Wortes zwar ausgedrückt aber niemals vollständig beschrieben werden kann. In vielen psychologischen (nicht psychoanalytischen) Veröffentlichungen wurden Begriffe aus der Psychoanalyse übernommen, die dort „alltagssprachlich“ eingesetzt werden. Häufig wird zum Beispiel das Wort „unbewusst“ nicht im Sinne Freuds und der Psychoanalyse benutzt. Man sagt „unbewusst“, obwohl man eigentlich meint, dass einem etwas „nicht bewusst“ ist, also man nicht daran gedacht hat. Wie im Fall des Begriffs der Gegenübertragung in dieser Studie beschreiben alltagssprachlich verwendete Begriffe nur einzelne Aspekte eines umfassenden Konstrukts. Es sollte den Lesern dieser und anderer Studien deshalb bewusst sein, dass in einem anderen Zusammenhang auch dem Begriff Gegenübertragung eine andere, vielleicht eingeschränktere, vielleicht umfassendere Bedeutung zukommen kann.

## **2. Literaturteil**

### **2.1. Gegenübertragung**

Mit dem Begriff Gegenübertragung beschrieben die Psychoanalytiker ursprünglich unbewusste Prozesse, die im Therapeuten als Gegenstück zur Übertragung in Bezug auf den Patienten entstehen. Der Therapeut reagiert dabei auf den Patienten, wodurch auf den Patienten bezogene Gefühle und Handlungsimpulse im Therapeuten entstehen. Obwohl es heute einige unterschiedliche Ansichten zu diesem Thema gibt - so wie auch die Analytiker unterschiedlicher analytischer „Glaubensrichtungen“ entstammen - ist doch vor allem die „ganzheitliche“ Auffassung der Gegenübertragung verbreitet, die die Gesamtheit aller Einstellungen des Therapeuten gegenüber dem Patienten umfasst – also bewusste, unbewusste, reaktive und genuine Einstellungen (Laplanche und Pontalis 1962). Die Gegenübertragung manifestiert sich in Phantasien, Stimmungen, Einstellungen, Verhaltensweisen und anderen psychischen Phänomenen. Zwar lassen sich diese Gefühle häufig auf die Inhalte der Übertragung zurückführen, es kann sich jedoch auch um defensive Phänomene handeln, mit denen die Übertragung bzw. die Wahrnehmung der Gegenübertragung abgewehrt wird (Ermann 2008). Während bei der Übertragung internalisierte Objekte des Patienten übertragen und die entsprechenden, erwarteten Beziehungsmuster mit dem Therapeuten wiederholt werden, versucht der Therapeut Gegenübertragungsgefühle und Impulse zwar wahrzunehmen und zu deuten, diese aber nicht zu agieren, wie es der Patient in der Übertragung tut. Der ausgebildete Psychoanalytiker, der viele Jahre selbst eine Lehranalyse erfahren hat, sollte Eigenes von Fremdem unterscheiden können.

### **2.2. Geschichte und Entwicklung der Gegenübertragung**

Anders als im Fall der Übertragung, die innerhalb kurzer Zeit nach seiner Entdeckung durch Freud (1895) zu einem bis heute unverzichtbaren Hilfsmittel der Behandlung wurde, dauerte es fast 40 Jahre, bis die Gegenübertragung als

Werkzeug zur Behandlung in der psychoanalytischen Fachwelt anerkannt wurde. Körner (1990) schlug vor, die Entwicklung der Gegenübertragung in drei unterschiedliche Konzepte einzuteilen, die sich zwar zeitlich nacheinander entwickelten, jedoch zumindest zeitweise auch nebeneinander bestanden: Das in den Anfängen der Psychoanalyse entstandene defensiv-objektivierende Konzept und die beiden später entstandenen - instrumentelles und interaktionelles Konzept.

### 2.2.1. Defensiv-objektivierende Gegenübertragungskonzepte

Der Begriff Gegenübertragung taucht in schriftlicher Form erstmals 1909 in einem Brief Freuds an dessen Schüler C. G. Jung auf, in dem Freud seinem jüngeren Kollegen gegenüber tröstend erwähnt, er habe sich noch nicht die notwendige „harte Haut“ wachsen lassen, die helfe, „die Gegenübertragung, in die man doch jedes Mal versetzt werde“, zu beherrschen (Freud und Jung 1974). Diese Aussage verdeutlicht die Haltung, die sich als allgemeingültige Behandlungsgrundlage bis 1950 halten sollte. Freud hatte zwar erkannt, dass sich die Gegenübertragung „beim Arzt durch den Einfluß des Patienten auf das unbewußte Fühlen des Arztes einstellt“, er war jedoch davon überzeugt, dass für eine fruchtbare Behandlung des Patienten „der Arzt diese Gegenübertragung in sich erkennen und bewältigen müsse“ (Freud 1910). So bekräftigt Freud in seinen „technischen Schriften“, der Analytiker müsse wie eine „Spiegelplatte“ reflektieren und sich dem Patienten gegenüber „wie ein gefühlskalter Chirurg“ verhalten (Freud 1912). Bestimmend für diese Haltung war sicherlich das Vorhaben der frühen Psychoanalytiker, die Methode Psychoanalyse möglichst weitgehend zu verwissenschaftlichen. Jeder Analytiker sollte austauschbar sein, jede Analyse in der gleichen Weise durchgeführt werden – auch deshalb gibt Freud sehr genaue Rahmenbedingungen der analytischen Situation vor. Es ist nicht verwunderlich, dass die Stimmen, die schon früh einen anderen Umgang mit der Gegenübertragung vorschlugen, auf geringe Resonanz in der psychoanalytischen Fachwelt stießen, solange der geistige Vater Freud lebte. Ferenczi, einer der wichtigsten Schüler Freuds, forderte dennoch schon 1919

ein „freies Spielenlassen der Assoziationen und Phantasien“ und war damit seiner Zeit weit voraus. Sein Eintreten für diese und andere Theorien, die nicht mit den Vorgaben des Lehrers in Übereinstimmung zu bringen waren, führten jedoch schließlich zur zunehmenden Distanzierung zwischen Ferenczi und Freud (Ermann 2008). Die Angst vor der Verwicklung mit den Patienten in der Analyse war durchaus begründet. Um 1910 mussten sich die Psychoanalytiker mit einigen Affären auseinandersetzen, die durch schwerwiegende Verletzungen der Abstinenzregel entstanden waren: So z.B. die Affäre C.G. Jungs, der anfänglich ein Schüler und Vertrauter Freuds war, mit Sabina Spielrein. Das Ansehen der ohnehin umstrittenen Psychoanalyse war durch solche Vorkommnisse stark gefährdet und man wollte sich durch ein deutliches Abstinenzgebot (Spiegelplatte, gefühlskalter Chirurg) vor solchen Entgleisungen schützen (vgl. Ermann 2008).

### 2.2.2. Instrumentelle Gegenübertragungskonzepte

Diese Konzepte unterscheiden sich von den defensiv-objektivierenden Konzepten dadurch, dass sie den Einfluss des Therapeuten auf das Behandlungssetting mit einbeziehen. Dabei sollen Gefühle, Gedanken, Handlungstendenzen des Analytikers als Reaktion auf die Übertragung des Patienten interpretiert werden (Körner 1990). Heute wird der Aufsatz „On Countertransference“ von Paula Heimann, den sie 1950 beim Psychoanalytischen Kongress in Genf vortrug, als Wendepunkt von der negativ-vermeidenden Auffassung zur positiv-ganzheitlichen Auffassung der Gegenübertragung verstanden: „Die Gegenübertragung des Analytikers ist nicht nur das A und O der analytischen Beziehung, sondern sie ist die Schöpfung des Patienten. Sie ist Teil der Persönlichkeit des Patienten“ (Heimann 1950). Heimann subsumiert in ihrem Artikel von 1950 unter dem Begriff Gegenübertragung alle Gefühle, die der Analytiker seinem Patienten gegenüber erlebt. Die Gegenübertragung sei „eines der wichtigsten Mittel“ in der Arbeit mit den Patienten, zudem „ein Forschungsinstrument für die unbewussten Prozesse des Patienten“. Sie betont besonders die gefühlshafte Beteiligung beider Seiten – des Patienten und des Analytikers – an der therapeutischen

Beziehung. Im Vorfeld wurde ihr von Melanie Klein (Paula Heimann war eine Schülerin Kleins) und anderen Kollegen dringend davon abgeraten, diesen Vortrag zu halten. Um sich nicht vollkommen der von Freud etablierten Meinung entgegenzustellen, wies Heimann diplomatisch auf „Missdeutungen“ hin, zu denen Freuds Auffassungen zur Gegenübertragung und seine Spiegel- und Chirurgenanalogie geführt hätten.

Aber Paula Heimann war nicht die einzige Vertreterin des instrumentellen Konzepts ihrer Zeit. Einerseits gab es um 1950 herum, vergleichbar mit einem Dammbbruch, eine Reihe von Autoren, die sich in ihren Veröffentlichungen dem Thema Gegenübertragung widmeten (Berman 1949, Winnicott 1949, Reich 1951, Little 1951, Cohen 1952, Gitelson 1952), andererseits gab es auch in den Jahren zuvor schon Autoren, deren Veröffentlichungen sich, an Ferenczi anschließend, auf positive Art und Weise mit der Gegenübertragung auseinandersetzten (Deutsch 1926, Balint und Balint 1939, Fenichel 1941). Nachdem Ferenczi (1919) in einer „allzu technischen Haltung“ die Gefahr einer Retraumatisierung des Patienten sah und in der Folge das Konzept der „mutuellen Analyse“, in der sich Patient und Therapeut gegenseitig analysieren sollten, entwickelte, war Helene Deutsch (1926) vor allem am weitergehenden Verständnis der Gegenübertragung interessiert. In ihrer Arbeit „okkulte Vorgänge während der Psychoanalyse“ unterschied sie zwei Arten von Gegenübertragung voneinander: Die Komplementäreinstellung des Analytikers gegenüber Übertragungsangeboten des Patienten und die Identifikation des Analytikers mit dem infantilen Ich des Patienten. Sie sah nicht in der Gegenübertragung an sich ein Hindernis der Behandlung, sondern im Verdrängungswiderstand des Analytikers, der durch die Fixierung seiner Komplementäreinstellung seinen Handlungsraum einengt (Deutsch 1926, vgl. Racker 1968 s. unten). Berman (1949) betonte, wie wichtig die Fürsorge und das warmherzige Interesse des Therapeuten für den Behandlungsprozess sei und stellte fest, dass die negative Einschätzung der Gegenübertragung zu rigiden, antitherapeutischen Einstellungen geführt hätte.

Einen wichtigen und heute noch viel zitierten Beitrag zum weitergehenden Verständnis der Gegenübertragung leistete Heinrich Racker (1953) mit der

Weiterentwicklung des Ansatzes von Helene Deutsch auf dem Boden kleinianischer Theorien. Analytiker und Analysand seien über projektive und identifikatorische Prozesse miteinander verbunden. Racker unterschied zwischen einer komplementären und einer konkordanten Gegenübertragung. Der Analytiker identifiziere sich entweder „komplementär“ mit den unbewussten inneren Objekten des Patienten, die von ihm abgespalten und auf den Analytiker projiziert werden, oder „konkordant“ mit ebenfalls unbewussten Ich-Anteilen des Patienten. Der zuerst beschriebene Vorgang, nämlich die Identifikation mit den Objekten, sei der „normale Gegenübertragungsvorgang“ (Racker 2002). Daraus folgerte Racker, es müsse äquivalent zur „Übertragungsneurose“ beim Patienten eine „Gegenübertragungsneurose“ beim Analytiker ausgelöst werden. Das seien all jene Kräfte, die der Auflösung von Konflikten bzw. dem Bewusstwerden beim Analytiker in der analytischen Beziehung entgegenstünden (Racker 1953).

Die Vertreter der instrumentellen Gegenübertragung lassen sich wiederum in zwei Gruppen unterteilen, die die Gegenübertragung unterschiedlich einschätzten: Für die eine Gruppe der Analytiker trat die Gegenübertragung nur im ungünstigen Fall auf; sie sei, abgesehen von der reinen konkordanten Identifikation im Sinne Rackers (1959), immer ein Ausdruck des Widerstands gegen das Bewusstwerden unbewusster Konflikte und müsse deshalb analysiert werden (Kemper 1953/54, Fliess 1953, Heigl 1960). Für die andere Gruppe birgt die Gegenübertragung eine umfassende Nutzbarkeit. Sie entstehe natürlicherweise in jeder Beziehung zweier Personen und hätte für den Analytiker als „tool“ (Heimann 1950) zur intuitiven Erfassung des Unbewussten seines Gegenübers einen unschätzbaren Wert. Die Gegenübertragung ist eine „Antwort“ (Möller 1977), eine „Induktion“ (Hamburger 1983), ein „passives, sensibles Instrument“ (Racker 1959), ein „Resonanzkörper“ (Racker 1959), „ein Flügel, in dem diejenige Saite mitschwingt, die auf einem anderen angeschlagen wird“ (Scheunert 1960). Der Analytiker müsse diese „Antwort“ aufnehmen und zum Verständnis der Übertragungsbeziehung nutzen (Körner 1990).

Die Technik der psychoanalytischen Behandlung veränderte sich durch die neue Bewertung der Gegenübertragung nachhaltig. Bisher hatte die Analyse der Übertragung des Patienten im Mittelpunkt der Therapie gestanden, also vor allem der Beitrag des Patienten. Nun wurde der Anteil des Analytikers an dem therapeutischen Geschehen immer wichtiger und ersetzte langsam die Fokussierung auf den Patienten. Allerdings herrschte bis in die 80er Jahre des 20. Jahrhunderts die weitläufige Meinung vor, das Übertragungs- und Gegenübertragungsgeschehen verlaufe vor allem in einer Richtung. Ähnlich einer „Einbahnstraße“ übertrage der Patient auf den Analytiker und der Analytiker gegenübertrage, nehme dabei aber eher eine statische Funktion wahr. Der eigene Beitrag des Analytikers zur Beziehungsgestaltung blieb dabei weitestgehend unberücksichtigt.

Sandler (1976) wich von diesem Verständnis bei der Formulierung seines Modells zur „Bereitschaft der Rollenübernahme“ ab, als er dem Analytiker parallel zu seiner gleichschwebenden Aufmerksamkeit eine „gleichschwebende Bereitschaft“ zur Rollenübernahme zuschrieb. Sandler ging davon aus, dass unbewusste Wünsche und Mechanismen des Patienten, mit denen der Therapeut konfrontiert wird, intrapsychisch ihren Ausdruck in unbewussten Bildern und Phantasien finden, in denen das Selbst und das Objekt miteinander interagieren und durch besondere Rollen repräsentiert werden. Anhand von Slanders Beitrag wird deutlich, dass man sich in der psychoanalytischen Gesellschaft zunehmend mit der Rolle und dem Einfluss des Analytikers auf die Beziehung zwischen Therapeut und Patient beschäftigte.

### 2.2.3. Interaktionelle Gegenübertragungskonzepte

Seit einigen Jahren haben die Psychoanalytiker mehr und mehr davon Abstand genommen, das Idealbild in einem distanzierten, unbeteiligten und beobachtenden Analytiker zu sehen. Vielmehr wurde in den letzten 30 Jahren der Einfluss des konflikthaft teilnehmenden, agierenden Analytikers auf den Behandlungsprozess untersucht. So gingen Stolorow, Branchaft und Atwood (1996) davon aus, dass Art und Umfang der Übertragung auch durch die



jeweilige Gegenübertragung des Analytikers mitbestimmt wird. Übertragung und Gegenübertragung bildeten „gemeinsam ein intersubjektives System reziproker, gegenseitiger Einflussnahme.“ (ebd.) Diese Auffassung vertreten auch andere Autoren wie Thomä (1984, 1999, 2001), Körner (1989) und Bettighofer (2000). Bettighofer prägte den Begriff der „Eigenübertragung“ des Therapeuten und unterstreicht damit die Bedeutung des Einflusses des Therapeuten auf die Prozesse in der analytischen Situation. Körner geht noch einen Schritt weiter und betont sogar den Aspekt der „Restneurose“ beim Analytiker: „In unserer Befangenheit gegenüber unseren Patienten, der konflikthafter Verstrickung mit unseren Patienten, spiegelt sich die verbliebene Befangenheit gegenüber unseren eigenen Eltern und Lehrern“ (Körner 1989). Dass der Einfluss des Therapeuten eine immer größer werdende Bedeutung erlangt, stellte auch König (2010) fest, der eine Typologie der Therapeuten entwarf und untersuchte, welche Charakterzüge eines Therapeuten im Umgang mit dem Patienten nützlich und welche hinderlich sind. Wichtige Grundlagen für die moderne interaktionelle Auffassung der therapeutischen Situation lieferten schon Balint (1968) mit seiner „Zwei-Personen-Psychologie“ und Racker, der zur gleichen Zeit vorschlug, gemeinsames Agieren von Analytiker und Analysand als Deutungen zu interpretieren (Racker 2002).

Auf dieser Grundlage entstand unter anderem der Begriff Enactment, der vielleicht bedeutendste Begriff, der in dieser Phase geprägt wurde. Das Thema wurde erstmals 1986 in dem Aufsatz „On countertransference enactments“ von Theodore Jacobs behandelt. Das Enactment beschreibt ein Handeln, an dem Patient und Therapeut beteiligt sind und das als eine agierte Reinszenierung infantiler Muster in der Übertragung des Patienten und entsprechend agierter Gegenübertragung des Therapeuten verstanden werden kann. Im deutschen Sprachraum haben vor allem Klüwer (1983, 1993, 2000) und Argelander (1970) wichtige Beiträge zu diesem Thema geliefert. Laut Klüwer sehe Jacobs „Enactment“ als „Verhaltensausdruck unbewusster Wunscherfüllung sowie eines Bedürfnisses, den Analytiker als Zeugen und Wunscherfüller zu verwickeln“. (Klüwer 1993) Klüwer selbst ging jedoch davon aus, dass Enactment ein vollständig interpersoneller Vorgang sei und somit von Therapeut als auch dem Patienten erzeugt werden könne. So sei der

psychoanalytische Prozess als „eine Folge zusammenhängender und auseinander hervorgehender Inszenierungen oder Enactments zu verstehen“. (vgl. Klüwer 2000) Autoren aus der jüngeren Vergangenheit gingen noch einen Schritt weiter: So definierten Heisterkamp (2002, 2003) und Streek (2000, 2002) Enactment als eine Form der gegenseitigen Behandlung von Therapeut und Patient, in denen das eigene Handeln so zu gestalten sei, „dass es für den Patienten entwicklungsförderlich ist“ (Heisterkamp 2002).

Auch wenn im Wechselspiel von Übertragung und Gegenübertragung vielfältige Einflüsse von Patienten- und Therapeutenseite die therapeutische Beziehung mitbestimmen und sich so bei identischen Konflikten die analytische Situation von Therapeut zu Therapeut und von Patient zu Patient vollkommen unterschiedlich darstellt, wird das Grundthema dennoch durch die Grundproblematik des Patienten erzeugt. In der Therapie stellt sich demnach eine Situation dar, die Körner (1990) eine „Einheit im Widerspruch“ nannte. Durch Übertragung und Gegenübertragung halte der Patient auseinander, was in ihm als Konflikt nicht vollständig bewusst werden dürfe. Diese Betrachtung lässt Übertragung und Gegenübertragung als „Spaltungsprodukte“ eines einzigen intrapsychischen und ehemals interpersonalen Konflikts, zum Beispiel mit den wichtigen Objekten während der Kindheit, erscheinen. Der Analytiker erlebt diesen Konflikt jedoch als aktiven, realen Konflikt in der Beziehung mit seinem Patienten und ist so mit allen Sinnen in den Konflikt involviert.

#### 2.2.4. Gegenübertragung heute

Die Gegenübertragung ist heute eines der wichtigsten oder sogar das wichtigste Therapiewerkzeug in der Analyse und hat die Deutung an Wichtigkeit beinahe übertroffen. Die positive Bewertung der Gegenübertragung hat mittlerweile zu einer Betrachtung der Gegenübertragung als verlässlichste Quelle für das Verständnis der inneren Welt des Patienten geführt und die Behandlungstechnik im Sinne gegenübertragungsgeleiteten Deutens beeinflusst (Lohmer 2011). Viele Analytiker verstehen sich heute als eine Art „haltende Mutter“, die es den Patienten ermöglicht, in der Beziehung mit dem

Therapeuten im geschützten Rahmen der analytischen Situation die Entwicklung verkümmelter Aspekte der eigenen Persönlichkeit nachzuholen. Dabei nehmen die Analytiker nach ihrem Verständnis die „Containerfunktion“ war (Money-Kyrle 1956, Bion 1962). Diese lässt sich am treffendsten durch eine nicht-pathologische Form der projektiven Identifikation beschreiben. All das, was im Patienten nicht verarbeitet werden kann, wird vom Analytiker aufgenommen und in kleinen Einheiten, verarbeitet, anhand z.B. von Deutungen, zurückgegeben. Für eine erfolgreiche Therapie, so die viel vertretene Meinung, ist ein umfassendes Verständnis der Übertragungs-Gegenübertragungsdynamik eine essentielle Voraussetzung. Die Patienten wiederholen unbewusste Handlungsweisen im Behandlungsraum (Übertragung) und beziehen dabei den Analytiker mit ein (Gegenübertragung). Dabei ist es als Analytiker nicht möglich, nicht zu Handeln. Um einen Behandlungserfolg zu gewährleisten, sollte der gut analysierte Analytiker jedoch in der Lage sein, sein eigenes Agieren und die Beteiligung an Enactments zu erkennen, so wie er gelernt hat, Eigenes von Fremdem zu unterscheiden. Er sollte Abstand von der Situation nehmen und das Erlebte mit dem Patienten bearbeiten.

In der jüngeren Zeit befasst sich z.B. Kernberg umfassend mit der Gegenübertragung. Er beschreibt vier Quellen, aus denen sich die Gegenübertragung zusammensetzt (Lohmer 2011, Kernberg 1993):

- der Übertragung des Patienten,
- der Realität im Leben des Patienten,
- der eigenen Übertragungsdisposition des Therapeuten auf den Patienten,
- der Realität im Leben des Therapeuten.

So wird deutlich, dass die Gegenübertragung zweier Patienten bei ein- und demselben Therapeuten nie identisch sein kann. Zu viele Anteile der Persönlichkeit spielen eine Rolle, als das diese vereinheitlicht werden könnten. Es gibt jedoch Schnittmengen, also beispielsweise Gefühle, die in bestimmten Situationen oder bei bestimmten Krankheitsbildern gehäuft auftreten und sich daher wissenschaftlich beschreiben lassen. Vielmehr sollte bei gleichermaßen optimal analysierten Therapeuten die Wissenschaftlichkeit der Gegenübertragung weitgehend gegeben sein.

## 2.3. Empirische Literatur zur Gegenübertragung

Die empirische Psychotherapieforschung hat der Gegenübertragung bisher verhältnismäßig wenig Aufmerksamkeit geschenkt. Viele Autoren, die sich dennoch mit dem Thema beschäftigen, hoffen seit Jahren auf eine umfassendere Beachtung dieses Themas: So stellen auch Thomä und Kächele (1995) fest: „Research on countertransference still lies ahead“. Dennoch sind einige Studien vorhanden, die sich vor allem mit dem Verhalten des Therapeuten, Gegenübertragungsgefühlen in Bezug auf verschiedene Diagnosen bei Patienten und dem Zusammenhang von Gegenübertragung und Therapieerfolg beschäftigen. In einem Teil der vorhandenen Studien wird versucht, die große Bandbreite der Gegenübertragungsgefühle, -reaktionen und des Gegenübertragungsverhaltens in einige wenige Dimensionen zu unterteilen.

### 2.3.1. Gegenübertragung und Therapeuten

Die ältere Forschungsliteratur thematisiert die sich aus der Gegenübertragung ergebende Fehlwahrnehmung des Patienten (Fiedler 1951) oder des therapeutischen Prozesses durch den Therapeuten (Cutler 1958). Russel und Snyder (1963) sowie Tourney et al. (1966) konnten einen Zusammenhang zwischen der vom Patienten gezeigten manifesten Feindseligkeit und dem Ausmaß der vom Therapeuten erlebten Ängstlichkeit belegen. Yulis und Kiesler (1968) stellten fest, dass weniger ängstliche Therapeuten stärker im therapeutischen Prozess involviert sind, dabei aber eine geringere Gegenübertragung aufweisen. In experimentell angelegten Studien zeigte Beckmann (1974), dass die Beurteilung des Patienten von der Voreinstellung des Diagnostikers beeinflusst wird und mit dessen Persönlichkeit zusammenhängt. Dieses Ergebnis konnte in vielen Studien der folgenden Jahre für die Gegenübertragung bestätigt werden.

Da sich einige Jahre lang die Konzepte „Gegenübertragung“ und „Empathie“ voneinander unabhängig entwickelten, versuchten Peabody und Gelso (1982)

einen Zusammenhang zwischen diesen zu finden. Die Fähigkeit eines Therapeuten, sich in den Patienten einzufühlen und empathisch zu handeln, ist, so Peabody und Gelso, zumindest für verführerische, weibliche Patienten negativ mit Gegenübertragungsagieren korreliert. Folglich agiert der Therapeut die Gegenübertragung umso geringer, je ausgeprägter seine Empathie ist. Die Autoren vermuten anhand ihrer Daten, dass eine Häufung erlebter Gegenübertragung das Agieren wahrscheinlicher werden lässt.

Wie sich in einigen Studien herausstellte, hängt die Gegenübertragung auch von der Erfahrung des Therapeuten ab: Erfahrene Therapeuten erleben mehr positive Gegenübertragung und können besser mit Gegenübertragungsreaktionen umgehen (Hayes 1991). Im Gegensatz dazu ist das Gegenübertragungserleben von Ausbildungskandidaten umso ausgeprägter, je größer deren Angst vor der analytischen Situation ist (Gelso und Hayes 1991). Weniger ausgebildete Therapeuten bedauern häufiger Dinge, die sie gesagt oder eben nicht gesagt haben, geben öfter an, dass ihre gefühlten Emotionen sie überfordern und wehren sich häufiger gegen Emotionen (Brody und Farber 1996). Mit steigender Berufserfahrung sinkt insgesamt das Ausmaß der Gegenübertragung. Die Therapeuten spüren zwar eine große Vielfalt emotionaler Reaktionen, werden aber weniger stark von diesen Gefühlen beeinflusst (McIntyre und Schwartz 1998).

Holmqvist (2001) konnte die weitläufige Meinung in der Psychoanalyse bestätigen, dass die Gegenübertragung zu einem beachtlichen Anteil von der Person und Persönlichkeit des Therapeuten abhängt. In seiner Studie wurde die Gegenübertragung von 9 Therapeuten in Bezug auf 28 Patienten erfasst. Die Gefühlsmuster der Therapeuten waren dabei von Patient zu Patient, unabhängig von der Diagnose, sehr konstant. So wiesen Rosenberger und Hayes (2002) durch längere Beobachtung einer Psychotherapie im Verlauf nach, dass das Vermeidungsverhalten des Therapeuten, die Arbeitsbeziehung zwischen Patient und Therapeut und die Fähigkeit, sozialen Einfluss auf das Verhalten des Patienten zu nehmen, beeinflusst wird, wenn ungelöste Konflikte des Therapeuten berührt werden. Die Arbeitsgruppe um Gelso (Gelso et al 2002) konnte nachweisen, dass auch das Therapieoutcome der Patienten umso

besser ist, je besser die Therapeuten mit der Gegenübertragung umzugehen vermögen. Mithilfe des Selbstbeurteilungs-Fragebogens EWL60S fand Grube (2003) heraus, dass in der Arbeit mit psychiatrischen Patienten vor allem die Gefühle Stress, Souveränität und Gelassenheit auftreten. Stress tritt dabei besonders bei jüngeren, weniger berufserfahrenen und weiblichen Mitarbeitern auf.

### 2.3.2. Gegenübertragung und Patienten

Holmqvist (1996) fand mit der „Feeling Word Checklist“ (FWC), einem Fragebogen mit 30 Items zur Erhebung der Gefühle bei den Therapeuten, heraus, dass repetitive Gegenübertragungsgefühle in Bezug auf einzelne Patienten 15% der Gesamtvarianz der Gegenübertragungsgefühle aufklären. Das heißt nur 15% der Gefühle eines Therapeuten werden durch den Patienten verursacht. Es wird jedoch nicht deutlich, in welchem Umfang tatsächlich die Gegenübertragung eine Rolle spielt. Die Persönlichkeitsorganisation und die subjektive Einschätzung der Krankheitsbelastung des Patienten haben dahingegen keinen Einfluss auf die Gegenübertragung des Therapeuten. Dieses Ergebnis bestätigt die Aussage von Colson (1986), dass die Diagnose von Patienten die Gegenübertragungsreaktionen von Klinikpersonal nur in geringem Ausmaß beeinflusst.

### 2.3.3. Gegenübertragung und Diagnosen

In den folgenden Jahren nach Colsons Studie konnten jedoch einige Unterschiede in der Gegenübertragung zwischen Patienten festgestellt werden, die an unterschiedlichen Krankheiten litten. Körner (1988) erkannte, dass depressiv strukturierte Patienten eine andere Gegenübertragung induzieren als Patienten mit zwanghafter Strukturierung. Auch Brody und Farber (1996) bestätigen diese Aussage. Sie verglichen die Gegenübertragung, die durch Patienten mit einer schizophrenen, Borderline- oder depressiven Struktur induziert wird. Diese drei Patientengruppen rufen unterschiedlich starke Gefühle

beim Therapeuten hervor. McIntyre und Schwartz (1998) beschreiben die Unterschiede zwischen Patienten mit Borderlinestörung und Depression genauer: Patienten, die an einer Borderlinestörung leiden, rufen nach ihrer Erkenntnis bei den Therapeuten ausgeprägte Dominanz und Feindseligkeit hervor. Die Patienten mit Depression erzeugen eher Gegenübertragungsgefühle der Unterwürfigkeit und Freundlichkeit. Besonders die „Verwicklung“ in der Gegenübertragung unterscheidet sich zwischen den einzelnen Diagnosegruppen, am höchsten sei sie bei den Persönlichkeitsstörungen ausgeprägt (Katsuki et al 2006). Rossberg (2007) verglich Patienten mit unterschiedlicher Persönlichkeitsdiagnose hinsichtlich der induzierten Gegenübertragung. Er stellte dabei der Clustereinteilung nach DSM-IV der American Psychiatric Association (<http://www.behavenet.com/capsules/disorders/dsm4TRclassification.htm>, 15.3.2012) folgend vor allem Unterschiede zwischen den Clustern A/B im Vergleich mit C fest. Die Patienten der Cluster A und B riefen bei den Therapeuten stärkere Gefühle der Zurückhaltung, Zurückweisung, Überwältigung und Unzulänglichkeit hervor. Patienten des Clusters C induzierten eher Sicherheit und Zuversicht. Rossberg fand außerdem heraus, dass bei Patienten, die die Therapie nicht beenden („Noncompleter“), die Gegenübertragungsgefühle Überwältigung und Unzulänglichkeit eine wichtige Rolle spielen.

Patienten mit Essstörungen rufen laut Burket und Schramm (1995) vor allem Frustration und Ärger, in geringerem Maße auch Identifikation, Zufriedenheit, Hilflosigkeit und Angst hervor. Angst und Frustration sind bei Therapeuten, die die Esspatienten nur ungern behandeln, häufiger. Bei den Therapeuten, die die Patienten gerne behandeln, sind die übrigen Gefühle deutlicher ausgeprägt. Die Arbeitsgruppe um Satir (2009), die den Fragebogen CQ-A (eine abgewandelte Form des CTQ für Jugendliche, vgl. Tabelle 2-1) einsetzte, um die Gegenübertragung bei Esspatienten zu untersuchen, fand heraus, dass bei männlichen Therapeuten warme/kompetente Gegenübertragung und aggressiv/sexualisierte Gegenübertragung häufiger auftritt als bei Frauen. Psychiater fühlten im Gegensatz zu Psychologen mehr Ärger, Frustration, Aggressivität und Sexualisierung in der Behandlung. Für die Anorexia nervosa stellte Satir fest, dass warme/kompetente Gegenübertragung stärker

ausgeprägt ist als bei Bulimie oder EDNOS (Eating Disorder Not Otherwise Specified; nicht näher bezeichnete Essstörung), dagegen entstehen Gefühle von Versagen/Inkompetenz eher bei EDNOS als bei Anorexie.

Westen (Betan et al 2005) stellte fest, dass seine Gegenübertragungsdimensionen eindeutig mit Diagnosen von Patienten korrelieren. In seiner Studie fand er heraus, dass die Achse-II-Persönlichkeitscluster vorhersagbar mit seinen Gegenübertragungsfaktoren korrelieren. So rufen Patienten des Clusters A (sonderbar/exzentrisch) „kritisierte/fehlbehandelte“ GÜ hervor, Patienten des Cluster B (dramatisch/emotional) korrelieren positiv mit den Faktoren „überfordert/disorganisiert“, „hilflos/ungenügend“, „sexualisiert“, „gelöst“ und ebenfalls „kritisiert/fehlbehandelt“ und korrelieren negativ mit dem Faktor „positiv“. Patienten des Clusters C (ängstlich/vermeidend) rufen vor allem „elterlich/beschützende“ GÜ hervor. Westen stellte fest, dass bei Patienten mit Narzisstischer Persönlichkeitsstörung bestimmte Items im CTQ angekreuzt werden: Vor allem negative Gegenübertragung wie „verärgert“, „manipuliert“ oder „Geduld verlieren“ bestimmt das Erleben des Therapeuten gegenüber narzisstischen Patienten.

#### 2.3.4. Gegenübertragung und Therapieverlauf

Mang (1990) fand heraus, dass seine „anale“ Gegenübertragung, also Gefühle von Belästigung, Kränkung, Ohnmacht und Ärger, mit einem ungünstigen Therapieverlauf einhergeht, „ödipale“ Gegenübertragung wie Bewunderung, erotische Anziehung und Faszination dagegen mit einem guten Verlauf und guter Prognose zusammenhängt. Dies bestätigte Faller (1999): Positive Gegenübertragung korreliert mit der Wahrnehmung eines gemeinsamen Krankheitsverständnisses, der Einschätzung einer guten therapeutischen Arbeitsbeziehung und einer günstigen Prognosebeurteilung. Rossberg (Rossberg et al 2010) korrelierte anhand seines FWC-58 Fragebogens Gegenübertragung mit der Symptombelastung anhand des SCL-90 Fragebogens von 42 psychiatrischen Patienten. Er stellte fest, dass eine höhere Symptombelastung der Patienten negativ mit den Gegenübertragungsgefühlen



„wichtig“, „sicher“ und „positiv“ korreliert. Positive Korrelationen ergeben sich mit den Gefühlen „langweilen“, „auf der Hut sein“, „überwältigt“ und „unzulänglich“. Umso höher die positive Gegenübertragung und umso niedriger die negative Gegenübertragung, desto ausgeprägter war die Verbesserung der Symptome der Patienten (Rossberg 2010). Eine brasilianische Studie fand heraus, dass die Gegenübertragung zu Beginn des stationären Aufenthalts von Trauma Patienten nicht mit dem Outcome der Behandlung verknüpft ist (Silveira Junior 2011). In ihrem Review Artikel „Managing Countertransference“ stellten Hayes, Gelso und Hummel (2011) anhand mehrerer Meta-Analysen fest, dass 1) zwischen Gegenübertragungsreaktionen und dem Psychotherapie-Outcome ein leichter, umgekehrter Zusammenhang besteht, dass 2) bisher in Studien eingesetzte Faktoren zur Bewältigung der Gegenübertragung eine geringe oder keine Auswirkung auf die Abschwächung von Gegenübertragungsreaktionen ausüben und dass 3) die erfolgreiche Bewältigung der Gegenübertragung mit einem besseren Outcome zusammenhängt.

### 2.3.5. Gegenübertragungsfragebögen

In den vorgestellten Studien wurden überwiegend sehr unterschiedliche Fragebögen verwendet. Häufig unterscheiden sich auch die Gegenübertragungsdimensionen, die bei der Reduktion der Itemanzahl entstanden. Eine Übersicht liefert Tabelle 2-1.

**Tabelle 2-1. Übersicht über vorhandene Fragebögen zur Gegenübertragung.**

<b>Name des Instruments</b>	<b>Anzahl Items</b>	<b>Einsatz</b>	<b>Skalen</b>
Countertransference Factors Inventory (CFI)	50	Van Wagoner et al 1991 Gelso et al 2002 Hayes et al 2011	Self-insight Self-integration Empathy Anxiety Management Conceptualizing Ability

Anonymous self-report questionnaire (eating disorders)	Nicht erueierbar	Burket und Schramm 1995	Frustration Anger Empathy Satisfaction Helplessness Anxiety
Feeling Word Checklist (FWC)	30	Holmqvist und Armelius 1994a, 1994b, 1996; Holmqvist und Fogelstam 1996 Whyte et al 1982;	Close/Engaged Controlled/Restrained Unuseful/Unhelpful Rejecting/Detached Objective/Distant Autonomous/Free Useful/Helpful Accepting/Affectinnate
Vignettes Rating Scale	3x20	Brody und Farber 1996	3 Fragebögen für die 3 Diagnosen „Major Depression“, Borderline Personality Organization“ und „Schizophrenia“, jeweils Subskalen: Positive Countertransference (CT) Negative CT CT-related behavior
Impact Message Inventory	90	Kiesler et al 1976 McIntyre und Schwartz 1998 Hartkamp et al 2002	Dominant Hostile Submissive Friendly
Gegenübertragungs-rating	31	Mang 1990, Faller 1999	Ärger Sympathie Hilfsbereitschaft Hoffnungslosigkeit
Countertransference Factors Inventory – Revised (CFI-R)	21	Rosenberger und Hayes 2002,	Keine
Eigenschaftswörterliste EWL60S	60	Janke und Debus 1978 Grube 2003	Gereiztheit Angst Aktivierung Wohlbefinden Extraversion Unaktiv
Feeling Checklist- Japanese version (FC-J)	30	Katsuki et al 2006	Reject Distance Helpfulness Closeness Involvement

Feeling Word Checklist-58 (FWC-58)	58	Rosberg et al 2003, 2007, 2010	Important Confident Rejected On Guard Bored Overwhelmed Inadequate
Assessment of Countertransference Scale (ACS)	23	Silveira Junior 2011, Eizirik 1991	Closeness Distance Indifference
Countertransference Questionnaire (CTQ)	79	Westen et al 2005	Overwhelmed/Disorganized Helpless/Inadequate Positive Special/Overinvolved Sexualized Disengaged Parental/Protective Criticized/Mistreated
Countertransference Questionnaire for Adolescents (CQ-A)	86	Satir et al 2009	Angry and Frustrated Warm and Competent Aggressive and Sexual Failing and Incompetent Bored and Angry at Parents Overinvested and Worried

#### 2.4. Gegenübertragung in der Gruppe

Die gruppenanalytische Therapie unterscheidet sich in mehrerer Hinsicht von der einzelanalytischen Therapie. Beide Formen widmen sich zwar in ähnlichem Maße den unbewussten seelischen Vorgängen und versuchen diese mittels der Konzepte „Übertragung“ und „Widerstand“ zu erfassen. Allerdings unterscheidet sich die Gruppenanalyse deutlich in Bezug auf die Pluralität der Interaktionen, Gefühle und Verstrickungen innerhalb des Therapieraumes. Foulkes (1990) legte hierzu entscheidende Grundlagen. In jüngerer Zeit hat sich vor allem Moeller (1996) mit dem Thema beschäftigt. Er stützt sich in seiner umfassenden Arbeit mit dem Titel: „Gegenübertragung in der Gruppenanalyse“ vor allem auf Foulkes Theorien. Moeller zufolge unterscheidet sich die Gegenübertragung in der Gruppenanalyse vor allem anhand folgender Aspekte (Moeller 1996):

1) Aus multiplen Übertragungsvorgängen der Gruppenteilnehmer folgten analog dazu multiple Gegenübertragungsreaktionen beim Gruppentherapeuten. Diese Reaktionen bestünden jeweils aus einer „Subjektdimension“ – Therapeut fühlt wie das unbewusste Selbst des Patienten – und aus einer „Objektdimension“ – Therapeut fühlt wie Mutter, Vater oder Geschwister des Patienten. Die beiden Aspekte ließen sich nicht isoliert betrachten und ergäben zusammen eine „aktualisierte Beziehungsrepräsentanz“ (Moeller 1996). Die Widersprüchlichkeit der multiplen Gegenübertragungen führten zu einer zweifachen Spannung beim Analytiker: Der Analytiker erlebe bei der „Gegenübertragungsscherung“ eine mehrdimensionale Wirklichkeit der eigenen Person aufgrund der multiplen Übertragungen. Allein dadurch könne schon eine beinahe unaushaltbare Spannung beim Analytiker entstehen. Außerdem reagiere der Analytiker auf die einzelnen Übertragungen ganz anders als andere Gruppenmitglieder, was zu weiteren Spannungen in der Gruppe und beim Analytiker führe. Dies bezeichnet Moeller deshalb als „Gegenübertragungskonkurrenz“.

2) Die Gruppenmitglieder reagierten auch gegenseitig auf Übertragungen. Auf die so bei den Patienten entstehenden „Nebengegenübertragungen“ reagiere der Therapeut wiederum mit einer Gegenübertragung. Diese seien sowohl durch die verschiedenen Rollen, die Phasen des Gruppenprozesses, die Beachtungsintensität des Gruppenanalytikers und dessen Widerstand bedingt.

3) Der Therapeut reagiere ebenfalls spezifisch auf die Gruppe als Ganzes, unter Umständen auch auf Untergruppen. Oft erscheine die Gruppe im Sinne einer „sehr frühen archaischen Mutter“.

4) Zuletzt entstünden auch eine Vielzahl von „dynamischen Gegenübertragungsreaktionen“, die abhängig von der jeweiligen „Matrix“ der Gruppe aus „Defektgegenübertragungen“ und „Konfliktgegenübertragungen“ bestünden. „Defektgegenübertragungen“ entwickelten sich bei Patienten mit früheren, eher Ich-strukturellen Störungen. Es sei die Aufgabe des Gruppenanalytikers, Verhaltensweisen und Gegenübertragungen der Patienten, die sich in einer „ganz anderen seelischen Wirklichkeit“ befänden, so lange zu ertragen, bis sich eine seelische Reparatur zu entwickeln beginne. Häufig

kämen archaische Spaltungen, grobe Realitätsverzerrungen, kaum aushaltbare Spannungen, unzugängliches Agieren, projektive Identifikationen, Fusionsängste, abgründige Destruktivitäten und Selbstauslöschungen vor, die nur schwer zu ertragen seien. Die manchmal auch schwer zu ertragende „Konfliktgegenübertragung“ entstünde vornehmlich bei reiferen Patienten. Innere Konfliktspannungen bzw. Widersprüche seien häufig Thema des Gruppengeschehens und manifestierten sich in erster Linie beim Therapeuten.

Bei dieser Vielzahl von Gegenübertragungsgefühlen, die im Therapeuten entstünden, sei aufgrund seiner exponierten Stellung in der Gruppe ersichtlich, dass Dieser ausgeprägten bewussten und unbewussten Einflüssen durch eigene multiple Übertragungen ausgesetzt ist. Durch diese „Übertragungsschleife“ produziere der Analytiker die Entstehung der Übertragung und Gegenübertragung selbst mit.

Einige für die Gruppe spezifische Ereignisse prägten laut Moeller die erlebte Gegenübertragung entscheidend mit: Die Therapeuten tendierten dazu, sich bei starken Gegenübertragungsreaktionen schnell einen Fehler zuzuschreiben. Dies erschwere das notwendige objektive Beobachten in der Situation erheblich. Allerdings blendeten viele Analytiker in der Gruppensituation erotische Übertragungen – also von den Patienten geliebt zu werden – aus und würden diese auch bei wiederholtem Vorkommen nicht wahrnehmen. Möglicherweise sei die Situation in der Gruppe dazu zu „öffentlich“ und anders als in der analytischen Zweiersituation nicht intim genug.

## **2.5. Stationäre Psychosomatische Therapie und Gegenübertragung**

Die Trennung zwischen psychiatrischer Therapie und psychosomatischer Therapie ist in der Art, wie sie in Deutschland praktiziert wird, einzigartig. Aus der Bedingung, dass die Patienten auf einer psychosomatischen Station vorwiegend psychotherapeutisch behandelt werden, ergibt sich ein Setting, das sich von jeder anderen Krankenhausbehandlung unterscheidet. Das Setting unterscheidet sich ebenfalls deutlich von der ambulanten Psychotherapie bei

---

einem niedergelassenen Therapeuten. Die Beschreibung an dieser Stelle beschränkt sich auf das Konzept einer psychosomatischen Station mit analytischer Grundorientierung, da dieses Setting in beiden Kliniken etabliert ist, die an dieser Studie teilgenommen haben. Die Beschreibung basiert auf den Ausführungen Janssens (1998), der sich immer wieder umfassend mit der theoretischen Beschreibung des Therapierahmens beschäftigt hat.

Die stationäre Therapie ist ein multimodales, multiprofessionelles Therapieangebot, dass von einem Team unterschiedlicher Berufsgruppen angeboten wird. Das Setting besteht aus drei Ebenen (Janssen 1998):

Die organisatorische und strukturgebende Funktion, auch „holding function“ genannt, wird von Pflegekräften gestaltet. Sie stehen für akute Gespräche und die Hilfe beim Alltagsmanagement zur Verfügung. (Janssen 1998)

Die zweite Ebene bilden die Nonverbalen Therapieverfahren, wie zum Beispiel die Gestaltungs- und Musiktherapie in Gruppen. Hierbei sollen die kreativen Ich-Aktivitäten des Patienten zur „symbolischen Vergegenständlichung“ in nicht-sprachlicher Ausdrucksform angeregt werden (Janssen 1982). Die analytische Einzel- und Gruppengesprächstherapie bildet die dritte Ebene. Das Ziel dieser beiden Therapien ist die interpretative Durcharbeitung von Übertragungs- und Gegenübertragungsprozessen (Janssen 1998).

So bietet sich in diesem Setting für die Patienten die Möglichkeit der Interaktion mit mehreren Personen aus dem therapeutischen Team und mit Personen aus der Patientengruppe. Durch dieses Netzwerk therapeutischer Beziehungen können komplexe Übertragungs- und Gegenübertragungsprozesse sichtbar gemacht werden. Neben der reinen Übertragung auf den analytischen Therapeuten entstehen eine ganze Reihe von Nebenübertragungen (vgl. 2.3.). Ein wichtiger Vorteil der stationären Psychotherapie ist gerade die Übertragungsprozess fördernde Wirkung. Häufig kommt so eine multidimensionale Übertragung zu Stande, die zu komplementärer Gegenübertragung beim Team führt und durch die das Team in mehrere Gruppen „gespalten“ werden kann. Die Gegenübertragungen im Team treten

besonders durch verbalisierte Vorstellungen und Phantasien hervor. Eine Folge positiver Gegenübertragung ist die Bevorzugung des Patienten, negative Gegenübertragung führt zur Verlegungsabsicht oder zur Nichteinhaltung des Settings. (vgl. Janssen 1998)

Diese Interaktionellen Re-Inszenierungen werden vom Therapeutenteam erfasst, die Beziehungsmuster analysiert und diese zum Teil divergierenden Muster im Team zu integrieren versucht (Janssen 1998). Die Aufrechterhaltung einer beschützenden, positiven Haltung und das Ertragen oder die Integration von gegensätzlichen Beziehungsmustern ist für die Genesung der Patienten Voraussetzung, da nur so die Erfahrung von haltenden, beruhigenden und integrierenden Objekten nachgeholt werden kann.

### 3. Ziele der Arbeit

Da in den bisherigen Studien zur Gegenübertragung immer nur relativ kleine Ausschnitte aus dem Gesamtkonzept der Gegenübertragung erfasst wurden, ist das vorrangige Ziel dieser Arbeit, einen möglichst fundierten Überblick über die Manifestation der Gegenübertragung – ob als reine Affekte, Einstellungen, Handlungsimpulse oder tatsächlich ausagierten Handlungen – zu schaffen, die sich im Verlauf einer stationären, psychosomatischen Psychotherapie im Gefüge der multiplen Beziehungen entwickelt. Diese Grundlagenforschung soll weitere Einblicke in die bewusste, unbewusste, verbale und nonverbale Kommunikation im stationären Alltag ermöglichen. Dadurch soll es dem therapeutischen Team erleichtert werden, anhand einer vorgefertigten Systematik unbewusste Konflikte zwischen Patienten und mit Teammitgliedern aber auch zwischen Teammitgliedern aufzudecken. Mögliche Konsequenzen erlebter Gegenübertragung, wie das frühzeitige Verlegen auf eine andere Station oder das Lösen einzelner Patienten aus dem strukturierten Alltagsablauf (Janssen 1998) kann effektiv entgegengewirkt werden.

In dieser Arbeit werden deshalb vorrangig die folgenden Fragestellungen bearbeitet. Diese erschließen sich aus den Bedingungen, die während einer stationären psychotherapeutischen Therapie bestehen:

- 1) Beschreibung von Faktorenstruktur und Reliabilität des Gegenübertragungsfragebogens (CTQ-D) zur Erfassung einer großen Bandbreite von Gegenübertragungsreaktionen.
  
- 2) Unterscheidet sich die Gegenübertragung der Therapeuten hinsichtlich unterschiedlicher Therapieverfahren wie der Einzelgesprächstherapie, Gruppengesprächstherapie, Gestaltungstherapie und Körpertherapie?
  
- 3) Verändert sich die Gegenübertragung des Therapeutenteams in Bezug auf die Patienten im Verlauf der Therapie?



- 4) Hängt die Gegenübertragung, die die Therapeuten wahrnehmen, mit dem Beziehungserleben der Patienten und deren Fähigkeit zur Ausbildung konstanter Beziehungen zusammen?
  
- 5) Unterscheiden sich unterschiedlich stark belastete Patienten auch hinsichtlich der Gegenübertragung, die ihre Therapeuten erleben? Kann aus dieser Gegenübertragung geschlossen werden, wie sich der Patient im Verlauf des stationären Aufenthalts entwickelt?
  
- 6) Unterscheidet sich die Gegenübertragung der Patienten abhängig von ihrer Diagnose?
  
- 7) Ist es möglich die Gegenübertragung zur besseren Handhabung und Übersichtlichkeit anhand weniger Dimensionen darzustellen? Diese Fragestellung ergab sich aus der Feststellung der Faktorenstruktur des CTQ-D Fragebogens erst im Verlauf der Studie.

## 4. Material und Methoden

### 4.1. Durchführung der Studie

Die multizentrische Studie wurde an zwei psychosomatischen Kliniken in Frankfurt am Main (Klinikum der Goethe-Universität und Hospital zum heiligen Geist) durchgeführt. Zur Erhebung der Gegenübertragungsreaktionen mit dem CTQ-Fragebogen füllten die behandelnden Therapeuten in der ersten und der letzten Behandlungswoche jeweils einen Fragebogen zu den Patienten aus. Die normale Kommunikation über den Patienten, die für gewöhnlich zwischen Mitarbeitern des stationären Teams abläuft, sollte dabei nicht eingeschränkt werden, um Prozessen, die Muster in der Übertragung und Gegenübertragung des Teams erzeugen könnten, nicht entgegenzuwirken. In die Berechnung der Faktorenanalyse flossen 1131 Fragebögen ein. Die anschließenden Berechnungen für den Ergebnisteil führten wir mit den Fragebögen von 137 Patienten durch, die einen vollständigen Datensatz aufwiesen. Alle Patienten, die in die Studie eingeschlossen wurden, nahmen während ihres Aufenthalts an den folgenden Therapieverfahren teil:

**Tabelle 4-1. Übersicht über die Therapieformen, an denen die Patienten teilgenommen haben, die in die CTQ-Studie eingeschlossen wurden.**

Therapieverfahren
Einzelgesprächstherapie
Gruppengesprächstherapie
Körpertherapie
Gestaltungstherapie

Die Patienten füllten abgesehen von dem Gegenübertragungsfragebogen zu Beginn und zum Ende der Therapie eine Reihe von Fragebögen aus, um beispielsweise ein Maß für die Symptomschwere oder die Ausprägung der interpersonellen Probleme zu erheben (siehe unten). Zur Einschätzung der Ausprägung einer Persönlichkeitsstörung füllten die Patienten zu Therapiebeginn den ADP-IV aus. In grenzwertigen Fällen oder bei klinisch begründetem Verdacht wurden SKID-II Interviews durchgeführt.

## 4.2. Stichprobenbeschreibung

### 4.2.1. Klinisches Personal

An der Untersuchung nahmen zwei psychodynamisch arbeitende, stationäre, multiprofessionelle Behandlungsteams aus zwei psychosomatischen Kliniken teil, die sich aus 15 Ärzten, 4 Psychologen, 9 Körper-, Musik- und Kunsttherapeuten mit überwiegend langjähriger Berufserfahrung zusammensetzten.

### 4.2.2. Patienten

Die Stichprobe bestand aus 137 Patienten im Alter zwischen 18 und 78 Jahren (M 37,78, Mn 36, SD 13,47). Davon sind 100 (73%) weiblich und 37 (27%) männlich. Die Verweildauer betrug im Schnitt 67,75 Tage (Min. 36, Max. 108, Mn 70, SD 15,77). 24 Patienten (17,5%) wurden tagesklinisch behandelt, alle Übrigen vollstationär (113 Patienten, 82,5%). Die Patienten lassen sich in Anlehnung an Huber et al. (Huber 2009) fünf Diagnoseclustern (Achse I) zuordnen (siehe Tabelle 4-2). Diese Zuordnung bezieht sich nur auf die Erstdiagnose. Bei 37 Patienten (27%) wurde eine Persönlichkeitsstörung diagnostiziert. Davon 25 Patienten (18,2%) im Cluster B (Cluster A, B, C nach DSM-IV), 3 Patienten (2,2%) im Cluster C und 1 Patient (0,7%) im Cluster A. Insgesamt erhielten 17 Patienten (12,4%) die Diagnose „Borderline Persönlichkeitsstörung“.

**Tabelle 4-2. Verteilung der Pat. auf die Diagnosecluster nach Huber et al.**

	Häufigkeit (n)	Anteil an der Stichprobe (%)
Affektive Störungen	45	32,8
Neurotische und Belastungsstörungen	20	14,6
Somatoforme Störungen	22	16,1
Essstörungen	13	9,5
Persönlichkeitsstörungen	37	27,0

#### 4.2.3. Ein- und Ausschlusskriterien

Aus dem Behandlungssetting ergibt sich, dass nur Patienten ab einem Alter von 18 Jahren und ohne psychotische Symptome eingeschlossen wurden. Um eine Messung zum Entlassungszeitpunkt durchzuführen, mussten die Patienten mindestens 4 Wochen in Behandlung sein. Deshalb wurden Patienten mit einer kürzeren Aufenthaltsdauer ausgeschlossen.

### 4.3. Fragebogen zur Gegenübertragung

#### 4.3.1. Countertransference Questionnaire (CTQ)

Der CTQ-Fragebogen wurde 2003 von der Arbeitsgruppe Zittel/Westen (Emory University, Atlanta, USA) zur klinisch-praktischen Anwendung und zu Forschungszwecken entwickelt. Dieses standardisierte, psychometrisch valide Instrument erfasst mit 79 Items Gegenübertragungsreaktionen des Therapeuten in der Psychotherapie. Die Items decken eine große Bandbreite von Gedanken, Gefühlen und Verhaltensweisen des Therapeuten ab, die sich auf seinen Patienten beziehen. Klinische, theoretische und empirische Literatur zur Gegenübertragung diente bei der Entwicklung der Items als Grundlage. Gemeinsam mit einer Reihe erfahrener Psychotherapeuten wurden die Items schließlich eindeutig und übersichtlich für die Anwendung formuliert. Die Formulierungen sind absichtlich nicht in Fachsprache gehalten, um eine breite Anwendung des Fragebogens zu ermöglichen (Zittel et al. 2003).

Dieser Fragebogen bietet im Vergleich zu den anderen Gegenübertragungsfragebögen einige Vorteile. Die Fragen sind in „Sprechsprache“ geschrieben, dadurch leichter erfassbar und schneller intuitiv zu bewerten. Westens Fragebogen deckt die in der Literatur häufig benannten Gegenübertragungsgefühle ab. So beschränkt sich der Fragebogen eben nicht nur auf positive und negative Gegenübertragung, sondern erhebt eine Reihe weiterer Dimensionen wie „Elterlich“ oder „Sexualisiert“.

#### 4.3.2. Countertransference Questionnaire Deutsch (CTQ-D)

2008 wurde der CTQ von der Arbeitsgruppe Grabhorn/Kernhof/Kaufhold (Goethe-Universität, Frankfurt am Main) in die deutsche Sprache übersetzt. Dabei wurde besonderer Wert auf die inhaltliche Übereinstimmung der Items gelegt, sodass manche Items nicht wörtlich übersetzt wurden. Um die Richtigkeit der Items zu überprüfen, wurde der Fragebogen anschließend komplett von einem muttersprachlichen Experten in die englische Sprache zurückübersetzt, Abweichungen zur ursprünglichen Form diskutiert und ggf. in der deutschen Übersetzung abgeändert. Eine Kopie des CTQ-D ist im Anhang zu finden.

#### 4.3.3. Faktorenstruktur des CTQ-D

##### 4.3.3.1. Statistik zur Faktorenanalyse (Bortz 2005, Baur 2008)

Die Faktorenanalyse besteht in der inhaltlich und statistisch sinnvollen Konstruktion theoretischer Hintergrundvariablen (= Faktoren, Dimensionen, Dispositionen, Skalen), die das Zustandekommen von Korrelationen in Gruppen von Variablen erklären. Dabei werden mit dem Ziel der Datenreduktion aus einer Vielzahl von Items wenige inhaltlich aussagekräftige Faktoren bestimmt. Die Faktorenanalyse umfasst mehrere, aufeinander aufbauende Teilschritte:

- a) die Berechnung der Korrelationsmatrix
- b) die Extraktion und Rotation der Faktoren
- c) die Berechnung der Faktorladungen

Diese Schritte werden in allen herkömmlichen Statistikprogrammen – so auch in dem von uns verwendeten SPSS Statistics - automatisch durchgeführt. Nur die Rahmenbedingungen für die folgenden Rechenoperationen mussten vorher im Programm definiert werden.

Ob eine Korrelationsmatrix eine sinnvolle Faktorenanalyse zulässt, ist einerseits an der Höhe der Korrelationen abzuschätzen (d.h. bestehen nur sehr niedrige Korrelationen, kann nicht von einer dimensional Struktur ausgegangen

werden) und lässt sich andererseits durch den Bartlett-Test auf Sphärizität oder den Kaiser-Meyer-Olkin-Test feststellen. Der *Bartlett-Test* prüft die Hypothese, dass in der Grundgesamtheit alle Korrelationskoeffizienten den Wert Null haben. Das *Kaiser-Meyer-Olkin-Maß KMO* nimmt Werte zwischen Null und Eins an, wobei der Wert umso größer ist, je kleiner die partiellen Korrelationen sind. Die Extraktion der Faktoren wird bevorzugt mit der Hauptkomponentenanalyse durchgeführt. Bei diesem Verfahren wird angenommen, dass die gesamte Varianz einer Variable im Modell erklärt werden kann. Die Projektionen der Messwerte auf die neuen Achsen lassen sich mathematisch als Linearkombinationen der ursprünglichen Messwerte darstellen. Die bei dieser Methode entstehenden Faktoren sollen möglichst viel Varianz im statistischen Sinne aufklären. Je höher die Korrelationen zwischen den Items sind, desto geringer ist die Anzahl der Faktoren, die aus der Extraktion hervorgehen.

Eine bessere Aufteilung der Faktorladungen auf die Faktoren, und damit eine bessere Interpretierbarkeit, kann mit einer *Rotation* der Faktoren erreicht werden. Bei der Rotation der Faktoren wird die Faktorladungsmatrix einer Transformation unterzogen, bei der die Achsen des Koordinatensystems (die Faktoren) so gedreht werden, dass die Position der Items zu den Achsen sich verändert (die Faktorladungen), die relationale Struktur der Items zueinander aber erhalten bleibt. Diese Operation erhöht die Abgrenzbarkeit und Interpretierbarkeit der einzelnen Faktoren.

Je höher die errechnete Faktorladung einer Variablen ist, desto stärker korreliert diese Variable mit dem Faktor und umso stärker repräsentiert der Inhalt des Items die inhaltliche Bedeutung des Faktors.

Um im Anschluss die Anzahl der inhaltlich relevanten Faktoren festzustellen, werden die Eigenwerte der Faktoren betrachtet: Eigenwerte geben an, welcher Betrag der Gesamtstreuung *aller* Variablen durch *einen* Faktor erklärt wird. Im „Screeplot“ wird die Eigenwertverteilung graphisch dargestellt.

#### 4.3.3.2. Berechnung der Faktorenanalyse des CTQ-D

Um die Faktorenstruktur des Gegenübertragungsfragebogens festzustellen, orientierten wir uns methodisch an der ursprünglichen Fassung von Drew Westen (Betan et al 2005). In der vorliegenden Form floss jedoch mit 1131 Fragebögen eine wesentlich höhere Anzahl in die Faktorenanalyse als bei Westen mit ein. Die Items 60, 70 und 72 wurden bei der Erhebung der Daten ausgeschlossen, da sie für den stationären Kontext dieser Studie nicht geeignet waren. Zuerst berechneten wir auf der Grundlage der 76 übrigen Items eine Hauptkomponentenanalyse mithilfe des Kaiserkriteriums (Eigenwerte  $>1$ ). Um die Anzahl der Faktoren für die Rotation abzuschätzen, führten wir anschließend einen Screeplot und eine Varianzanalyse der Hauptkomponenten durch. Die Interpretation des Screeplots ließ einen Abbruch nach 3, 5, 7 und 9 Faktoren zu. Um eine inhaltlich möglichst vielfach interpretierbare Lösung zu erhalten, rotierten wir die Daten mit der Varimax-Methode ohne Festlegung der Faktorenanzahl. Letztendlich ergab die Lösung mit sieben Faktoren die inhaltlich schlüssigste Form und ließ sich am besten an die Vorlage Westens anlehnen.

Die rotierte Lösung klärt 52,44% der Gesamtvarianz auf. Jeder Faktor besteht aus mindestens 4 Items, die Faktorenstruktur ist in der Tabelle 3-4 dargestellt. Um die Faktorenwerte der einzelnen Faktoren zu berechnen und dabei die Reliabilität (Cronbachs  $\alpha$ ) zu maximieren, bezogen wir bei den Faktoren 1 und 2 Items der Ladung  $\geq 0,5$ , bei den Faktoren 3 bis 7 Items der Ladung  $\geq 0,4$  mit ein. Wie aus Tabelle 3-3 zu entnehmen ist, betragen alle Cronbach  $\alpha$  Werte  $>0,8$ . Die Interkorrelation der Faktoren betrug zwischen  $-0,660$  und  $0,561$ .

**Tabelle 4-3. Cronbach  $\alpha$  Itemanzahl der Gegenübertragungsfaktoren aus der Faktorenanalyse.**

Faktor Nr.	Cronbachs $\alpha$	Anzahl der Items	Anzahl der vernachlässigten Items
1	0,956	22	5
2	0,923	9	1
3	0,833	6	0
4	0,812	7	0
5	0,814	5	0
6	0,809	5	1
7	0,809	4	0
gesamt		58	7 (+ 12 jenseits der Faktoren)

**Tabelle 4-4. Items und Itemladungen des Gegenübertragungsfragebogens.**

Item Nr.	Faktor und Item	Ladung
<b>Faktor 1: aggressiv-resignative GÜ</b>		
8	Ich fühle mich verärgert in den Sitzungen mit ihr/ihm.	0,80
15	Ich fühle mich verärgert über sie/ihn.	0,79
27	Ich werde wütend auf sie/ihn.	0,79
46	Ich fühle mich durch sie/ihn schlecht behandelt oder missbraucht.	0,77
55	Ich fühle mich gedrängt, ihr/ihm sehr klare Grenzen zu setzen.	0,76
39	Ich muss mich davon abhalten, etwas Aggressives oder Kritisches zu sagen oder zu tun.	0,76
33	Ich fühle mich benutzt oder manipuliert durch ihn/sie.	0,74
48	Ich verliere meine Geduld ihm/ihr gegenüber.	0,68
2	Zeitweise kann ich ihn/sie nicht leiden.	0,68
41	Ich sage ihr/ihm, dass ich ärgerlich auf sie/ihn bin.	0,66
29	Sie/er neigt dazu, heftige Gefühle in mir hervorzurufen.	0,65
57	Ich erlebe mich als nachtragend, wenn ich mit ihr/ihm arbeite.	0,64
11	Ich glaube nicht, was sie/er mir erzählt.	0,64
12	Ich fühle mich von ihr/ihm kritisiert.	0,63
6	Ich fühle mich abgewiesen oder entwertet.	0,63
37	Ich merke, dass ich mich ihr/ihm gegenüber kontrollierend verhalte.	0,61
58	Ich denke darüber nach oder phantasie, die Behandlung zu beenden.	0,59
13	Mir graut vor Sitzungen mit ihr/ihm.	0,56
5	Ich wünschte, ich hätte sie/ihn niemals als Patient genommen.	0,54
63	Ich fühle mich nicht wertgeschätzt durch sie/ihn	0,54
22	Ich fühle mich frustriert in den Sitzungen mit ihr/ihm.	0,53
52	Ich fühle mich hoffnungslos in der Arbeit mit ihr/ihm.	0,50



<b>Faktor 2: positive/euphorische GÜ</b>		
19	Ich freue mich auf die Sitzungen mit ihr/ihm.	0,80
53	Ich fühle mich erfreut oder zufrieden nach Sitzungen mit ihm/ihr.	0,80
23	Sie/er gibt mir ein gutes Gefühl.	0,76
40	Ich habe das Gefühl, sie/ihm zu verstehen.	0,72
65	Ich mag sie/ihn sehr.	0,71
1	Ich bin sehr zuversichtlich bezüglich der Fortschritte, die sie/er während der Behandlung macht oder machen kann.	0,71
74	Sie/er ist eine/r meiner Lieblingspatienten/innen.	0,67
3	Ich finde es spannend mit ihr/ihm zu arbeiten.	0,65
64	Ich habe warme, fast elterliche Gefühle ihr/ihm gegenüber.	0,59
<b>Faktor 3: überwältigte/ verängstigte GÜ</b>		
30	Ich fühle mich ängstlich wenn ich mit ihr/ihm arbeite.	0,67
35	Sie/er verängstigt mich.	0,66
26	Ich fühle mich überwältigt von ihren/seinen heftigen Gefühlen.	0,64
51	Ich fühle mich von seinen/ihren Bedürfnissen überwältigt.	0,58
10	Ich fühle mich konfus in den Sitzungen mit ihr/ihm.	0,48
28	Ich fühle mich schuldig, wenn er/sie verzweifelt oder sich ihr/sein Zustand verschlechtert, als ob ich dafür verantwortlich sein müsste.	0,41
<b>Faktor 4: protektive/elterliche GÜ</b>		
4	Ich habe Mitleid mit ihr/ihm.	0,73
42	Ich habe das Gefühl, sie/ihn beschützen zu wollen.	0,69
14	Ich fühle mich verärgert über Menschen aus ihrem/seinem Leben.	0,61
47	Ich fühle mich ihm/ihr gegenüber fürsorglich.	0,60
49	Ich fühle mich traurig in Sitzungen mit ihr/ihm.	0,55
21	Ich wünschte, ich könnte ihr/ihm etwas geben, was andere niemals konnten.	0,52
18	Ich fühle mich deprimiert in den Sitzungen mit ihr/ihm.	0,46
<b>Faktor 5: desinteressierte GÜ</b>		
9	Ich fühle mich nicht wirklich beteiligt in den Sitzungen mit ihr/ihm	0,74
16	Ich fühle mich gelangweilt in den Sitzungen mit ihr/ihm.	0,73
25	Meine Gedanken schweifen oft von den Themen ab, über die sie/er spricht.	0,70
45	Ich habe Schwierigkeiten mich auf die Gefühle, die sie/er ausdrückt, zu beziehen.	0,58
77	Häufiger als bei den meisten Patienten/innen habe ich das Gefühl abgelenkt zu werden, was ich erst nach Abschluss der Sitzung realisiere.	0,48

<b>Faktor 6: verstrickte GÜ</b>		
71	Ich offenbare ihr/ihm meine Gefühle eher als anderen Patient/innen.	0,78
76	Ich gebe ihm/ihr gegenüber mehr über mein persönliches Leben preis als ich das bei anderen Patient/innen tue.	0,78
50	Ich sage ihr/ihm, dass ich sie/ihn sehr gerne mag.	0,74
7	Wenn sie/er nicht mein/e Patient/in wäre, könnte ich mir vorstellen, mit ihr/ihm befreundet zu sein.	0,46
<b>Faktor 7: sexualisierte GÜ</b>		
61	Ich fühle eine sexuelle Anspannung ihm Raum.	0,83
17	Ich fühle mich durch ihn/sie sexuell angezogen.	0,80
32	Ihre/seine sexuellen Gefühle mir gegenüber machen mir Angst oder berühren mich unangenehm.	0,66
56	Ich merke, dass ich mich ihm/ihr gegenüber kokett verhalte.	0,64

#### 4.4. Auswertung der Stichprobendaten

##### 4.4.1. Konflikt- und erlebnisorientierte Therapieverfahren

Das Therapieangebot an beiden teilnehmenden Kliniken lässt sich methodisch in zwei sich voneinander unterscheidende Therapiearten einteilen. So wird in der Einzel- und Gruppengesprächstherapie vorwiegend „konfliktorientiert“ gearbeitet, in der Körper-, Gestaltungs- und Musiktherapie vorwiegend „erlebnisorientiert“. Diese Einteilung beruht auf der Annahme, dass sich in den Therapien, in denen die Auseinandersetzung vorwiegend auf sprachlicher Ebene stattfindet, interpersonelle Konflikte stärker manifestieren, als in den Therapien, bei denen vor allem selbstzentriert auf die Wahrnehmung und die Ausdrucksweise des Patienten fokussiert wird. Anhand dieser Einteilung ist es möglich, die Gegenübertragung dieser zwei „Hauptsäulen“ der Therapie gegenüberzustellen.

##### 4.4.2. Bildung von Patientenclustern

Nach Huber et al. (2009) lassen sich die Patienten fünf Diagnoseclustern zuordnen (Huber 2009, siehe Tabelle 4-2). Wir ordneten alle Patienten mit einer Persönlichkeitsstörung der Gruppe 5 zu, auch wenn die Persönlichkeitsstörung

nicht die Erstdiagnose war. In der Gruppe 5 befinden sich deshalb ebenfalls Patienten mit Komorbiditäten wie einer Somatoformen Störung oder Essstörung.

**Tabelle 4-5. Diagnosecluster nach Huber et al (2009).**

	<i>Diagnosecluster</i>	<i>Anzahl Patienten</i>
1	Affektive Störungen	45
2	Neurotische- und Belastungsstörungen	20
3	Somatoforme Störungen	22
4	Essstörungen	13
5	Persönlichkeitsstörungen	37

#### 4.5. Patientenfragebögen

##### 4.5.1. Symptom Checkliste SCL-90-R (Franke 2002)

Die Symptom Checkliste SCL-90-R wurde von L.R. Derogatis (1977) entwickelt und von G.H. Franke (2002) ins Deutsche übersetzt. Sie misst anhand von 90 Items die subjektiv empfundene Beeinträchtigung durch körperliche und psychische Symptome einer Person innerhalb eines Zeitraumes von sieben Tagen. Sie bietet eine mehrdimensionale Auswertung mit der Möglichkeit der Messwiederholung zum Einsatz in Verlaufsuntersuchungen. Die 90 Items der neun Skalen beschreiben die Bereiche Somatisierung, Zwanghaftigkeit, Unsicherheit im Sozialkontakt, Depressivität, Ängstlichkeit, Aggressivität/Feindseligkeit, Phobische Angst, Paranoides Denken und Psychotizismus. Drei globale Kennwerte geben Auskunft über das Antwortverhalten bei allen Items. Der Global Severity Index (GSI), der in dieser Arbeit vorwiegend verwendet wird, misst die grundsätzliche psychische Belastung, der Positive Symptom Distress Index (PSDI) misst die Intensität der Antworten und der Positive Symptom Total (PST) gibt Auskunft über die Anzahl der Symptome, bei denen eine Belastung vorliegt.

#### 4.5.2. Inventar zur Erfassung Interpersonaler Probleme

- deutsche Version (Horowitz 2000)

Das Inventar zur Erfassung interpersonaler Probleme (IIP-D) ist ein Fragebogen zur Selbsteinschätzung interpersonaler Probleme, d.h. zu Problemen im Umgang mit anderen Menschen. Mit 60 Items werden interpersonale Verhaltensweisen erfasst, die den Probanden beeinträchtigen oder die bei ihm überdurchschnittlich stark ausgeprägt sind. Der Fragebogen erlaubt eine differenzierte Diagnostik interpersonaler Probleme primär im klinischen Kontext. Die Auswertung kann über 8 faktorenanalytisch gebildete Skalen erfolgen, die den Oktanten des interpersonalen Kreismodells entsprechen (siehe Tabelle 4-6). Daneben wird ein Gesamtwert gebildet, der das Ausmaß an interpersonaler Problematik charakterisiert. Die Retest-Reliabilitäten liegen zwischen  $r = 0.81$  und  $r = 0.90$ . Sowohl für die amerikanische Originalversion (»Inventory of Interpersonal Problems«) als auch für die deutsche Fassung liegen eine Reihe von Validierungsstudien (Becker und Mohr 2005) vor, die zeigen, dass das Instrument zwischen unterschiedlichen klinischen Gruppen differenziert, sich zur Indikationsstellung und Prognoseeinschätzung bei verschiedenen Formen von Psychotherapie eignet und dass die interpersonale Problematik mit anderen klinischen Merkmalen und Konstrukten (z.B. Bindungsstile, Personenschemata) in Zusammenhang steht.

**Tab 4-6. Skalen des IIP.**

autokratisch/dominant
streitsüchtig/konkurrierend
abweisend/kalt
introvertiert/sozial vermeidend
selbstunsicher/unterwürfig
ausnutzbar/nachgiebig
fürsorglich/freundlich
expressiv/aufdringlich
Gesamtwert

#### 4.5.3. Helping Alliance Questionnaire (Bassler 1995, Luborsky 1983 und 1985)

Die deutsche Version des „Helping Alliance Questionnaire“ (HAQ) von Bassler, Potratz und Krauthauser (1995) ist eine Übersetzung des HAQ von Alexander und Luborsky (1986) und umfasst 11 Items (z.B. „Ich glaube, dass mein Therapeut mir hilft“; „Ich glaube, dass mir die Behandlung hilft“), die auf einer sechs-stufigen Skala (1 = sehr unzutreffend, 6 = sehr zutreffend) eingeschätzt werden. Die Items können zu zwei Faktoren zusammengefasst werden: Die Skala „Beziehungszufriedenheit“ beschreibt die affektive Qualität der Beziehung zum Therapeuten und die Skala „Erfolgswufriedenheit“ die Zufriedenheit mit dem Behandlungserfolg aus Sicht des Patienten. Die Skalen wurden mit Hilfe einer Faktorenanalyse gewonnen und korrelieren zu 0.43 miteinander (Bassler et al. 1995). Für die Skala „Erfolgswufriedenheit“ fanden die Autoren einen Zusammenhang mit dem Therapieerfolg, nicht jedoch für die Skala Beziehungswufriedenheit. Der HAQ wurde bereits in Studien zum Zusammenhang von therapeutischer Beziehung und Therapieerfolg eingesetzt (Luborsky, McLellan et al. 1985).

#### 4.5.4. Fragebogen zur Erfassung von DSM-IV Persönlichkeitsstörungen (Doering 2007)

Der Fragebogen zur Erfassung von DSM-IV-Persönlichkeitsstörungen (ADP-IV) stellt ein Selbstbeurteilungsinstrument dar, das anhand von 94 Items eine kategoriale und eine dimensionale Einschätzung der DSM-IV Persönlichkeitsstörungen ermöglicht. Jedes der Items (z.B. „Meine Stimmung und Laune ist sehr instabil und wechselhaft: ich kann ganz normal gelaunt sein, mich aber im nächsten Moment wieder äußerst deprimiert, wütend, gereizt oder ängstlich fühlen.“) entspricht einem Kriterium für die spezifischen Persönlichkeitsstörungen des DSM-IV. Jedes „Trait-Item“ wird zunächst auf einer siebenstufigen Skala (1= „überhaupt nicht“ bis 7= „ganz sicher“) eingeschätzt. Wird fünf oder mehr angekreuzt, ist ein zusätzliches Distress-Rating auf einer dreistufigen Skala von eins bis drei auszufüllen. Der ADP-IV ergibt für jede Persönlichkeitsstörung einen dimensional Trait-Score und eine

kategoriale (ja/nein) Diagnose. Der dimensionale Score wird durch das Addieren der einzelnen Trait-Items errechnet. Für die kategoriale Diagnostik stehen zwei verschiedene Algorithmen zur Verfügung: 1) Das Item wird positiv bewertet, wenn der Trait-Score fünf oder mehr und der Distress-Score zwei oder mehr beträgt ( $T > 4$  und  $D > 1$ ); 2) Das Item wird positiv bewertet, wenn der Trait-Score sechs oder mehr und der Distress-Score zwei oder mehr beträgt ( $T > 5$  und  $D > 1$ ). Eine Persönlichkeitsstörung wird dann diagnostiziert, wenn die Anzahl der positiv bewerteten Items die im DSM-IV vorgesehene Schwelle überschreitet. Der ADP-IV zeigt eine befriedigende Reliabilität und gute Validität (Doering 2007)

#### 4.5.5. Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV, Achse II (Wittchen 1997)

Das Strukturierte Klinische Interview für DSM-IV, Achse II (SKID-II) stellt das offizielle diagnostische Interview der American Psychiatric Association zur Erfassung der Persönlichkeitsstörungen des DSM-IV dar. Jedes der 94 diagnostischen Items für die im DSM-IV enthaltenen zwölf Persönlichkeitsstörungen ist durch eine oder mehrere Fragen sowie eine kurze Definition operationalisiert. In strukturierter Weise werden die Fragen der Reihe nach gestellt und die Antworten des Patienten vom Interviewer auf einer dreistufigen Skala bewertet (1 = „Kriterium nicht erfüllt“, 2 = „Kriterium teilweise (oder unterschwellig) erfüllt“, 3 = „Kriterium erfüllt“). Die Anzahl der positiven – mit „3“ bewerteten– Items wird addiert, überschreitet die Summe die im DSM-IV vorgesehene Schwelle, wird die Diagnose der entsprechenden Persönlichkeitsstörung vergeben. Darüber hinaus können für jede Persönlichkeitsstörung dimensionale Summenscores aus den Ratings gebildet werden.

#### 4.6. Statistische Verfahren zur Auswertung der Daten

Zur Auswertung der zahlreichen Fragestellungen wurde das Statistikprogramm „SPSS Statistics“ in den Versionen 15, 16 und 17 verwendet (<http://www->

01.ibm.com/software/de/analytics/spss/products/statistics/). Zusätzlich kam „BiAS für Windows“ (Ackermann 2010) zum Einsatz.

#### 4.6.1. Parametrische Testverfahren

Verwendet wurden Mittelwertberechnung, T-Test, Regressionsanalyse, Clusteranalyse und Varianzanalyse (ANOVA).

#### 4.6.2. Nichtparametrische Testverfahren (Sachs 2003)

Zum Einsatz kamen die Korrelation nach Spearman, der Friedman-Test (Friedmann 1937) für multiple Vergleiche und multiple Conover-Vergleiche (Conover 1999) (semiparametrisch).

## **5. Ergebnisse**

### **5.1. Vorbemerkungen**

Bei der Erhebung und Auswertung der Daten des Fragebogens CTQ-D zur Gegenübertragung (im folgenden GÜ) entstand eine große Fülle an Datenmaterial, sodass es zum Zwecke der Übersichtlichkeit unumgänglich ist, nur einen Teil der Daten hier vorzustellen. So beschränkt sich die Analyse und Präsentation der Ergebnisse in weiten Teilen auf die zum Zeitpunkt T2 (zum Ende des stationären Aufenthalts) erhobenen Daten, da sich die Gegenübertragungsmuster zum Ende des stationären Aufenthalts deutlicher ausgebildet haben als zu Beginn der Therapie. Abweichungen sind an den entsprechenden Stellen vermerkt. Im Anhang unter 10.1. finden sich jedoch die vollständigen Daten zur Einsicht.

### **5.2. Unterschiede in der Ausprägung der Gegenübertragungsfaktoren**

Alle sieben Gegenübertragungsfaktoren sind zu beiden Messzeitpunkten signifikant voneinander verschieden. Abgesehen von den Faktoren 3 (überwältigt-verängstigte GÜ) und 5 (desinteressierte GÜ) nimmt der Wert aller Gegenübertragungsfaktoren im Verlauf der Therapie zu. Folglich nehmen die Therapeuten die GÜ zum Therapieende - im Schnitt über alle Patienten - deutlicher wahr. So gibt es einzelne Patienten, bei denen das Ausmaß der GÜ gleich bleibt oder abnimmt, jedoch wesentlich mehr Patienten, bei denen die GÜ zunimmt. Dies trifft für die negativ geprägte GÜ nur eingeschränkt zu, da zwar die aggressiv-resignative GÜ zunimmt, die überwältigt-verängstigte und desinteressierte GÜ jedoch nicht.

Wir stellten deutliche Unterschiede in der Ausprägung der negativen (Faktoren 1, 3, 5) und der positiven (Faktoren 2 und 4) Gegenübertragungsgefühle fest. Im Durchschnitt aller Patienten und Therapien zeigt sich höhere positive als negative GÜ. Positiv-zugeneigte und protektiv-elterliche GÜ weisen die größte Ausprägung auf. Deutlich geringer fällt die aggressiv-resignative und



desinteressierte GÜ aus. Am geringsten ist die Ausprägung der überwältigt-verängstigten, verstrickten und sexualisierten GÜ.

**Tabelle 5-1. Friedman Test für multiple Vergleiche zwischen Gegenübertragungsfaktoren zu Therapiebeginn (T1) und zum Therapieende (T2).**

GÜ -Faktoren	M (T1)	SD (T1)	M (T2)	SD (T2)	p (Bonf.-Holm)
1 aggr-resgn	1,87	0,64	<b>2,00</b>	0,65	0,00**
2 pos-zugnt	2,57	0,69	<b>2,76</b>	0,74	0,01**
3 überw-verä	1,64	0,59	1,66	0,57	1,00
4 prot-eltl	2,35	0,69	<b>2,45</b>	0,65	0,01**
5 desint	1,93	0,65	1,93	0,64	1,00
6 verstr	1,36	0,46	<b>1,52</b>	0,59	0,00**
7 sexual	1,27	0,44	<b>1,36</b>	0,51	0,01**

\*p<0,05; \*\*p<0,01; n=137; fett=Wert höher

*Im Verlauf der Therapie nimmt das Ausmaß der aggressiv-resignativen, positiv-zugeneigten, protektiv-elterlichen, verstrickten und sexualisierten Gegenübertragung zu, die überwältigt-verängstigte und desinteressierte Gegenübertragung bleiben gleich.*

### 5.3. Unterschiede der Gegenübertragungsreaktionen der Therapeuten

#### 5.3.1. Unterschiede zwischen konflikt- und erlebnisorientierten Therapiearten

Die Gegenübertragung unterscheidet sich signifikant zwischen den beiden Therapiearten (Für eine Erklärung dieser Einteilung siehe 4.4.1.):

Die Therapeuten der erlebnisorientierten Therapieverfahren erleben sich dem Patienten gegenüber in ihrer GÜ als positiv-zugeneigter, protektiv-elterlicher und involvierter als die Therapeuten der konfliktorientierten Verfahren. Im Gegensatz dazu entsteht bei den Therapeuten der konfliktorientierten Verfahren eine ausgeprägtere aggressiv-resignative GÜ. Dahingegen bestehen zwischen den Therapiearten keine Unterschiede bei der überwältigt-verängstigten, desinteressierten und sexualisierten GÜ. Siehe Tabelle 5-2.

**Tabelle 5-2. Friedman Test für multiple Vergleiche zwischen Gegenübertragungsfaktoren der Einzel- und Gruppengesprächstherapie (konfliktorientiert) bzw. Gestaltungs- und Körpertherapie (erlebnisorientiert) zum Therapieende.**

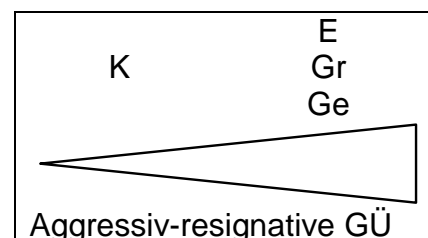
GÜ -Faktoren	konfliktorientiert		erlebnisorientiert		p (Bonf.-Holm)
	M	SD	M	SD	
1 aggr-resgn	<b>2,10</b>	0,69	1,93	0,58	0,00**
2 pos-zugnt	2,72	0,76	<b>2,79</b>	0,72	0,01**
3 überw-verä	1,68	0,60	1,72	0,55	0,33
4 prot-eltl	2,43	0,66	<b>2,58</b>	0,59	0,00**
5 desint	2,02	0,68	1,94	0,60	0,15
6 verstr	1,41	0,51	<b>1,68</b>	0,67	0,00**
7 sexual	1,42	0,58	1,35	0,45	0,70

\*p<0,05; \*\*p<0,01; n=137; fett=Wert höher

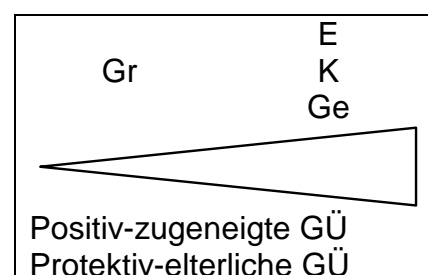
### 5.3.2. Unterschiede des Gegenübertragungserlebens einzelner Therapiearten

Beim Vergleich der einzelnen Therapieformen ergeben sich folgende Befunde (siehe Tab. 5-3):

Faktor 1: Aggressiv-resignative Gegenübertragungsgefühle werden am geringsten in der Körpertherapie (K) wahrgenommen, in der Einzelgesprächs- (E) Gruppengesprächs- (Gr) und Gestaltungstherapie (Ge) werden aggressiv-resignative Gegenübertragungsgefühle stärker wahrgenommen, untereinander unterscheiden sich die Ausprägungen der aggressiv-resignativen GÜ zwischen diesen drei Therapien jedoch nicht.

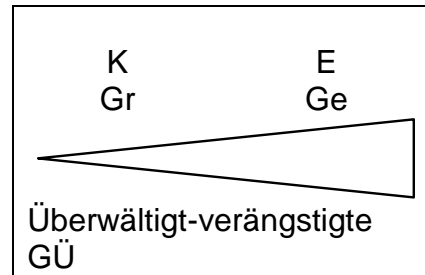


Faktor 2 und 4: Positiv-zugeneigte und protektiv-elterliche Gegenübertragungsgefühle werden in der Gruppengesprächstherapie signifikant niedriger ausgelöst als in allen anderen Therapien. Die Einzelgesprächs-, Gruppen-

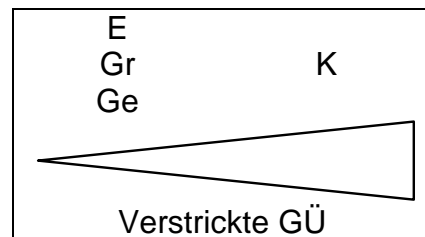


gesprächs und Körpertherapie unterscheiden sich nicht signifikant.

Faktor 3: Gestaltungs- und Einzelgesprächs-therapeuten erfahren signifikant höhere Überwältigungsgefühle in der Gegenübertragung als die Therapeuten von Körper- und Gruppengesprächstherapie.



Faktor 5 und 7: Es bestehen keine Unterschiede im desinteressierten und sexualisierten Gegenübertragungserleben der unterschiedlichen Gruppen.



Faktor 6: In der Körpertherapie treten verstrickte Gegenübertragungsgefühle signifikant häufiger auf, als in allen anderen Therapien.

*Konfliktorientierte Therapieverfahren erzeugen bei den Therapeuten eine höhere aggressiv-resignative Gegenübertragung, die erlebnisorientierten Therapieverfahren rufen höhere positiv-zugeneigte, protektiv-elterliche und verstrickte Gegenübertragungsgefühle hervor.*

*Die Unterschiede zwischen den Therapien beschränken sich im Wesentlichen auf die Faktoren 1-4 und 6. Desinteressierte und sexualisierte Gegenübertragung werden in allen Therapien in gleichem Ausmaß wahrgenommen. Die Einzelgesprächstherapie und die Gestaltungstherapie weist am häufigsten hohe Werte der Faktoren auf. In der Gruppengesprächstherapie nehmen die Therapeuten nur die aggressiv-resignative GÜ deutlich wahr, alle anderen Gegenübertragungsgefühle sind unterdurchschnittlich repräsentiert.*

**Tabelle 5-3. Friedman Test für multiple Vergleiche zwischen Gegenübertragungsfaktoren der Einzelgesprächs- (E), Gruppengesprächs- (Gr), Gestaltungs- (Ge) und Körpertherapie (K) zum Therapieende.**

GÜ -Faktoren									p-Werte						Reihenfolge Ankreuzstärke (links=höher)
	M (E)	SD (E)	M (Gr)	SD (Gr)	M (Ge)	SD (Ge)	M (K)	SD (K)	E - Gr	E - Ge	E - K	Gr - Ge	Gr - K	Ge - K	
1 aggr-resgn	<b>2,15</b>	0,72	<b>2,07</b>	0,67	<b>2,12</b>	0,60	1,72	0,48	1,00	1,00	0,00**	1,00	0,00**	0,00**	(E-Gr-Ge) K
2 pos-zugnt	<b>2,84</b>	0,73	2,57	0,79	<b>2,81</b>	0,78	<b>2,77</b>	0,64	0,00**	1,00	1,00	0,00**	0,05*	1,00	(E-Ge-K) Gr
3 überw-verä	<b>1,89</b>	0,62	1,47	0,50	<b>1,88</b>	0,62	1,55	0,39	0,00**	1,00	0,00**	0,00**	0,14	0,00**	(E-Ge) (K-Gr)
4 prot-eltil	<b>2,67</b>	0,64	2,17	0,59	<b>2,75</b>	0,66	<b>2,40</b>	0,44	0,00**	0,11	0,21	0,00**	0,00**	0,00**	(Ge-E-K) - Gr
5 desint	2,05	0,64	2,02	0,72	1,97	0,72	1,94	0,56	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	(E-Gr-Ge-K)
6 verstr	1,48	0,54	1,34	0,47	1,47	0,58	<b>1,93</b>	0,68	0,28	1,00	0,00	0,28	0,00**	0,00**	K (E-Ge-Gr)
7 sexual	1,47	0,62	1,35	0,53	1,45	0,52	1,24	0,31	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	0,50	(E-Ge-Gr-K)

\*p<0,05; \*\*p<0,01; n=137; fett=höchste Werte

## 5.4. Gegenübertragung und Beziehungserleben der Patienten

### 5.4.1. Zusammenhang zwischen Gegenübertragung und dem Helping Alliance Questionnaire (HAQ)

Betrachtet man wieder alle Patienten, so nehmen im Verlauf die Beziehungszufriedenheit und die Erfolgsszufriedenheit zu. Dabei sind die Patienten zufriedener mit der Beziehung zu den Therapeuten als mit dem Therapieerfolg. Insgesamt befinden sich alle Werte im höheren Bereich der HAQ-Skala (Tabelle 5-4).

Der HAQ ist ein Instrument, um die Zufriedenheit mit der Therapie bei *einem* Therapeuten zu messen (Siehe 4.5.3.). Hier sind deshalb die Zusammenhänge mit den Gegenübertragungsfaktoren deutlicher ausgeprägt als bei der Betrachtung aller Therapien: Bei den Einzeltherapeuten gehen sowohl eine geringe Beziehungs- als auch eine geringe Erfolgsszufriedenheit der Patienten mit aggressiv-resignativen Gegenübertragungsgefühlen einher. Überwältigt-verängstigte und protektiv-elterliche Gegenübertragung stehen ebenfalls im Zusammenhang mit geringerer Erfolgsszufriedenheit. D.h. je höher die aggressiv-resignative GÜ der Therapeuten ist, desto geringer ist die Beziehungszufriedenheit der Patienten zum Therapieende. Je höher die aggressiv-resignative, überwältigte und protektiv-elterliche GÜ ausgeprägt ist, desto geringer ist die Zufriedenheit der Patienten mit dem Therapieerfolg.

**Tabelle 5-4. Mittelwertvergleich (T-Test) zwischen den HAQ-Werten aller Patienten zu Therapiebeginn (T1) und Therapieende (T2).**

	HAQ T1		HAQ T2		T	p-Wert
	M	SD	M	SD		
HAQ Beziehungszufriedenheit	4,99	0,61	5,24	0,63	-3,68	0,00**
HAQ Erfolgsszufriedenheit	3,54	0,98	4,17	0,94	-5,77	0,00**

\*p<0,05; \*\*p<0,01; n=137

**Tabelle 5-5. Korrelation nach Spearman zwischen Gegenübertragungsfaktoren der Einzeltherapeuten und den Subskalen „Beziehungszufriedenheit“ bzw. „Erfolgsszufriedenheit“ des Helping Alliance Questionnaire (HAQ) zum Therapieende.**

<i>GÜ -Faktoren</i>	<i>Beziehungszufriedenheit</i>		<i>Erfolgsszufriedenheit</i>	
	<i>Korr</i>	<i>Sign (2-seitig)</i>	<i>Korr</i>	<i>Sign (2-seitig)</i>
1 aggr-resgn	<b>-0,31</b>	<b>0,00**</b>	<b>-0,20</b>	<b>0,03*</b>
2 pos-zugnt	0,11	0,24	0,14	0,13
3 überw-verä	-0,05	0,58	<b>-0,33</b>	<b>0,00**</b>
4 prot-eltl	-0,01	0,88	<b>-0,18</b>	<b>0,05*</b>
5 desint	-0,12	0,20	-0,14	0,12
6 verstr	0,01	0,91	0,10	0,29
7 sexual	0,04	0,65	0,01	0,95

\*p<0,05; \*\*p<0,01; n=137

In Bezug auf alle Therapien geht eine geringe Beziehungszufriedenheit der Patienten mit aggressiv-resignativer GÜ einher, positiv-zugeneigte GÜ steht im Zusammenhang mit ausgeprägter Beziehungszufriedenheit. Geringe Erfolgsszufriedenheit der Patienten hängt mit großer Überwältigung der Therapeuten in seiner GÜ zusammen.

**Tabelle 5-6. Korrelation nach Spearman zwischen Gegenübertragungsfaktoren aller Therapien und den Subskalen „Beziehungszufriedenheit“ bzw. „Erfolgsszufriedenheit“ des Helping Alliance Questionnaire (HAQ) zum Therapieende.**

<i>GÜ -Faktoren</i>	<i>Beziehungszufriedenheit</i>		<i>Erfolgsszufriedenheit</i>	
	<i>Korr</i>	<i>Sign (2-seitig)</i>	<i>Korr</i>	<i>Sign (2-seitig)</i>
1 aggr-resgn	<b>-0,27</b>	<b>0,00**</b>	-0,15	0,10
2 pos-zugnt	<b>0,22</b>	<b>0,02*</b>	0,17	0,06
3 überw-verä	-0,15	0,10	<b>-0,29</b>	<b>0,00**</b>
4 prot-eltl	0,02	0,87	-0,10	0,26
5 desint	-0,11	0,22	-0,11	0,24
6 verstr	0,11	0,22	0,09	0,32
7 sexual	-0,14	0,13	0,06	0,50

\*p<0,05; \*\*p<0,01; n=137

#### 5.4.2. Zusammenhang zwischen Gegenübertragung und dem IIP-D (Inventar zur Erfassung interpersonaler Probleme)

Der IIP-Wert nimmt im Verlauf der Therapie ab, betrachtet man wiederum die gesamte Stichprobe (siehe Tabelle 5-6). Der IIP-Gesamtwert, der umso höher ist, je größer die Schwierigkeiten der Patienten, interpersonelle Beziehungen zu gestalten, geht vor allem mit starken Gefühlen der Überwältigung im Gegenübertragungserleben der Therapeuten einher. Überwältigungsgefühle beim Therapeuten sind demnach ein guter Hinweis darauf, dass der Patient Schwierigkeiten hat, Beziehungen aktiv zu gestalten. Die Therapeuten verspüren zudem aggressiv-resignative Gegenübertragungsgefühle und den Impuls, sich elterlich-beschützend zu verhalten. Patienten, die hohe Werte in den Subskalen „abwesend/kalt“, „streitsüchtig/konkurrierend“ und „introvertiert/sozial vermeidend“ aufweisen, erzeugen bei den Therapeuten aggressiv-resignative und desinteressierte Gegenübertragung. Die Subskalen „introvertiert/sozial vermeidend“, „selbstunsicher/unterwürfig“ aber auch „fürsorglich/freundlich“ gehen mit protektiv-elterlicher GÜ einher. Patienten, die sich in Beziehungen als „ausnutzbar/nachgiebig“ erleben, rufen beim Therapeuten keine GÜ hervor.

Zur Veranschaulichung dienen hier zusätzlich zu den Werten zum Therapieende auch die Messwerte zu Therapiebeginn, da zum Therapieende die Zusammenhänge zwischen CTQ und IIP geringer werden. Da sich auch die interpersonellen Probleme deutlich verbessern ( $IIP_{gesamt}$  nimmt ab), kann davon ausgegangen werden, dass sich die geringeren Zusammenhänge vor allem aus der Normalisierung der interpersonellen Beziehungsgestaltung der Patienten ergeben.

**Tabelle 5-7. Mittelwertvergleich (T-Test) zwischen den IIP-Werten aller Patienten zu Therapiebeginn (T1) und Therapieende (T2).**

$IIP_{gesamt}$ T1		$IIP_{gesamt}$ T2		T	Signifikanz
M	SD	M	SD		
1,52	0,54	1,41	0,55	3,37	0,00**

\* $p < 0,05$ ; \*\* $p < 0,01$ ;  $n = 137$

**Tabelle 5-8. Korrelation (Spearman) zwischen Gegenübertragungsfaktoren aller Therapien und den Skalen des IIP (Inventar zur Erfassung interpersoneller Probleme) zu Beginn der Therapie.**

GÜ -Faktoren	IIP <sub>gesamt</sub>		IIP Subskalen							
	Korr	Sign	autokratisch/ dominant		streitsüchtig/ konkurrierend		abweisend/ kalt		Introvertiert/ sozial vermeidend	
			Korr	Sign	Korr	Sign	Korr	Sign	Korr	Sign
1 aggr-resgn	0,19	0,03*	0,18	0,04*	0,29	0,00**	0,21	0,01*	0,20	0,02*
2 pos-zugnt	0,05	0,59	0,06	0,50	-0,09	0,30	-0,00	0,99	-0,04	0,62
3 überw-verä	0,38	0,00**	0,31	0,00**	0,32	0,00**	0,30	0,00**	0,31	0,00**
4 prot-eltl	0,16	0,00**	0,06	0,50	0,15	0,90	0,13	0,12	0,26	0,00**
5 desint	0,14	0,10	0,05	0,60	0,21	0,02*	0,17	0,05*	0,19	0,03*
6 verstr	0,01	0,87	0,02	0,85	-0,13	0,12	-0,00	0,98	-0,01	0,96
7 sexual	-0,04	0,63	0,02	0,85	-0,05	0,60	0,02	0,80	-0,02	0,80

\*p<0,05; \*\*p<0,01; n=137



Fortsetzung Tabelle 5-8.

GÜ -Faktoren	IIP <sub>gesamt</sub>		IIP Subskalen							
	Korr	Sign	Selbstunsicher / unterwürfig		ausnutzbar/ nachgiebig		Fürsorglich/ freundlich		expressiv/ aufdringlich	
			Korr	Sign	Korr	Sign	Korr	Sign	Korr	Sign
1 aggr-resgn	0,19	0,03*	0,06	0,51	-0,01	0,94	0,01	0,87	0,06	0,50
2 pos-zugnt	0,05	0,59	0,02	0,80	0,03	0,75	0,15	0,09	0,15	0,08
3 überw-verä	0,38	0,00**	0,23	0,01**	0,15	0,08	0,23	0,01**	0,19	0,03*
4 prot-eltl	0,16	0,00**	0,22	0,01*	0,14	0,11	0,26	0,00**	0,08	0,35
5 desint	0,14	0,10	0,10	0,24	0,07	0,43	0,02	0,81	-0,07	0,43
6 verstr	0,01	0,87	-0,00	0,98	0,00	0,97	0,14	0,12	0,00	0,98
7 sexual	-0,04	0,63	-0,10	0,24	-0,09	0,32	-0,04	0,62	-0,04	0,67

\*p<0,05; \*\*p<0,01; n=137

**Tabelle 5-9. Korrelation (Spearman) zwischen Gegenübertragungsfaktoren aller Therapien und den Skalen des IIP (Inventar zur Erfassung interpersoneller Probleme) zum Ende der Therapie.**

GÜ -Faktoren	IIP <sub>gesamt</sub>		IIP Subskalen							
			autokratisch/ dominant		streitsüchtig/ konkurrierend		abweisend/ kalt		Introvertiert/ sozial vermeidend	
	Korr	Sign	Korr	Sign	Korr	Sign	Korr	Sign	Korr	Sign
1 aggr-resgn	0,01	0,89	-0,20	0,02*	-0,12	0,17	-0,10	0,25	-0,06	0,50
2 pos-zugnt	0,02	0,78	0,14	0,11	0,06	0,48	0,10	0,25	0,17	0,06
3 überw-verä	0,35	0,00**	0,21	0,02*	0,14	0,12	0,17	0,06	0,09	0,28
4 prot-eltl	0,20	0,02*	0,27	0,00**	0,13	0,13	0,11	0,23	0,07	0,45
5 desint	0,07	0,45	-0,09	0,33	0,02	0,78	-0,01	0,95	-0,07	0,43
6 verstr	0,07	0,44	0,13	0,15	0,08	0,35	0,11	0,23	0,10	0,25
7 sexual	0,11	0,22	0,04	0,65	0,07	0,45	0,05	0,59	0,05	0,59

\*p<0,05; \*\*p<0,01; n=137

Fortsetzung Tabelle 5-9.

GÜ -Faktoren	IIP <sub>gesamt</sub>		IIP Subskalen							
	Korr	Sign	Selbstunsicher / unterwürfig		ausnutzbar/ nachgiebig		Fürsorglich/ freundlich		expressiv/ aufdringlich	
			Korr	Sign	Korr	Sign	Korr	Sign	Korr	Sign
1 aggr-resgn	0,01	0,89	0,10	0,28	0,15	0,09	0,13	0,15	0,11	0,22
2 pos-zugnt	0,02	0,78	0,00	0,97	-0,06	0,50	-0,07	0,40	-0,12	0,18
3 überw-verä	0,35	0,00**	0,29	0,00**	0,40	0,00**	0,40	0,00**	0,38	0,00**
4 prot-eltl	0,20	0,02*	-0,02	0,80	0,17	0,05*	0,17	0,06	0,24	0,01**
5 desint	0,07	0,45	0,02	0,84	0,11	0,22	0,12	0,18	0,12	0,19
6 verstr	0,07	0,44	-0,03	0,72	-0,03	0,76	0,02	0,83	0,03	0,73
7 sexual	0,11	0,22	0,15	0,09	0,06	0,48	0,10	0,26	0,04	0,64

\*p<0,05; \*\*p<0,01; n=137

Bei der Aufschlüsselung der Ergebnisse aus den einzelnen Therapien (siehe Anhang 10.1.) weichen die Ergebnisse nur in geringem Maße von den hier vorgestellten Werten aller Therapeuten ab. Die Zusammenhänge in den erlebnisorientierten Therapien sind jedoch deutlicher ausgeprägt als jene in den konfliktorientierten Therapien.

*Die Patienten sind umso zufriedener mit der Beziehung zum Einzeltherapeuten, je geringer die aggressiv-resignative Gegenübertragung von den Therapeuten wahrgenommen wird. Die Zufriedenheit mit der Therapie ist umso größer, je geringer die aggressiv-resignative, überwältigt-verängstigte und protektiv-elterliche Gegenübertragung von den Therapeuten wahrgenommen wird.*

*Ein hoher IIP-Wert hängt deutlich mit dem Erleben von überwältigt-verängstigter Gegenübertragung zusammen. Zum Ende der Therapie werden die Zusammenhänge deutlich schwächer.*

## **5.5. Gegenübertragung im Zusammenhang mit Therapieerfolg**

### **5.5.1. Symptomschwere (SCL90-R) und Gegenübertragung**

Im Durchschnitt nimmt die Belastung der Patienten in Form von Symptomen bis zum Ende der Therapie deutlich ab (siehe Tabelle 5-10). Ausgeprägte Symptome der Patienten (hoher GSI, siehe 4.4.1.) rufen beim Therapeutenteam zu Therapiebeginn überwältigende und beschützende Gefühle und Handlungsimpulse hervor. Zum Ende der Therapie hingegen erzeugen die Patienten mit einem hohen GSI hohe negative GÜ (Faktoren 1, 3 und 5) und niedrige positiv-zugeneigte GÜ (siehe Tabelle 5-11). So werden vor allem die Patienten negativ in der GÜ erlebt, die zum Therapieende immer noch stark belastet sind und umgekehrt.

**Tabelle 5-10. Mittelwertvergleich (T-Test) zwischen den GSI (Gesamtschwere Index)-Werten aller Patienten zu Therapiebeginn (T1) und Therapieende (T2).**

GSI T1		GSI T2		T	Signifikanz
M	SD	M	SD		
1,28	0,63	0,88	0,58	8,50	0,00**

\*p<0,05; \*\*p<0,01; n=137

**Tabelle 5-11. Korrelation (Spearman) zwischen Gegenübertragungsfaktoren aller Therapien und GSI-Werten (Gesamtschwere Index) zu Therapiebeginn (T1) und Therapieende (T2).**

GÜ -Faktoren	GSI T1		GSI T2	
	Korr	Sign (2-seitig)	Korr	Sign (2-seitig)
1 aggr-resgn	0,07	0,40	<b>0,18</b>	<b>0,04*</b>
2 pos-zugnt	0,05	0,59	<b>-0,18</b>	<b>0,04*</b>
3 überw-verä	<b>0,27</b>	<b>0,00**</b>	<b>0,34</b>	<b>0,00**</b>
4 prot-eltl	<b>0,23</b>	<b>0,01**</b>	0,12	0,17
5 desint	-0,00	0,97	<b>0,19</b>	<b>0,03*</b>
6 verstr	0,14	0,10	-0,08	0,38
7 sexual	0,05	0,59	-0,02	0,81

\*p<0,05; \*\*p<0,01; n=137

Die Zusammenhänge des GSI mit der GÜ der einzelnen Therapeutengruppen zum Ende der Therapie sind sehr unterschiedlich (siehe Tabelle 5-12):

Einzelgesprächstherapie: Je höher die GSI-Werte der Patienten, desto ausgeprägter nehmen die Therapeuten die „überwältigt-verängstigte“ und „protektiv-elterliche“ GÜ wahr.

Gruppengesprächstherapie: Je höher die GSI-Werte der Patienten, desto ausgeprägter werden „aggressiv-resignative“, „überwältigt-verängstigte“ und „desinteressierte“ GÜ wahrgenommen. Hohe „positiv-zugeneigte“ GÜ der Gruppentherapeuten geht mit einem niedrigen GSI der Patienten einher.

Gestaltungstherapie: Keine signifikanten Korrelationen, d.h. die Gegenübertragungsgefühle der Gestaltungstherapeuten hängen *nicht* mit dem Therapieerfolg der Patienten zusammen.

Körpertherapie: Die Zusammenhänge entsprechen denen der Gruppengesprächstherapie. Zusätzlich geht bei Ihnen neben der „positiv-zugeneigten“ GÜ auch „verstrickte“ GÜ mit einem niedrigen GSI der Patienten einher.

**Tabelle 5-12. Korrelation (Spearman) zwischen Gegenübertragungsfaktoren von Einzelgesprächs- (E), Gruppengesprächs- (Gr), Gestaltungs- (Ge) und Körpertherapie (K) und GSI-Werten (Gesamtschwere Index) zum Therapieende (T2).**

GÜ -Faktoren	GSI T2							
	E		Gr		Ge		K	
	Korr	Sign	Korr	Sign	Korr	Sign	Korr	Sign
1 aggr-resgn	0,14	0,10	0,28	0,00**	-0,05	0,54	0,26	0,01**
2 pos-zugnt	-0,08	0,34	-0,21	0,02*	-0,01	0,93	-0,29	0,00**
3 überw-verä	0,29	0,00**	0,23	0,01*	0,14	0,11	0,24	0,01*
4 prot-eltl	0,19	0,03*	0,05	0,59	0,10	0,28	0,03	0,74
5 desint	0,11	0,21	0,26	0,00**	-0,01	0,89	0,21	0,03*
6 verstr	0,01	0,93	-0,03	0,78	-0,02	0,86	-0,24	0,01**
7 sexual	0,00	0,98	0,01	0,94	-0,07	0,44	0,01	0,94

\*p<0,05; \*\*p<0,01; n=137

*Patienten mit hohem GSI rufen bei den Therapeuten hohe aggressiv-resignative, überwältigt-verängstigte, desinteressierte und geringe positiv-zugeneigte Gegenübertragung hervor. Die Zusammenhänge sind zum Ende der Therapie ausgeprägter. Insgesamt bestehen viele Zusammenhänge mit Gegenübertragungsfaktoren der Gruppengesprächs- und Körpertherapie, weniger mit der Einzeltherapie und keine Zusammenhänge mit der Gestaltungstherapie.*

### 5.5.2. Gegenübertragung im Zusammenhang mit Therapieerfolg

Die Gegenübertragung der Therapeuten zu Beginn der stationären Therapie ist ein Anhaltspunkt für die Entwicklung der Krankheitsschwere der Patienten im Verlauf des stationären Aufenthalts. Je stärker die aggressiv-resignative und desinteressierte GÜ der Therapeuten zu Therapiebeginn, umso geringer ist die Abnahme des GSI und umso schlechter die Entwicklung der Patienten im

Verlauf der Therapie. Umso höher die positiv-zugeneigte, verstrickte und sexualisierte GÜ bei den Therapeuten zu Therapiebeginn ist, desto stärker ist die Verbesserung im Verlauf der Behandlung (siehe Tabelle 5-11). Das heißt, dass Patienten die bei den Therapeuten negative Gefühle hervorrufen, sich schlechter entwickeln als Patienten, die bei den Therapeuten positive Gefühle hervorrufen.

**Tabelle 5-13. Korrelation (Spearman) zwischen Gegenübertragungsfaktoren aller Therapien zu Therapiebeginn mit der Veränderung des GSI im Verlauf der Therapie (GSI T2 – GSI T1).**

GÜ -Faktoren	Veränderung GSI	
	Korrelationskoeffizient	Signifikanz (2-seitig)
1 aggr-resgn	<b>0,18</b>	<b>0,04*</b>
2 pos-zugnt	<b>-0,25</b>	<b>0,00**</b>
3 überw-verä	-0,04	0,63
4 prot-eltl	-0,03	0,70
5 desint	<b>0,29</b>	<b>0,00**</b>
6 verstr	<b>-0,33</b>	<b>0,00**</b>
7 sexual	<b>-0,19</b>	<b>0,03*</b>

\*p<0,05; \*\*p<0,01; n=137

Die Zusammenhänge der Veränderung der Belastung mit der GÜ der einzelnen Therapeuten sind heterogener (siehe Tabelle 5-12):

Einzelgesprächstherapie: Hier sind vor allem aggressiv-resignative und desinteressierte GÜ bei den Therapeuten ein Hinweis auf eine geringere Verbesserung der Patienten im Verlauf.

Gruppengesprächstherapie: Positiv-zugeneigte GÜ weist auf eine Verbesserung im Verlauf, desinteressierte GÜ weist auf eine Verschlechterung im Verlauf der Behandlung hin.

Gestaltungstherapie: Positiv-zugeneigte, verstrickte und sexualisierte GÜ weisen auf eine Verbesserung im Verlauf der Behandlung hin.

Körpertherapie: Fühlen die Therapeuten der Körpertherapie überwältigt-verängstigte oder verstrickte GÜ, so ist das ein Hinweis auf eine positive Entwicklung der Patienten.

**Tabelle 5-14. Korrelation (Spearman) zwischen Gegenübertragungsfaktoren zu Therapiebeginn einzelner Therapiearten mit der Veränderung des GSI im Verlauf der Therapie (GSI T2 – GSI T1).**

GÜ - Faktoren	Veränderung GSI							
	E		Gr		Ge		K	
	Korr	Sign	Korr	Sign	Korr	Sign	Korr	Sign
1 aggr-resgn	<b>0,19</b>	0,03*	0,14	0,12	0,00	0,97	0,01	0,94
2 pos-zugnt	-0,04	0,67	<b>-0,20</b>	0,03*	<b>-0,25</b>	0,01**	-0,14	0,14
3 überw-verä	-0,07	0,44	0,17	0,07	-0,11	0,23	<b>-0,23</b>	0,01*
4 prot-eltl	0,01	0,87	0,00	0,99	-0,09	0,29	-0,04	0,69
5 desint	<b>0,27</b>	0,00**	<b>0,20</b>	0,03*	0,11	0,2	0,15	0,12
6 verstr	0,00	1,00	0,10	0,28	<b>-0,24</b>	0,01**	<b>-0,34</b>	0,00**
7 sexual	-0,02	0,80	-0,05	0,56	<b>-0,31</b>	0,00**	-0,08	0,41

\*p<0,05; \*\*p<0,01; n=137

### 5.5.3. Symptomschwere und Beziehungsgestaltung der Patienten

Wie zu erwarten besteht ein deutlicher Zusammenhang zwischen der symptomatischen Belastung der Patienten (GSI) und den Problemen in der interpersonellen Beziehungsgestaltung (IIP). Je größer die Belastung des Patienten, desto größer sind auch die Probleme in der Beziehungsgestaltung. Die Beziehungszufriedenheit (HAQ) hängt hingegen nicht mit der Belastung des Patienten zusammen. Allerdings ist die Erfolgsszufriedenheit der Patienten umso geringer – besonders zum Ende der Therapie -, je stärker die symptomatische Belastung ausgeprägt ist (siehe Tabelle 5-15). Dies entspricht den Ergebnissen, die auch Bassler et al (1995, 2003) in seinen Studien gefunden hat.



**Tabelle 5-15. Korrelation (Spearman) zwischen GSI (Gesamtschwere Index), IIPgesamt (Inventar interpersonaler Probleme) und den Skalen des HAQ (Helping Alliance Questionnaire) zu Therapiebeginn (T1) und Therapieende (T2).**

	GSI T1		GSI T2	
	Korr	Sign	Korr	Sign
IIP <sub>gesamt</sub>	<b>0,58</b>	0,00**	<b>0,63</b>	0,00**
HAQ Beziehungszufriedenheit	0,10	0,26	-0,17	0,07
HAQ Erfolgswufriedenheit	<b>-0,22</b>	0,01*	<b>-0,57</b>	0,00**

\*p<0,05; \*\*p<0,01; n=137

*Die verstrickte Gegenübertragung der Therapeuten bietet insgesamt den besten Hinweis auf die Entwicklung der Patienten im Verlauf. Ebenso wie die positiv-zugeneigte und sexualisierte Gegenübertragung weist diese auf eine Verbesserung der Patienten hin. Hohe aggressiv-resignative und desinteressierte Gegenübertragung hängen mit einer Verschlechterung der Patienten im Verlauf zusammen.*

*Patienten, die von der Therapie nicht profitieren, erzeugen geringere positiv-zugeneigte und verstrickte und höhere aggressiv-resignative, überwältigt-verängstigte und desinteressierte Gegenübertragung.*

*Je ausgeprägter die Symptomatik (GSI) der Patienten, desto größer sind die interpersonellen Symptome (IIP) und umso geringer ist die Zufriedenheit mit dem Therapieerfolg.*

## 5.6. Gegenübertragung und Diagnosen

### 5.6.1. Unterschiede zwischen Krankheitsgruppen in der Gegenübertragung

Die Einfaktorielle ANOVA aller Therapien ergibt signifikante Unterschiede zwischen den Diagnoseclustern nach Huber et al. (2009, siehe 3.4.2.) bei den Faktoren 1 bis 5 (siehe Tabelle 5-16). Das spiegelt sich auch in der Post-Hoc Analyse wieder (siehe Tabelle 5-17).

Bei der protektiv-elterlichen Gegenübertragung (Faktor 4) ergaben sich in der Post-Hoc Analyse keine Unterschiede. Im Falle der übrigen Gegenübertragungsfaktoren stellt es sich wie folgt dar:

Affektive Störungen: Diese Patienten induzieren auf fast allen Faktoren, die in die Auswertung aus der Post-Hoc Analyse mit eingehen (Faktoren 1,3,5), eine geringe Gegenübertragung. Nur bei der positiv-zugeneigten GÜ (Faktor 2) liegen die Patienten im Mittelfeld.

Neurotische- und Belastungsstörungen: Diese Patienten erzeugen ausgeprägte überwältigt-verängstigte Gegenübertragung (Faktor 3) bei den Therapeuten. Die restlichen Gegenübertragungsausprägungen (Faktoren 1,2, und 5) befinden sich im Durchschnitt.

Somatoforme Störungen: Die Patienten rufen eine geringe positiv-zugeneigte Gegenübertragung und eine ausgeprägte desinteressierte Gegenübertragung hervor. Somit entsprechen diese Patienten der Kombination von Gegenübertragung, die die geringste Aussicht auf eine erfolgreiche Behandlung aufweist.

Essstörungen: Entgegen der Erwartung induzieren diese Patienten eine hohe positiv-zugeneigte und geringe aggressiv-resignative Gegenübertragung. Es ist sogar die Therapiegruppe, die die höchste positiv-zugeneigte Gegenübertragung aller Patientengruppen aufweist. Dabei muss aber beachtet werden, dass hier die Patienten nach der Erstdiagnose eingeteilt wurden. D.h. auch in der Gruppe der Persönlichkeitsstörungen gibt es z.B. Patienten die an einer komorbiden Essstörung leiden.

Persönlichkeitsstörungen: Diese Patienten erzeugen ausgeprägte aggressiv-resignative (hier den höchsten Wert aller Patientengruppen), überwältigt-verängstigte und desinteressierte GÜ. Die positiv-zugeneigte Gegenübertragung ist ebenso gering ausgeprägt wie bei den Patienten mit somatoformer Störung.

**Tabelle 5-16. Mittelwertvergleich (Einfaktorielle ANOVA) von Gegenübertragungsfaktoren aller Therapien zwischen fünf Diagnoseclustern nach Huber et al zum Therapieende.**

<i>GÜ -Faktoren</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>F</i>	<i>Signifikanz</i>
1 aggr-resgn	2,00	0,65	10,62	<b>0,00**</b>
2 pos-zugnt	2,76	0,74	3,93	<b>0,00**</b>
3 überw-verä	1,66	0,57	7,78	<b>0,00**</b>
4 prot-eltl	2,45	0,65	4,26	<b>0,00**</b>
5 desint	1,93	0,64	4,56	<b>0,00**</b>
6 verstr	1,52	0,59	2,12	0,08
7 sexualisiert	1,36	0,51	0,63	0,64

\*p<0,05; \*\*p<0,01; n=137

**Tabelle 5-17. Mittelwertvergleich (Einfaktorielle ANOVA) mit Post-Hoc Analyse nach Tukey von Gegenübertragungsfaktoren aller Therapien zwischen fünf Diagnoseclustern (s. Tab. 5-15) nach Huber et al zum Therapieende.**

GÜ -Faktoren	Diagnosecluster									
	1 n=45		2 n=20		3 n=22		4 n=13		5 n=37	
	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD
1 aggr-resgn	1,81	0,57	2,02	0,66	2,05	0,65	1,82	0,62	<b>2,23</b>	0,66
2 pos-zugnt	2,85	0,69	2,80	0,78	2,64	0,82	<b>3,00</b>	0,79	2,63	0,67
3 überw-verä	1,49	0,49	1,75	0,63	1,73	0,61	1,58	0,56	1,80	0,58
4 prot-eltl	2,32	0,62	2,44	0,70	2,40	0,73	2,56	0,51	2,59	0,62
5 desint	1,80	0,60	1,92	0,62	2,07	0,68	1,85	0,70	2,05	0,65
6 verstr	1,52	0,59	1,54	0,63	1,43	0,53	<b>1,72</b>	0,73	1,48	0,54
7 sexual	1,33	0,49	1,34	0,49	1,36	0,56	1,36	0,43	1,41	0,53
GÜ -Faktoren	<i>p</i> -Werte									
	1 – 2	1 – 3	1 – 4	1 – 5	2 – 3	2 - 4	2 – 5	3 – 4	3 – 5	4 - 5
1 aggr-resgn	0,11	0,03*	1,00	0,00**	1,00	0,39	0,09	0,21	,22	0,00**
2 pos-zugnt	0,98	0,18	0,71	0,04	0,62	0,55	0,43	0,05*	1,00	0,02*
3 überw-verä	0,01**	0,01**	0,85	0,00**	1,00	0,47	0,95	0,57	0,87	0,11
4 prot-eltl	0,65	1,00	0,81	0,40	1,00	0,81	0,40	0,61	0,17	1,00
5 desint	0,63	0,01**	0,99	0,00**	0,53	0,98	0,55	0,30	1,00	0,32
6 verstr	1,00	0,77	0,21	0,98	0,71	0,47	0,94	0,05*	0,96	0,10
7 sexual	1,00	0,99	1,00	0,55	0,99	1,00	0,81	1,00	0,95	0,96

\*p<0,05; \*\*p<0,01; n=137

**Tabelle 5-18. Darstellung Signifikanter Unterschiede zwischen Gegenübertragungsfaktoren in Diagnoseclustern. Signifikante Unterschiede sind als „X“ markiert.**

Diagnose-cluster	GÜ - Faktoren																																		
	1 Aff. St.							2 Neurot.							3 Somat.							4 Essst.							5 Persst.						
	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7
1 Affektive Störungen							X						X	X	X														X	X	X				
2 Neurotische Störungen	X										X																								
3 Somatoforme Störungen	X	X	X																							X									
4 Essstörungen															X							X	X						XX						
5 Persönlichkeitsstörungen	X	X	X																							X	X								

Beim Vergleich unserer Daten aus dem SCL-90-R Fragebogen mit Daten aus der Studie von Bassler et al. (2009) ergeben sich einige Unterschiede: Die Patienten aus der Gruppe der Affektiven Störungen sind bei uns deutlich geringer belastet als bei Bassler et al. Auch für die Gruppe der Essstörungen trifft dies zu.

*Die höchsten Werte der aggressiv-resignativen, überwältigt-verängstigten und protektiv-elterlichen GÜ und die geringste positiv-zugeneigte GÜ nehmen die Therapeuten bei den Patienten aus der Gruppe der Persönlichkeitsstörungen wahr. Der höchste Wert der positiv-zugeneigten und der verstrickten GÜ wird bei der Gruppe der Essstörungen erreicht. Patienten mit somatoformer Störung rufen in den Therapeuten ein hohes Maß an Desinteresse in der GÜ hervor. Die Gruppe der affektiven Störungen erzeugt bei den Therapeuten in allen Dimensionen geringe Gegenübertragungsgefühle.*

#### 5.6.2. Merkmale von Non-Respondern

Als Non-Responder werden diejenigen Patienten bezeichnet, die von einer Psychotherapie nicht profitieren. Dazu verglichen wir die Patienten, bei denen im Verlauf der Therapie der GSI-Wert gleich geblieben oder angestiegen ist, mit den Patienten, bei denen der GSI-Wert im Verlauf gesunken ist. So sind nach unserer Konvention 34 Patienten „Non-Responder“ und 99 Patienten „Responder“. Beim Vergleich der beiden Gruppen ist weder ein Unterschied bei

der Verweildauer noch beim Alter festzustellen. Bei den Non-Respondern ist jedoch der GSI-Wert zu Therapiebeginn niedriger und der GSI-Wert zum Therapieende höher als bei den Respondern. Analoges ergibt sich beim IIP, nicht jedoch beim HAQ: Hier liegen beide Subskalen-Werte zu Therapiebeginn im Schnitt, zum Therapieende unter den Werten der Responder.

Die Verteilung nach unterschiedlichen Diagnoseclustern unterscheidet sich ebenfalls. Unter den Non-Respondern finden sich überdurchschnittlich viele Patienten mit der Hauptdiagnose „Somatoforme Störung“, anteilig weniger Patienten mit affektiven Störungen und Persönlichkeitsstörungen.

Die Gegenübertragung unterscheidet sich zwischen den beiden Gruppen deutlich: Zu *Therapiebeginn* ist bei den Non-Respondern die positiv-zugeneigte GÜ geringer ausgeprägt, die desinteressierte GÜ stärker. Zum *Ende der Therapie* ergeben sich zusätzlich Unterschiede in der aggressiv-resignativen, überwältigt-verängstigten und sexualisierten GÜ. Bei den Non-Respondern erleben die Therapeuten aggressiv-resignative und überwältigt-verängstigte Gegenübertragung ausgeprägter, sexualisierte Gegenübertragung aber in geringerem Maße.

**Tabelle 5-19. Mittelwertvergleich (T-Test) mehrerer Tests zwischen Non-Respondern (keine Verbesserung im GSI) und Respondern (Verbesserung im GSI) zu Therapiebeginn.**

Tests	Non-Responder n=35		Responder n=102		T	Signifikanz
	M	SD	M	SD		
GSI	1,02	0,58	<b>1,37</b>	0,63	3,01	0,00**
IIP	1,45	0,64	1,54	0,50	0,78	0,38
HAQ Beziehungszufriedenheit	4,93	0,62	5,01	0,60	0,67	0,50
HAQ Erfolg-zufriedenheit	3,55	0,96	3,61	1,00	0,34	0,73

\*p<0,05; \*\*p<0,01; n=137

**Tabelle 5-20. Mittelwertvergleich (T-Test) mehrerer Tests zwischen Non-Respondern (keine Verbesserung im GSI) und Respondern (Verbesserung im GSI) zum Therapieende.**

Tests	Non-Responder n=35		Responder n=102		T	Signifikanz
	M	SD	M	SD		
GSI	<b>1,24</b>	0,68	0,76	0,48	-4,45	0,00**
IIP	<b>1,57</b>	0,57	1,35	0,54	-1,97	0,05*
HAQ Beziehungszufriedenheit	4,88	0,72	<b>5,34</b>	0,55	3,77	0,00**
HAQ Erfolg-zufriedenheit	3,72	1,06	<b>4,32</b>	0,84	3,29	0,00**

\*p<0,05; \*\*p<0,01; n=137

**Tabelle 5-21. Anzahl der Patienten unterschiedlicher Diagnosecluster in den Gruppen Non-Responder und Responder.**

Diagnosecluster	N (%)	
	Non-Responder	Responder
1 Affektive Störungen	9 (26,7)	<b>36 (35,3)</b>
2 Neurotische- u. Belastungsst.	5 (14,3)	15 (14,7)
3 Somatoforme Störungen	<b>11 (31,4)</b>	11 (10,8)
4 Essstörungen	3 (8,6)	10 (9,8)
5 Persönlichkeitsstörungen	7 (20,0)	<b>30 (29,4)</b>
N gesamt	35	102

**Tabelle 5-22. Mittelwertvergleich (T-Test) der GÜ-Faktoren zwischen Non-Respondern (keine Verbesserung im GSI) und Respondern (Verbesserung im GSI) zu Therapiebeginn.**

GÜ-Faktoren	Non-Responder n=35		Responder n=102		T	Signifikanz
	M	SD	M	SD		
1 aggr-resgn	1,88	0,66	1,87	0,64	-0,25	0,81
2 pos-zugnt	2,45	0,62	<b>2,60</b>	0,71	2,32	0,02*
3 überw-verä	1,64	0,64	1,64	0,58	-0,05	0,96
4 prot-eltil	2,40	0,69	2,33	0,69	-1,01	0,31
5 desint	<b>2,13</b>	0,70	1,88	0,63	-3,82	0,00**
6 verstr	1,30	0,43	<b>1,39</b>	0,47	2,01	0,05*
7 sexual	1,22	0,38	1,29	0,46	1,71	0,09

\*p<0,05; \*\*p<0,01; n=137

**Tabelle 5-23. Mittelwertvergleich (T-Test) der GÜ-Faktoren zwischen Non-Respondern (keine Verbesserung im GSI) und Respondern (Verbesserung im GSI) zum Therapieende.**

GÜ-Faktoren	Non-Responder n=35		Responder n=102		T	Signifikanz
	M	SD	M	SD		
1 aggr-resgn	<b>2,15</b>	0,70	1,95	0,62	-3,05	0,00**
2 pos-zugnt	2,60	0,72	<b>2,80</b>	0,73	2,81	0,01**
3 überw-verä	<b>1,74</b>	0,64	1,63	0,55	-1,99	0,05*
4 prot-eltl	2,49	0,65	2,42	0,65	-1,08	0,28
5 desint	<b>2,16</b>	0,68	1,87	0,62	-4,58	0,00**
6 verstr	1,45	0,56	1,53	0,60	1,35	0,18
7 sexual	1,28	0,43	<b>1,38</b>	0,53	2,25	0,03*

\*p<0,05; \*\*p<0,01; n=137

*Der typische Non-Responder Patient hat eine somatoforme Störung und einen niedrigen GSI zu Beginn der Therapie. Seine Beziehungs- und Erfolgszufriedenheit zum Ende der Therapie sind niedrig. Er ruft bei den Therapeuten bei Aufnahme geringe positiv-zugeneigte und verstrickte und hohe desinteressierte Gegenübertragung hervor.*

### 5.6.3. Gegenübertragung und Persönlichkeitsstörung

Wie auch schon aus dem Vergleich der Diagnosecluster hervorgeht unterscheiden sich Patienten mit Persönlichkeitsstörung deutlich von Patienten ohne Persönlichkeitsstörung in Bezug auf das Ausmaß der Gegenübertragung, das sie bei den Therapeuten hervorrufen: So verspüren Therapeuten bei Patienten mit Persönlichkeitsstörung stärkere aggressiv-resignative, überwältigt-verängstigte, protektiv-elterliche und desinteressierte Gegenübertragungsgefühle und Handlungsimpulse. Die positiv-zugeneigte GÜ ist signifikant geringer als bei Patienten ohne Persönlichkeitsstörung.



**Tabelle 5-24. Mittelwertvergleich (T-Test) von Gegenübertragungsfaktoren aller Therapien zwischen Patienten mit Persönlichkeitsstörung und ohne Persönlichkeitsstörung zum Therapieende.**

GÜ -Faktoren	Pat mit PS n=37		Pat ohne PS n=100		T	Signifikanz
	M	SD	M	SD		
1 aggr-resgn	<b>2,23</b>	0,66	1,91	0,62	5,10	0,00**
2 pos-zugnt	2,63	0,67	<b>2,80</b>	0,75	-2,43	0,01**
3 überw-verä	<b>1,81</b>	0,58	1,60	0,56	3,74	0,00**
4 prot-eltl	<b>2,59</b>	0,63	2,39	0,65	3,35	0,00**
5 desint	<b>2,05</b>	0,65	1,89	0,64	2,60	0,01**
6 verstr	1,48	0,54	1,53	0,61	-0,83	0,41
7 sexual	1,41	0,53	1,34	0,50	1,31	0,19

\*p<0,05; \*\*p<0,01; n=137

*Patienten mit Persönlichkeitsstörung werden verglichen mit anderen Patienten insgesamt als unangenehmer erlebt als andere Patienten. Sie rufen eine geringe positiv-zugeneigte und hohe aggressiv-resignative, überwältigt-verängstigte, protektiv-elterliche und desinteressierte Gegenübertragung hervor.*

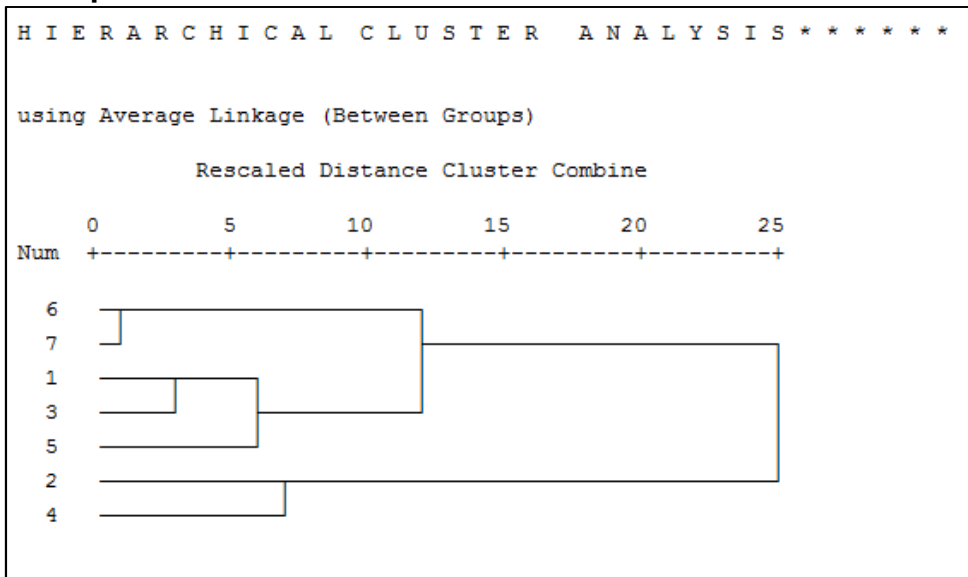
## 5.7. Weitergehende Analysen

### 5.7.1. Clusterbildung der Faktoren

Bei dem Versuch, die sieben Faktoren mithilfe einer Clusteranalyse inhaltlich zusammenzufassen, stellten wir fest, dass sich drei Cluster ergeben. Diese lassen sich gut voneinander abgrenzen und entsprechen am ehesten den affektiven Grundrichtungen, die in der Gegenübertragung vorkommen:

Cluster 1 „negative GÜ“, Cluster 2 „positive GÜ“ und Cluster 3 „involvierte GÜ“ dienen der groben Umschreibung der Gegenübertragung, die mit dem CTQ-D erfasst wird.

**Abbildung 5-1. Dendrogramm der Clusteranalyse über alle Therapien.**



**Tabelle 5-25. Gegenübertragungscluster aus Clusteranalyse.**

<i>GÜ-Cluster</i>	<i>Beinhaltende GÜ-Faktoren</i>
<b>1 negative GÜ</b>	1 aggressiv-resignative GÜ 3 überwältigt-verängstigte GÜ 5 desinteressierte GÜ
<b>2 positive GÜ</b>	2 positiv-zugeneigte GÜ 4 protektiv-elterliche GÜ
<b>3 involvierte GÜ</b>	6 verstrickte GÜ 7 sexualisierte GÜ

### 5.7.2. Clusterbildung der Patienten

Die Vermutung, dass sich auch Patienten in Gruppen voneinander differenzieren lassen, bestätigte sich bei der Clusteranalyse der Patienten: Als Grundlage dieser Clusteranalyse dienten uns die Gegenübertragungscluster (siehe 5.7.1.). Es ergeben sich 6 sinnvoll abgrenzbare Patientencluster. 13 Patienten sind nicht in den 6 Clustern enthalten. Die Verteilung der Patienten auf die Cluster ist in Tabelle 5-26 dargestellt.

**Tabelle 5-26. Anzahl der Patienten in Patientenclustern aus Clusteranalyse.**

<i>Patientencluster</i>	<i>Anzahl Patienten</i>
1	27
2	23
3	26
4	11
5	14
6	23
n gesamt	124

Die Ausprägung der drei Gegenübertragungscluster unterscheidet sich zwischen den Patientenclustern:

Merkmale der Patientencluster(s. Tab. 5-27, 5-28, 5-29):

Patientencluster 1: Die Patienten dieses Clusters zeichnen sich durch eine geringe Ausprägung auf allen Gegenübertragungsdimensionen aus. Bei den Therapeuten rufen diese Patienten insgesamt wenig Gegenübertragungsreaktionen hervor. Das spiegelt sich auch in der Ausprägung der Symptombelastung wieder: Der GSI und der IIP dieser Patienten sind niedrig. Diese Patienten verbessern sich im Verlauf allerdings stark: Der GSI nimmt um 0,52 ab. In dieser Gruppe sind vor allem viele Patienten mit einer Depression vertreten. Ansonsten verteilen sich die Diagnosen gleichmäßig.

Patientencluster 2: Bei den Patienten dieses Clusters nehmen die Therapeuten eine starke negative Gegenübertragung wahr, dahingegen eine sehr geringe positive und involvierte Gegenübertragung. Die Belastungswerte GSI und IIP befinden sich im Durchschnitt. Diese Patienten werden also negativ wahrgenommen, sind aber nicht besonders stark von ihren Symptomen belastet. Auch bei dieser Patientengruppe ist die Verteilung der Diagnosen homogen. Im Vergleich mit den anderen Patientenclustern sind jedoch anteilig mehr Patienten mit einer Essstörung vertreten.

Patientencluster 3: Bei diesen Patienten befinden sich die negativen und involvierten Gegenübertragungsgefühle im Schnitt. Die positive

Gegenübertragung ist deutlicher ausgeprägt. Auch die Marker der psychischen Belastung sind hoch ausgeprägt. Diese Patienten haben sich nur in sehr geringem Maße im Verlauf verbessert. In diesem Cluster gibt es einen relativ großen Anteil von Patienten mit einer Persönlichkeitsstörung oder einer affektiven Störung.

Patientencluster 4: Ähnlich wie bei den Patienten des Clusters 2 ist hier die negative GÜ stark ausgeprägt. Allerdings befinden sich die anderen beiden GÜ-Cluster im Schnitt. Der GSI liegt ebenfalls im Durchschnitt, die Veränderung des GSI ist jedoch gering. Das deutet auf einen niedrigen GSI zu Beginn der Therapie hin. Der IIP zum Therapieende ist ebenfalls gering. Auch in dieser Gruppe sind – wie in Cluster 3 – besonders viele Persönlichkeitsstörungen vertreten.

Patientencluster 5: Die negative GÜ dieser Patienten ist im Vergleich mit allen anderen Patienten am geringsten. Die positive und involvierte GÜ ist sehr hoch. Folglich werden diese Patienten als sehr angenehm empfunden. Das spiegelt sich auch im GSI wieder, der bei diesen Patienten am geringsten ausgeprägt ist. Zu Beginn der Therapie ist der GSI jedoch hoch, weshalb sich die Patienten um 0,72 Punkte deutlich verbessern. Dies ist die stärkste Verbesserung aller Patienten. Der Anteil der Patienten mit Somatoformer Störung ist sehr gering in dieser Gruppe.

Patientencluster 6: Die Gegenübertragung ist in allen drei Gegenübertragungsclustern sehr hoch ausgeprägt. Die Patienten haben sich nur in geringem Maße verbessert und weisen deshalb noch einen hohen GSI und IIP auf. In dieser Gruppe finden sich viele Patienten mit Somatoformer Störung.

**Tabelle 5-27. Ausprägung der GÜ in Patientenclustern zum Therapieende.**

<i>GÜ-Cluster</i>	<i>Patientencluster</i>						<i>Mittelwert</i>
	<i>1</i> <i>n=27</i>	<i>2</i> <i>n=23</i>	<i>3</i> <i>n=26</i>	<i>4</i> <i>n=11</i>	<i>5</i> <i>n=14</i>	<i>6</i> <i>n=23</i>	
1 negativ	1,49 -	2,30 +	2,05 0	2,74 +	1,35 -	2,48 +	2,03
2 positiv	2,45 -	2,02 -	2,98 +	2,84 0	3,08 +	2,96 +	2,75
3 involviert	1,09 -	1,11 -	1,31 0	1,44 0	2,05 +	2,20 +	1,48

+ über M; - unter M; n=124

**Tabelle 5-28. Ausprägung verschiedener Tests in den Patientenclustern zum Therapieende.**

<i>Tests</i>	<i>Patientencluster</i>						<i>Mittelwert</i>
	<i>1</i> <i>n=27</i>	<i>2</i> <i>n=23</i>	<i>3</i> <i>n=26</i>	<i>4</i> <i>n=11</i>	<i>5</i> <i>n=14</i>	<i>6</i> <i>n=23</i>	
GSI	0,69 -	0,93 0	1,13 +	0,96 0	0,77 0	1,02 +	0,88
GSI <sub>diff</sub>	-0,52 +	-0,36 0	-0,16 -	-0,28 -	-0,72 +	-0,23 -	-0,40
IIP	1,26 -	1,44 0	1,59 +	1,21 -	1,39 0	1,56 +	1,41

+ über M; - unter M; n=124

**Tabelle 5-29. Anzahl der Patienten unterschiedlicher Diagnosecluster in den Patientenclustern.**

<i>Diagnosecluster</i>	<i>N (%) Patienten in Patientencluster</i>						<i>N Diagnosecluster</i>
	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>	<i>5</i>	<i>6</i>	
1 Affektive Störungen	16 (59)	7 (30)	7 (27)	0	5 (36)	5 (22)	40
2 Neurotische- und Belastungsstör.	3 (11)	3 (13)	4 (15)	2 (18)	1(7)	5 (22)	18
3 Somatoforme Störungen	4 (15)	4 (17)	3	1 (9)	1 (7)	5 (22)	18
4 Essstörungen	2 (7)	4 (17)	2 (8)	1 (9)	2 (14)	2 (9)	13
5 Persönlichkeitsstörungen	2 (7)	5 (22)	10 (38)	7 (64)	5 (36)	6 (26)	35
N Patientencluster	27	23	26	11	14	23	124

Die sieben Gegenübertragungsfaktoren lassen sich zu drei Gegenübertragungsclustern zusammenfassen: negative, positive und involvierte Gegenübertragung.

Die Patienten lassen sich sinnvoll sechs Patientenclustern zuordnen: Alle Dimensionen sind bei den Patienten des Patientenclusters 1 gering ausgeprägt, im Patientencluster 6 hoch. Die Ausprägung in den Patientenclustern 2-5 variiert. Bei der Korrelation mit dem SCL-90-R bestehen vor allem Unterschiede bei der Verbesserung des GSI im Verlauf der Therapie. Eine besonders starke Verbesserung zeigen die Patienten im Patientencluster 5. In diesem Cluster ist die Ausprägung der positiven und involvierten GÜ besonders hoch, die der negativen GÜ besonders niedrig.

## **6. Diskussion**

Die vorliegende Studie liefert erste Daten zur Reliabilität und Faktorenstruktur der deutschen Version des Countertransference Questionnaire von Betan, Heim, Zittel Conclin & Westen (2005) und erlaubt Aussagen zur Gegenübertragung in einem multiprofessionellen Team und ihrer Bedeutung für den stationären Therapieverlauf.

### **6.1. Faktorenanalyse und Clusteranalyse**

Die Faktorenanalyse erbrachte als sinnvollste Lösung ein Ergebnis mit sieben Gegenübertragungsfaktoren. Diese war über mehrere Extraktionsverfahren hinweg konstant geblieben. Die Differenzierung der Gegenübertragung in sieben Faktoren geht deutlich über die globale Unterscheidung nach positiver und negativer Gegenübertragung hinaus. Anhand der sieben Faktoren kann der größte Teil der für das stationäre psychotherapeutische Umfeld typischen Gegenübertragungsreaktionen erfasst werden. Die sieben Faktoren entsprechen unterschiedlichen Reaktionen, die gemeinsam betrachtet ein Muster des Gegenübertragungserlebens der Therapeuten widerspiegeln. Dieses Muster entspringt typischerweise sowohl eigenen ungelösten Konflikten des Therapeuten, besonders jedoch auch der Interaktion von Therapeut und Patient. Gerade diese große Anzahl von Faktoren ermöglicht es, ein detailliertes Bild der Patient-Therapeut-Beziehung zu erhalten.

Absichtlich wird in dieser Arbeit an vielen Stellen der Terminus Gegenübertragungs- „Reaktionen“ verwendet. Damit soll betont werden, dass mit dem CTQ-D Fragebogen nicht nur Gefühlszustände erfasst werden, die von den Therapeuten beschrieben werden, sondern darüber hinaus auch Handlungsimpulse und Gegenübertragungsgagieren. So folgt der Fragebogen einer „ganzheitlichen“ Auffassung des Gegenübertragungsbegriffs und versteht sich als Instrument, das im Sinne Kernbergs (1993) einen Großteil „aller emotionalen Reaktionen“ eines Therapeuten erfassen kann.



Das Ergebnis der Faktorenanalyse in dieser Arbeit unterscheidet sich zwar in Teilen von der ursprünglichen Lösung Westens (Betan 2005, 8 Faktoren) und der Lösung Satirs (Satir 2009, 6 Faktoren). Die Faktoren, die wir fanden, sind jedoch klinisch und theoretisch kohärent und die therapeutischen Reaktionen sind gut repräsentiert. Zur Faktorenstruktur von Westen und Satir siehe Tabelle 3-1 (Seite 20). Westens Arbeitsgruppe extrahierte acht Gegenübertragungsfaktoren, wobei sich die Aufteilung der Items auf die Faktoren deutlich von den Ergebnissen der vorliegenden Studie unterscheidet. Die Unterschiede zwischen den Faktorenlösungen können unter anderem auf die unterschiedlichen Rahmenbedingungen der beiden Studien zurückgeführt werden: So füllten bei Westen ausschließlich niedergelassene Therapeuten die Fragebögen aus. Weiterhin füllte jeder Therapeut in der amerikanischen Studie den Bogen nur ein einziges Mal für jeweils einen einzigen Patienten aus. Bei der vorliegenden Studie wurden zu jedem Patienten mehrere Therapeuten und Stationsmitarbeiter befragt und jeder Mitarbeiter äußerte sich zu mehreren Patienten. So gab es in diesem Fall vielmehr einen „Pool“ von Therapeuten, die die Patienten einschätzten. Dabei füllten einige Therapeuten deutlich mehr Fragebögen zu verschiedenen Patienten aus als andere. Ein weiterer Grund für die Unterschiedlichkeit der beiden Lösungen könnte in der Schwierigkeit der inhaltlich identischen Übersetzung aus dem Englischen ins Deutsche liegen. Die Übersetzung ins Deutsche wurde zwar mehrfach rückübersetzt, um Übersetzungsfehler zu minimieren, allerdings bestehen – obwohl es sich um zwei westlich-demokratische Nationen handelt - sicherlich auch zwischen Deutschland und den Vereinigten Staaten kulturelle Unterschiede. Diese mögen zwar geringer sein als beispielsweise zwischen Deutschland und asiatischen Ländern, jedoch insofern ausschlaggebend, als dass emotionale Aussagen nuanciert unterschiedlich aufgenommen und eingeschätzt werden. So würde z.B. die Aussage „I tell her I love her“ (Item 50) einem amerikanischen Therapeuten leichter von der Zunge gehen, als einem Deutschen „Ich sage ihr, dass ich sie liebe“. Die Ursache liegt einerseits in der Unterschiedlichkeit des Wortes „Liebe“ und „love“ in den beiden Sprachen, als auch in der Art und Weise und dem Ausmaß, in dem Gefühle sprachlich ausgedrückt werden. So ist man in Deutschland wohl eher etwas nüchterner oder zurückhaltender was die Äußerung von Emotionen angeht. In diesem und auch anderen Fällen gibt es

keine Vokabel, die die ursprüngliche Aussage im Deutschen inhaltlich und ihrer Aussage und Bedeutung entsprechend wiedergibt.

Betrachtet man die Faktorenlösung unserer Studie im Detail, so wirken die einzelnen Items in den Faktoren inhaltlich sehr homogen. Dies bestätigt die Güte der Lösung. Bei den Faktoren Westens fällt es dahingegen schwerer, den Unterschied einiger Faktoren auf Anhieb zu erfassen. Besonders die Faktoren „overwhelmed/disorganized“ , „disengaged“ und „criticized/mistreated“ scheinen schwer abgrenzbar (vgl. Betan et al 2005).

Die durchgeführte Clusteranalyse (s. 5.7.1.) unterstützt die These, dass es sich nicht um sieben völlig unabhängige Dimensionen handelt, sondern, dass sich diese sieben Gegenübertragungsfaktoren drei Achsen zuordnen lassen. Das bestätigt die Erfahrung aus Literatur und klinischer Praxis: Grundsätzlich gibt es vorwiegend „positive“ (Cluster 2), und vorwiegend „negative“ (Cluster 1) Gegenübertragungsreaktionen. Das „Involviertsein“ in einer Beziehung zum Patienten kann sich sowohl als angenehm, als auch als unangenehm für den Therapeuten darstellen und lässt sich vermutlich deshalb nur mithilfe eines eigenen Clusters „involvierte GÜ“ (Cluster 3) erfassen. Die Vereinfachung der Gegenübertragungsreaktionen auf drei Dimensionen bietet einige Vorteile: So ließen sich z.B. Patienten im dreidimensionalen Koordinatensystem als Punktwolken im Raum darstellen. Eine weitere Möglichkeit der Darstellung bietet die entgegengesetzte Auftragung der positiven und negativen Gegenübertragung auf einer Achse. Die involvierte Gegenübertragung entspräche dann der zweiten Dimension, die neben der Information über Ausprägung der Zu- oder Abneigung die Verwicklung (ohne positive oder negative Wertung) darstellen würde. Diese starke Vereinfachung hat jedoch auch Nachteile: Mehr als die grobe Einordnung und ein Vergleich einzelner Patienten mit einem Patientenkollektiv scheint schwer möglich. Dazu sind die einzelnen Aussagen der diffizilen emotionalen Zustände in der therapeutischen Beziehung zu sehr reduziert und vereinfacht. Im Rahmen eines Kurzfragebogens wäre es jedoch vorstellbar, beim ambulanten Erstkontakt eine grob orientierende Aussage über die Problematik des Patienten zu treffen, um dann im Verlauf stationär eine weitere Differenzierung vorzunehmen.

## 6.2. Gegenübertragung in unterschiedlichen Therapiearten

Um grundsätzliche Unterschiede zwischen den Therapiearten festzustellen teilten wir die Therapieverfahren in „konfliktorientierte“ und „erlebnisorientierte“ Verfahren ein. Bei den konfliktorientierten Verfahren steht die Bearbeitung von Konflikten auf sprachlicher Ebene im Vordergrund (Einzel- und Gruppengesprächstherapie) während bei den erlebnisorientierten Verfahren die Auseinandersetzung mit dem eigenen Erlebnis- und Erfahrungshorizont das zentrale Element bildet (Gestaltungs- und Körpertherapie). Der klinisch-praktischen Erfahrung folgend fanden wir heraus, dass in den konfliktorientierten Verfahren die negativen Gegenübertragungsgefühle eine Rolle spielen, wobei in den erlebnisorientierten Verfahren stärkere positive (positiv-zugeneigte, protektiv-elterliche) und verstrickte Gegenübertragung wahrgenommen wird. Schon der Name konfliktorientiert impliziert die stärkere Auseinandersetzung des Patienten und der Therapeuten mit bestehenden Konflikten des Patienten. Bei der Bearbeitung dieser Konflikte verändert sich durch den Prozess der sich anpassenden Abwehr beim Patienten beispielsweise ständig die emotionale Landschaft, in der er sich bewegt. Es entstehen im Verlauf der Konfliktbearbeitung zum Beispiel immer wieder auch abwertende, ärgerliche oder verurteilende Impulse beim Patienten, die der Therapeut entsprechend wahrnimmt. So identifiziert sich der Therapeut entweder konkordant mit dem negativierenden Ich des Patienten oder komplementär mit einem verurteilenden Objekt. In jedem Fall scheint im Vergleich zur Körper- oder Gestaltungstherapie der Entfaltung auch negativer Impulse mehr Spielraum gegeben zu werden. Die positiv-zugeneigten und verstrickten Gefühle in den erlebnisorientierten Verfahren sind möglicherweise auf die weniger konfrontative und mehr schützende, behütende Situation dieser Therapieverfahren zurückzuführen.

Sind diese Ergebnisse einerseits therapiebedingt plausibel, so unterstreichen sie andererseits auch die wertvolle Ergänzung dieser unterschiedlichen therapeutischen Herangehensweisen. Das Zusammenspiel beider Methoden gilt als besonderes Merkmal des stationären Therapierahmens.

Bei der Betrachtung der Gegenübertragungsreaktionen der einzelnen Therapieverfahren im Detail fällt auf, dass in der Körpertherapie sehr ausgeprägte verstrickte und sehr geringe aggressiv-resignative Gegenübertragungsgefühle entstehen. Dies hängt wahrscheinlich mit der beschützenden Umgebung und der ausgeprägten eigenen Körpererfahrung zusammen. Durch sie werden regressive Elemente auf die Zeit im Mutterleib erlebt. Es scheint ebenfalls gut erklärbar, dass in der Gruppentherapie die geringste protektiv-elterliche und positiv-zugeneigte Gegenübertragung wahrgenommen wird. Wie Moeller (1996) feststellte, bestehen in der Gruppensituation eine Vielzahl unterschiedlicher Gegenübertragungen (siehe 2.3.), die vom Gruppenanalytiker integriert werden müssen. Es versteht sich von selbst, dass dabei auch in größerem Maße Konflikte zwischen den verschiedenen Gegenübertragungstrebungen auftreten. Der Analytiker steht unter einer ständig anhaltenden Spannung, die nur schwer auszuhalten ist und kann möglicherweise deshalb positive Gefühle im Kontrast weniger ausgeprägt wahrnehmen.

### **6.3. Gegenübertragung und Beziehungsgestaltung der Patienten**

Aus der Korrelation der Gegenübertragungsfaktoren mit dem Helping Alliance Questionnaire ergibt sich die seltsam anmutende Tatsache, dass die Zufriedenheit des Patienten mit der therapeutischen Beziehung zum Einzeltherapeuten nur mit dem Ausmaß von aggressiv-resignativer Gegenübertragung beim Therapeuten zusammenhängt (s. 5.4.1.). Das heißt, hohe positiv-zugeneigte oder protektiv-elterliche Gegenübertragung beim Therapeuten scheinen nicht mit einer zufriedenstellenden Beziehung des Patienten zum Therapeuten zusammenzuhängen. Vielmehr weist geringe aggressiv-resignative Gegenübertragung auf eine gute Beziehung hin. Diese Ergebnisse betonen die Bedeutung der Bearbeitung aggressiv-resignativer Gegenübertragungsgefühle im therapeutischen Team, da solche eine gute Beziehung zu gefährden scheinen. Folglich ist es deshalb weitaus weniger wichtig, eine positive Beziehung zum Patienten aufzubauen, als eine negativ geprägte Beziehung zu verhindern. Erfahrungsgemäß profitieren Patienten, die

ihren Therapeuten libidinös besetzen und die von ihrem Therapeuten oder zumindest von einem Teil seines Ichs „zurückgeliebt“ werden, am besten von Psychotherapie. Obgleich es natürlich übertrieben wäre, die ideale therapeutische Beziehung mit einer Liebesbeziehung zu vergleichen, so wird in dieser Studie doch zumindest bestätigt, dass die Abwesenheit negativer Gefühle einen positiven Effekt hat.

Die Patienten, die mit dem Erfolg der Therapie zufrieden sind, induzieren bei den Therapeuten geringe ängstliche, überwältigt-verängstigte, aggressiv-resignative und beschützende Gegenübertragungsgefühle und -impulse (s. 5.4.1.). Überraschenderweise weisen ausgeprägte protektiv-elterliche Gegenübertragungsgefühle eher auf einen unzufriedenen Patienten hin. Auch Überwältigung und Ängstlichkeit spielen auf der Beziehungsebene eine bedeutende Rolle: Die Erfolgszufriedenheit beim Patienten ist umso größer, je geringer die überwältigte/ängstliche Gegenübertragung beim Einzeltherapeuten, aber auch bei allen anderen Therapeuten ausgeprägt ist. Demnach beeinflussen vielleicht verängstigte/überwältigte Therapeuten den Patienten negativ. Damit kann die Aussage von Yulis und Kiesler (1968) bestätigt werden, die feststellten, dass weniger ängstliche Therapeuten stärker in den Therapieprozess integriert sind und somit dem Patienten besser helfen können.

Auch die Auswertung des IIP unterstreicht die Bedeutung der Überwältigung/Ängstlichkeit in der Gegenübertragung. Je ausgeprägter der IIP-Wert des Patienten und somit seine interpersonellen Probleme, desto stärker nehmen Therapeuten in der Gegenübertragung Überwältigung und Ängstlichkeit wahr. In dieser Beziehung bietet sich der CTQ-D als Messinstrument für mögliche, bestehende, interpersonelle Probleme beim Patienten besonders an. Auch bezogen auf die zwischenmenschliche Kommunikation im Allgemeinen ist dieser Befund aussagekräftig: Menschen entwickeln dann größere Angst und Überwältigung als Reaktion auf einen Mitmenschen, wenn dieser Schwierigkeiten damit hat, beständige Beziehungen aufzubauen. Diese Angst ist unbewusst oder zumindest ungerichtet und nicht eindeutig einem Gegenüber zuzuordnen, sodass eher ein allgemeines,

befremdliches Gefühl resultiert. Die Aussage, der im medizinischen Alltag vom Pflegepersonal häufig verwendet wird „Der Patient ist irgendwie komisch“ könnte ein wichtiger Hinweis darauf sein. Das resultierende Gefühl erschwert jedoch sicherlich wiederum die Annäherung zwischen zwei Personen und belastet die Beziehungsgestaltung Betroffener nachhaltig.

Anhand der IIP-Subskalen lässt sich die Gegenübertragung anschaulich darstellen: Aggressiv-resignative Gegenübertragung wird bei Patienten wahrgenommen, die hohe Werte auf den Subskalen „abweisend/kalt“, „streitsüchtig/konkurrierend“ und „introvertiert/sozial vermeidend“ erreichen. Die Ursache der aggressiv-resignativen Gegenübertragung kann in diesem Falle eine konkordante Identifikation mit dem Ich des Patienten bedeuten. Bei der hohen desinteressierten Gegenübertragung in Bezug auf diese Patienten könnte es sich im Gegensatz dazu um die komplementäre Identifikation mit einem inneren Objekt des Patienten handeln, von dem der Patient sich abgelehnt fühlt. Patienten, die hohe Werte auf der IIP-Subskala „introvertiert/sozial vermeidend“ erreichen, rufen beim Therapeuten ausgeprägte protektive Gegenübertragungsgefühle hervor. Dabei kann es sich ebenfalls um eine komplementäre Identifikation handeln. Auffällig ist außerdem, dass bei Patienten, die sich selbst als „ausnutzbar/nachgiebig“ erleben, kein Zusammenhang mit der Gegenübertragung bei den Therapeuten besteht. Das lässt sich wiederum als ein Hinweis auf einen Gegenübertragungswiderstand oder eine Gegenübertragungsneurose des Therapeuten (Racker 2002) verstehen, durch den das Erleben von Gegenübertragungsgefühlen beim Therapeuten verhindert wird – wie es beispielsweise bei depressiven Patienten erlebt werden kann.

#### **6.4. Gegenübertragungserleben und Therapieerfolg**

Wir konnten die Ergebnisse von Mang (1990), Faller (1999) und Rossberg (2010) bestätigen. Sie alle stellten fest, dass eine hohe Symptombelastung der Patienten mit ausgeprägter aggressiv-resignativer Gegenübertragung einhergeht. Darüber hinaus fanden wir heraus, dass auch desinteressierte

---

Gegenübertragung, sowie Überwältigung/Angst mit dem Therapieerfolg gegensätzlich verknüpft sind. Niedrige Belastung der Patienten geht mit hoher positiver Gegenübertragung der Therapeuten einher.

Diese Zusammenhänge betonen abermals die Bedeutung, die den Teamsitzungen und den Supervisionen zukommen sollte. Deren Ziel sollte es sein, die negativen Gegenübertragungsgefühle frühzeitig zu erkennen, weit möglichst zu integrieren und aufzulösen. Neben der Strukturierung, Integration und Abgrenzung in der Supervision und Teamsitzung könnte es möglich sein, bestimmte einheitliche Gegenübertragungsreaktionen nicht nur zu erkennen und damit die abstinente Haltung wiederherzustellen, sondern sie nach dem gemeinsamen Durcharbeiten den Patienten in kleinen Einheiten zurückzugeben. So könnte das therapeutische Team einheitlicher funktionieren, wenn der Patient von mehreren Therapeuten in unterschiedlichen Situationen eine ähnliche, deutende Mitteilung bekommt.

Den besten Hinweis auf eine erfolgreiche Therapie bieten anhand der Gegenübertragungsreaktionen die Gruppengesprächs- und Körpertherapie. Die Zusammenhänge zwischen der Gegenübertragung der Einzeltherapeuten und dem Therapieerfolg sind weniger stark ausgeprägt. Das ist auf den ersten Blick fragwürdig, da gerade der Einzelgesprächstherapie im Rahmen der stationären Behandlung eine zentrale Bedeutung beigemessen wird. Möglicherweise sind jedoch die Prozesse, die in den Gruppen, also im Gefüge der Beziehungen zu Mitpatienten und Therapeutenteam bestehen, bedeutsamer für die Genesung. In den Gruppentherapien spiegeln sich die Konflikte wieder, die während des gesamten Aufenthalts im Stationsrahmen bestehen. Die Gegenübertragung bei den Gestaltungstherapeuten hat den geringsten Einfluss auf den Therapieerfolg. Das erklärt sich als schlüssige Folgerung aus den von Janssen (1998) definierten Rahmenbedingungen der stationären psychosomatischen Therapie: Die Bedeutung der Gestaltungstherapie solle sich darauf beschränken, die „kreativen Ich-Aktivitäten“ des Patienten zur „symbolischen Vergegenständlichung in nicht-sprachlicher Ausdrucksform“ anzuregen (Janssen 1998).

Wir fanden heraus, dass die Gegenübertragung zu Beginn der Therapie eine gute Vorhersage der Entwicklung des Patienten im Verlauf gestattet, wodurch die Ergebnisse von Rossberg (2010) bestätigt werden konnten. Mit dem Ausfüllen eines CTQ-Fragebogens in der ersten Woche einer stationären Psychotherapie lässt sich eine Aussage darüber treffen, wie sich der GSI-Wert und damit die Belastung des Patienten im Verlauf der Therapie entwickelt. Es erklärt sich von selbst, dass wiederum die aggressiv-resignative und desinteressierte Gegenübertragung mit einer schlechten Entwicklung verknüpft sind.

Es ist überraschend, dass eine hohe „verstrickte“ Gegenübertragung der beste Hinweis für einen guten Verlauf ist. Dieser Faktor drückt eine starke Sympathie für den Patienten aus, man „offenbart seine Gefühle diesen Patienten eher als Anderen“ (Item 71), möchte „mit dem Patienten befreundet sein“ (Item 7, CTQ-D). Wahrscheinlich sind diese Patienten eher dazu fähig, eine stabile Beziehung zu dem Therapeuten aufzubauen, den Therapeuten für sich einzunehmen und ein positives Objekt auf ihn zu übertragen. Dies kann den Therapeuten bekanntermaßen zu einem größeren emotionalen Engagement veranlassen. Und das wiederum hat einen günstigen Einfluss auf die Beziehungsgestaltung und das Beziehungserleben.

Insgesamt unterstreicht der deutliche Zusammenhang von Therapieerfolg und Gegenübertragung den Teil des Wirkfaktors therapeutische Beziehung, der wesentlich durch den Therapeuten beeinflusst wird. Eine rechtzeitige Wahrnehmung der Schwierigkeiten, die sich auch in der Gegenübertragung manifestieren, die Analyse, Auflösung und Integration der negativen Gegenübertragungsreaktionen begünstigt den Therapieverlauf.

## **6.5. Gegenübertragung und Diagnosen**

Obwohl wenig empirische Literatur zur Gegenübertragung vorhanden ist, beschäftigen sich doch einige Autoren mit der Gegenübertragung bei verschiedenen Diagnosen. Grundsätzlich konnten die Erfahrungen von Brody



und Farber (1996) und Körner (1988) bestätigt werden. So haben auch wir gefunden, dass es grundsätzliche Unterschiede im Gegenübertragungserleben von Patienten mit unterschiedlichen Diagnosen gibt.

Die Arbeiten von McIntyre und Schwartz (1998), Rossberg (2007, 2008, 2010), Burket und Schramm (1995) und Satir (2009) konnten ebenfalls in weiten Teilen bestätigt werden. Wir konnten ebenso wie McIntyre und Schwarz feststellen, dass Patienten mit Borderlinestörung und Depression sich im Gegenübertragungserleben voneinander unterscheiden. Patienten mit einer Borderlinestörung rufen laut McIntyre und Schwartz eine umfassendere Dominanz und Feindseligkeit hervor. Dahingegen rufen Patienten mit einer Depression stärkere Gefühle der Unterwürfigkeit und Freundlichkeit hervor. Wir konnten diese Ergebnisse bestätigen, da wir herausfanden, dass Patienten mit einer Persönlichkeitsstörung (in unserem Fall litten nahezu alle Patienten mit einer Persönlichkeitsstörung an einer Borderlinestörung) eine höhere aggressiv-resignative, überwältigt-verängstigte und desinteressierte Gegenübertragung hervorrufen als Patienten mit einer affektiven Störung (in unserem Fall hatten alle Patienten mit einer affektiven Störung eine Erkrankung aus dem leichten und mittelschweren depressiven Feld). Patienten mit einer affektiven Störung rufen eher positive Gegenübertragungsreaktionen hervor (vgl. 6.6.1.).

Katsuki (2006) stellte fest, dass sich „Verwicklung“ am deutlichsten in der Gegenübertragung mehrerer Patienten mit verschiedenen Diagnosen unterscheidet. In dieser Studie unterscheidet sich jedoch die aggressiv-resignative Gegenübertragung zwischen Patienten mit unterschiedlicher Diagnose am deutlichsten, wobei wir herausfanden, dass der Faktor „verstrickt“ (der am ehesten der Verwicklung bei Katsuki entspricht), an anderer Stelle eine besondere Bedeutung zukommt (Prediktor für Therapieerfolg, s. 6.4.).

Ein Augenmerk sollte zukünftig auf die Behandlung somatoformer Störungen gelegt werden. Diese Patienten rufen ebenso wie Patienten mit Persönlichkeitsstörung eine Kombination von Gegenübertragungsreaktionen hervor, die am ehesten mit schlechtem Therapieerfolg assoziiert ist. Wir fanden heraus, dass diese Patienten eine ausgeprägte überwältigt-verängstigte und

geringe positiv-zugeneigte Gegenübertragung erzeugen. Das bestätigt die klinische Erfahrung. Dort werden diese Patienten oft als unangenehm, anstrengend und schwierig erlebt. Aus diesem Grund sollte besonderer Wert auf die Bearbeitung der Übertragung und der Konflikte dieser Patienten gelegt werden.

Überraschenderweise stellten wir fest, dass Patienten mit einer isolierten Essstörung ohne eine komorbide Persönlichkeitsstörung die höchste positiv-zugeneigte und geringste aggressiv-resignative Gegenübertragung bei den Therapeuten hervorrufen. Ein Grund dafür, dass essgestörte Patienten als schwierig gelten, könnte tatsächlich die häufige komorbide Persönlichkeitsstörung sein. Folglich könnte bei den Patienten mit Essstörung und entsprechender Komorbidität größeres Augenmerk auf die Behandlung der Persönlichkeitsstörung und die Förderung der entsprechenden, verkümmerten Persönlichkeitsanteile gelegt werden.

## **6.6. Non-Responder**

Besondere Aufmerksamkeit verdienen die Non-Responder, also Patienten die sich im Verlauf der Therapie nicht verbessern oder sogar verschlechtern (GSI steigt an). Sie weisen zu Beginn der Therapie häufig einen geringen GSI auf. Ob diese Patienten sich zu Therapiebeginn selbst besser beurteilen, als sie sich tatsächlich fühlen, lässt sich nur vermuten. Fest steht, dass eine bestimmte Konstellation von Merkmalen die Wahrscheinlichkeit erhöht, die Therapie nicht erfolgreich abzuschließen. Deshalb sollte auf eine solche Zusammensetzung im klinischen Alltag besonders geachtet werden: Häufig finden sich Patienten mit einer somatoformen Störung. Dies bestätigt die Befunde aus dem Vergleich der einzelnen Diagnosegruppen. Die Nicht-erfolgreichen Patienten weisen zu Beginn eine geringe positiv-zugeneigte und verstrickte, dafür hohe desinteressierte Gegenübertragung auf. Am Ende der Therapie liegt deren Zufriedenheit mit dem Therapieergebnis und der therapeutischen Beziehung (HAQ) verständlicherweise deutlich unter dem Schnitt.

Ich möchte an dieser Stelle die Bedeutung des Faktors 5 „desinteressierte“ GÜ noch einmal betonen. Häufig ist es eben nicht oder zumindest nicht nur die reine Abneigung bzw. „negative“ Gegenübertragung, die einen Hinweis auf eine schlechte Entwicklung geben, sondern auch besonders das Desinteresse, das möglicherweise während Therapiesitzungen ausgeblendet, anderen Ursachen zugeschrieben oder gar nicht bemerkt wird und so unzureichend analytisch bearbeitet wird.

## 6.7. Einschränkungen

Im Verlauf der Durchführung und Auswertung fielen einige Einschränkungen auf, die in zukünftigen Studien besser gelöst werden könnten:

a) Therapeuten: Der Einfluss der Persönlichkeit des Therapeuten auf das Gegenübertragungserleben darf nicht unterschätzt werden. So konnte König (2010) die Bedeutsamkeit der Persönlichkeit des Therapeuten für sein Gegenübertragungserleben beeindruckend darlegen. In der Vorgängerstudie von Westen et al. (2005) füllte jeder Therapeut einen einzigen CTQ-Fragebogen für einen Patienten aus. Dadurch wurde sichergestellt, dass der Therapeuteneinfluss bei der Auswertung möglichst gering blieb. In unserem Fall konnte dieses Vorgehen jedoch nicht angewandt werden. Die Umstände verlangten, dass jeder Patient mehrfach von unterschiedlichen Therapeuten beurteilt wurde. Außerdem beurteilten alle Therapeuten eine Vielzahl von Patienten. Dies hatte zwar zur Folge, dass wir bei der Auswertung auf eine sehr große Menge an Fragebögen (ca. 1200) zurückgreifen konnten, allerdings verursacht dieses Vorgehen möglicherweise auch die Gefahr von Messfehlern. So bleibt in dieser Studie ungewiss, in welchem Ausmaß die Persönlichkeiten der Therapeuten die Ergebnisse beeinflusst haben. Die Zusammensetzung der Items in den einzelnen Faktoren wirkt zwar inhaltlich schlüssiger als bei Westen, was möglicherweise auf die im Verlauf ansteigende Erfahrung der Therapeuten beim Ausfüllen des Fragebogens zurückzuführen ist, allerdings sollte in folgenden Studien idealerweise die Anzahl der Therapeuten bei möglichst großer Studienpopulation ebenfalls möglichst groß sein.

---

Auch der Frage, welchen grundsätzlichen Anteil die Persönlichkeit und eigene, ungelöste Konflikte der Therapeuten zu den gemessenen Gegenübertragungsreaktionen beisteuern, konnte in diesem Rahmen nicht ausreichend geklärt werden. Es wäre wünschenswert, Holmqvist (2001) folgend, den bei einem Therapeuten von Patient zu Patient stabil bleibenden Anteil der Gegenübertragung weitergehend zu analysieren.

b) Korrelationen: Da zur Analyse dieser Menge an Daten immer wieder Korrelationen gerechnet wurden, liegt es durchaus im Rahmen des Möglichen, dass sich an der ein- oder anderen Stelle Zufallsbefunde ergeben haben. Aufdeckung möglicher Scheinkorrelationen und weitere Analyse der Zusammenhänge und der Ursache-Wirkungsketten könnte beispielsweise durch den Einsatz von Regressionsanalysen möglich werden.

c) Abbrecher: In dieser Studie sind keine Daten von Therapieabbrechern enthalten, da als Einschlusskriterium eine Mindestaufenthaltsdauer von vier Wochen galt. Der Grund dafür war die Absicht, jeden an der Studie beteiligten Patienten zu zwei Zeitpunkten, zu Therapiebeginn und zum Therapieende, zu beurteilen, um den Verlauf aller Patienten beurteilen zu können. Gerade aber zur Analyse ungünstiger Gegenübertragungsmuster scheint es sinnvoll, ein besonderes Augenmerk auf Therapieabbrecher zu legen und typische Übertragungs- und Gegenübertragungsmuster im Therapeutenteam zu eruieren.

d) Stichprobengröße: Weitere Studien mit einer größeren Stichprobe könnten eine genauere Differenzierung der Gegenübertragungsreaktionen auf unterschiedliche Krankheitsgruppen und unter Umständen auch ein Herausarbeiten krankheitsspezifischer Gegenübertragungsreaktionen und Gegenübertragungsmuster ermöglichen (vgl. Stirn & Hartkamp 2004). Beispielsweise konnte Peichl (2000) anhand von Fallvignetten wertvolle Hinweise zum Gegenübertragungsgeschehen in der Behandlung traumatisierter Patienten geben, die den Therapeuten behandlungstechnisch in besonderer Weise herausfordern und Verstrickungen provozieren.

## 6.8. Zukünftige Forschung

Diese Studie könnte als Pilotstudie im Rahmen umfassender Grundlagenforschung auf dem Sektor der psychoanalytischen, empirischen Forschung dienen. Sie bietet eine Fülle von Angriffsmöglichkeiten, um detailliertere Erkenntnisse über Patient-Therapeut Interaktion und Kommunikation aber auch zwischenmenschlicher Kommunikation zu gewinnen. Janssen (1998) spricht z.B. in seinen Arbeiten wiederholt von Gegenübertragungsmustern, die im stationären Umfeld durch die Patienten erzeugt werden. Dabei scheint es sehr verlockend, herauszufinden, ob es möglich ist, eine wie auch immer geartete Spaltung zwischen Gegenübertragungsreaktionen unterschiedlicher Teammitglieder zu erfassen. Aus der praktisch-klinischen Arbeit ist nur allzu gut bekannt, dass es relativ häufig zu gegensätzlichen Einschätzungen ein- und desselben Patienten von unterschiedlichen Personen aus dem therapeutischen und pflegerischen Umfeld kommt. Aus dem klinischen Alltag ist nur allzu gut bekannt, dass Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörung die Gruppe spalten. Es sollte jedoch auch wissenschaftlich möglich sein, die gespaltenen Gegenübertragungsreaktionen bestimmten Persönlichkeitstypen oder Krankheiten zuzuordnen.

Mit ausreichend großer Studienpopulation ist eine genauere Differenzierung einzelner Krankheitsgruppen möglich. Bei der Analyse der Unterschiede zwischen den Diagnosegruppen (siehe 5.6.1.) fiel auf, dass eine ganze Reihe getesteter Unterschiede in der Posthoc-Analyse einem signifikanten p-Wert entgegen strebten, diesen jedoch nicht erreichten. Außerdem bietet es sich an, die Persönlichkeitsstörungen und somatoformen Störungen weiter aufzuschlüsseln, um mögliche, besonders gefährdete Untergruppen herauszufiltern.

### **6.9. Bedeutung für die Ausbildung**

Der CTQ-D ist nicht nur als reines Forschungsinstrument konzipiert. Er ist in einfacher Sprache gehalten, damit er von allen Personen des Personals einer therapeutischen Einrichtung verstanden und ausgefüllt werden kann. Der Fragebogen kann besonders in der Ausbildung von psychologischen Psychotherapeuten und psychiatrischen und psychosomatischen Fachärzten sinnvoll eingesetzt werden. Er bietet die Möglichkeit für unerfahrene Therapeuten, eigene erlebte emotionale Reaktionen zu rekapitulieren, sich über eigene Gegenübertragungsreaktionen und Muster klarer zu werden und dabei die Analyse und Verarbeitung der Gegenübertragung zu strukturieren. So kann die Gegenübertragung nicht nur „der beste aller Diener, aber der schlechteste aller Herren“ (Segal 1997) sein, sondern wird auch zum wesentlichen Faktor für eine gelingende Psychotherapie.

### **6.10. Bedeutung für die klinische Praxis**

Die Ergebnisse dieser Studie unterstreichen in vielfacher Weise, wie wichtig die Klärung der im Team auftretenden Gegenübertragungsgefühle, -impulse und -konflikte ist. Um diesen Vorgang zu vereinfachen, ist es durchaus vorstellbar, jeden neu aufgenommenen Patienten durch einen Teil der Therapeuten anhand von deren Gegenübertragungsreaktionen beurteilen zu lassen. So könnte schon früh ein Augenmerk auf problematische Patienten gerichtet werden. Durch die frühe Erkennung dieser Patienten könnte verfestigenden negativen Einstellungen gegenüber einzelnen Patienten effektiv entgegengewirkt werden. So empfehlen sich hochfrequente Teambesprechungen und Supervisionen aller Teammitglieder, um eigene Gefühle und Handlungsimpulse in ausreichendem Maß zu rekapitulieren. Auch das ständige Hinterfragen der Intentionen getroffener Entscheidungen gehört zu diesem Vorgehen und verhindert das Verlegen oder die Benachteiligung unliebsamer Patienten.

Zusammenfassend betrachtet konnten viele der bisher vorhandenen empirischen Forschungsergebnisse zur Gegenübertragung bestätigt werden

und erstmals die Besonderheiten der Gegenübertragung für den stationären Therapierahmen weitergehend analysiert werden. Die deutsche Version des Countertransference Questionnaire erweist sich als hilfreiches Instrument, das zwar Potential für eine Weiterentwicklung hat, aber jetzt schon als hilfreiches Instrument sowohl im klinischen Alltag als auch in der Psychotherapie-Forschung dienen kann. Die Studie unterstreicht vor allem die Bedeutung der psychodynamischen Therapie- und Behandlungskonzepte, deren wesentliches Element in der therapeutischen Beziehung liegt, welche in weiten Teilen von Übertragungs- und Gegenübertragungsprozessen bestimmt wird.

## 7. Zusammenfassung

Die Gegenübertragung hat sich mittlerweile zu einem der wichtigsten Instrumente der stationären psychosomatischen Therapie entwickelt. Ihr kommt in der psychodynamischen Psychotherapie für das Verständnis der unbewussten Konflikte und für den damit zusammenhängenden Behandlungserfolg eine zentrale Funktion zu. Dies gilt für die Einzeltherapie, aber auch für die integrative stationäre psychodynamische Therapie und deren „Herzstück“ (Janssen 2004) - das multiprofessionelle Team. Die Ziele der Arbeit bestehen - abgesehen von der Beschreibung der Faktorenstruktur und Reliabilität des Gegenübertragungsfragebogens - darin, herauszufinden, ob sich a) die Gegenübertragung in unterschiedlichen Therapieverfahren unterscheidet, b) in welcher Weise die Gegenübertragung mit dem Beziehungserleben und der Beziehungsgestaltung des Patienten zusammenhängt, c) ob die Gegenübertragung mit der Belastung des Patienten zusammenhängt und d) ob sich die Gegenübertragung abhängig von der Diagnose unterscheidet.

**Methode:** Dazu wurde mithilfe des Gegenübertragungsfragebogens (CTQ-D) die Gegenübertragung von 137 Patienten durch mehrere Therapeuten (Ärzte, Psychologen und Pflegekräfte) aus zwei psychosomatischen Kliniken zu Therapiebeginn und zum Therapieende erhoben. Insgesamt flossen 1131 Fragebögen in die Auswertung mit ein. Die Faktorenanalyse des CTQ-D ergab eine Lösung mit sieben statistisch und klinisch kohärenten Faktoren: 1) aggressiv-resignative GÜ, 2) positiv-zugeneigte GÜ, 3) überwältigt-verängstigte GÜ, 4) protektiv-elterliche GÜ, 5) desinteressierte GÜ, 6) verstrickte GÜ und 7) sexualisierte GÜ. Die Patienten füllten die Symptomcheckliste (SCL-90R), den Helping Alliance Questionnaire (HAQ), das Inventar zur Erfassung interpersonaler Probleme (IIP) und den Fragebogen zur Erhebung von Persönlichkeitsstörungen (ADP-IV) zu Beginn und zum Ende der Therapie aus.

**Ergebnisse:** Es konnten einige spezifische und signifikante Zusammenhänge zwischen der Gegenübertragung der Therapeuten und den Selbstbeurteilungsinstrumenten der Patienten nachgewiesen werden: a) Konfliktorientierte Therapieverfahren (Gesprächstherapien) erzeugen bei den Therapeuten höhere aggressiv-resignative Gegenübertragung,



erlebnisorientierte Therapieverfahren (Körpertherapie und Gestaltungstherapie) rufen höhere positiv-zugeneigte, protektiv-elterliche und verstrickte Gegenübertragung hervor. b) Die Beziehungszufriedenheit der Patienten ist umso größer, je geringer die aggressiv-resignative Gegenübertragung von den Therapeuten wahrgenommen wird und die Therapiezufriedenheit ist umso größer, je geringer die aggressiv-resignative, überwältigt-verängstigte und protektiv-elterliche Gegenübertragung ausgeprägt ist. Ein hoher IIP-Wert bei den Patienten hängt mit dem Erleben von überwältigt-verängstigter Gegenübertragung zusammen. c) Patienten mit hohem GSI rufen bei den Therapeuten hohe aggressiv-resignative, überwältigt-verängstigte, desinteressierte und geringe positiv-zugeneigte Gegenübertragung hervor. Verstrickte, positiv-zugeneigte und sexualisierte Gegenübertragung hängen mit einem guten Therapieverlauf zusammen, aggressiv-resignative und desinteressierte Gegenübertragung deuten auf eine schlechte Entwicklung im Verlauf hin. d) Die höchsten Werte der aggressiv-resignativen, überwältigt-verängstigten und protektiv-elterlichen GÜ und die geringste positiv-zugeneigte GÜ wird bei der Gruppe der Persönlichkeitsstörungen wahrgenommen. Den höchsten Wert der positiv-zugeneigten und der verstrickten GÜ erreicht die Gruppe der Essstörungen. Somatoforme Störungen rufen in den Therapeuten ein hohes Maß an Desinteresse hervor. Die Gruppe der affektiven Störungen erzeugt bei den Therapeuten in allen Dimensionen geringe Gegenübertragungsgefühle.

**Folgerung:** Die Ergebnisse verdeutlichen, dass die Gegenübertragung ein aussagekräftiges Instrument zur Beurteilung der Beziehungsgestaltung, der Belastung und der Verlaufsbeurteilung der Patienten auf einer psychosomatischen Station darstellt. Sie betonen auch die Bedeutung der Auflösung negativer Gegenübertragungskonstellationen durch Supervisionen und Teambesprechungen im stationären Alltag. Dabei bedürfen schwierige Patienten, beispielsweise mit somatoformer Störung oder Persönlichkeitsstörung besonderer Aufmerksamkeit. Dem CTQ-D kann neben dem Einsatz als wissenschaftlichem Instrument im Rahmen der Ausbildung und im klinischen Alltag zur Vorhersage des Therapieverlaufs umfassende Bedeutung zukommen.

## 8. Summary

Countertransference has since developed to a very important tool in inpatient psychosomatic treatment. It has gained in importance for the understanding of unconscious conflicts and related treatment outcome in psychodynamic psychotherapy as well. That is both for single therapy and for integrative psychodynamic therapy with the “core” (Janssen 2004) of multiprofessional team. The aim of this study was apart from providing data on the reliability and factor structure of the countertransference questionnaire, to assess, a) if countertransference differs between diverse types of therapy, b) in which usual manner countertransference is connected to the experience and configuration of the patients relationships, c) if countertransference is associated to patients exposure and d) if countertransference depends on various diagnoses.

**Method:** The Countertransference Questionnaire, German version (CTQ-D) is a translation from the CTQ, provided by Drew Westen et al., Emory University, Atlanta, USA. The Countertransference of a sample of 137 patients was measured by several therapists (physicians, psychologists and nursing staff) by the CTQ-D on admission and discharge. A total number of 1131 questionnaires were filled in. Factor analysis of CTQ-D yielded seven statistically and clinically coherent factors: 1) aggressive/resigning, 2) positive, 3) overwhelmed, 4) protective, 5) indifferent, 6) overinvolved, 7) sexualized. Patients completed Checklist-90 Revised (SCL 90R), Helping Alliance Questionnaire (HAQ), Inventory of Interpersonal Problems (IIP) and the Assessment of DSM-IV Personality Disorders (ADP-IV) on admission and discharge.

**Results:** The study revealed several specific and significant correlations between the therapists' countertransference reactions and the patients' self-reporting tools: a) Conflict orientated treatment procedures (conversational therapy) induce higher levels of aggressive/resigning CT in therapists, experience orientated treatment procedures (body work and art therapy) induce higher positive, protective and overinvolved countertransference feelings. b) We found a negative correlation between higher patients' marital satisfaction and negative countertransference reactions and another negative correlation between higher patients' outcome satisfaction and therapists feeling negative, overwhelmed and protective. A higher IIP-rating in patients sticks together with

therapists feeling overwhelmed. c) Patients with high GSI (Global severity index) induce distinctive feelings of being negative, overwhelmed, indifferent in therapists, and less feelings of being positive. Symptom change was positively correlated with overinvolved, positive and sexualized countertransference reactions and negatively correlated with negative and indifferent feelings. d) Maximum values of therapists feeling negative, overwhelmed and protective and minimum values of therapists feeling positive are counted in patients with personality disorders. Patients who suffer from eating disorders created highest levels of positive and overinvolved feelings in therapists. Patients with somatoform disorder induced distinctive feelings of indifference as well. Patients with affective disorder didn't even induce high countertransference feelings at all.

**Conclusion:** These findings make clear that countertransference is a significant tool to assess shaping of patients relationship, patients liability and proceeding in inpatient psychosomatic treatment. The findings point out the importance of resolving negative countertransference constellations by discussing them in supervisions and team-meetings. Patients with somatoform disorder and personality disorder should hence be reviewed constantly. The CTQ-D Questionnaire could either be used in research or in education and daily routine e.g. to predict symptom change in patients.

## 9. Literaturverzeichnis

- Ackermann H. BiAS für Windows. <http://www.bias-online.de/> (24.06.2011)
- Ackermann H. BIAS für Windows: Biometrische Analyse von Stichproben. Version 9.06: epsilon Verlag; 2010
- American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders IV (DSM IV). <http://www.behavenet.com/capsules/disorders/dsm4TRclassification.htm> (24.06.2011)
- Argelander H. Die szenische Funktion des Ichs und ihr Anteil an der Symptom- und Charakterbildung. Psyche; 1970: 325-345
- Balint M, Balint A. Therapeutische Aspekte der Regression. Die Theorie der Grundstörung. 1. Aufl. Reinbeck: Rowolth; 1968
- Bassler M et al. Der "Helping Alliance Questionnaire" (HAQ) von Luborsky: Möglichkeiten zur Evaluation des therapeutischen Prozesses von stationärer Psychotherapie. Psychotherapeut; 1995: 23-32
- Baur N. Datenanalyse mit SPSS für Fortgeschrittene: Ein Arbeitsbuch. 2., überarb. u. erw. Aufl. Wiesbaden: VS Verl. für Sozialwiss.; 2008
- Becker P, Mohr A. Psychometrische Argumente für die Verwendung unitransformierter Skalenwerte im Inventar zur Erfassung interpersonaler Probleme (IIP-D). Z Klin Psychol Psychother; 2005: 205-214
- Beckmann D. Der Analytiker und sein Patient: Untersuchungen zur Übertragung und Gegenübertragung. 1. Aufl. Bern [u.a.]: Huber; 1974
- Berman L. Countertransferences and attitudes of the analyst in the therapeutic process. Psychiatry: Journal for the Study of Interpersonal Processes; 1949: 159-166
- Betan E et al. Countertransference phenomena and personality pathology in clinical practice: an empirical investigation. Am J Psychiatry; 2005: 890-898
- Bettighofer S. Übertragung und Gegenübertragung im therapeutischen Prozess. 4., überarb. u. erw. Aufl. Stuttgart: Kohlhammer; 2000
- Bortz J. Statistik für Human- und Sozialwissenschaftler. 6., vollst. überarb. u. aktual. Aufl. Heidelberg: Springer; 2005
- Brody EM, Farber BA. The Effects of Therapist Experience and Patient Diagnosis on Countertransference. Psychotherapy; 1996: 372-380

- Burket RC, Schramm LL. Therapists' attitudes about treating patients with eating disorders. *South Med J*; 1995: 813-818
- Conover WJ. *Practical nonparametric statistics*. 3. Aufl. New York: Wiley; 1999
- Cutler RL. Countertransference effects in psychotherapy. *J Consult Psychol*; 1958: 349-356
- Doering S et al. Validierung der deutschen Version des Fragebogens zur Erfassung von DSM-IV Persönlichkeitsstörungen (ADP-IV). *Z Psychosom Med Psychother*; 2007: 111-128
- Eizirik CL et al. Observing countertransference in brief dynamic psychotherapy. *Psychother Psychosom*; 1991: 174-181
- Epstein L, Feiner AH (eds). *Countertransference. The Therapist's Contribution to the Therapeutic Situation*. 2. Aufl. New Jersey: Jason Aronson Inc.; 1993
- Ermann M. Gegenübertragung. In: Mertens W, Waldvogel B. *Handbuch psychoanalytischer Grundbegriffe*. 2. Aufl. Stuttgart: Kohlhammer Verlag; 2008: 233-239
- Ferenczi S. *Hysterie und Pathoneurosen*. 1. Aufl. Leipzig, Wien: Int Psychoanal Verlag; 1919
- Ferenczi S. Technische Schwierigkeiten einer Hysterieanalyse. In: Ferenczi S. *Hysterie und Pathoneurosen*. 1. Aufl. Leipzig, Wien: Int Psychoanal Verlag; 1919: 42-50
- Fiedler FE. A method of objective quantification of certain countertransference attitudes. *J Clin Psychol*; 1951: 101-107
- Foulkes SH. *Selected papers of S.H. Foulkes: psychoanalysis and group analysis*. Reprint. London: Karnac Books; 1990
- Franke GH. *Symptom-Checkliste von L. R. Derogatis: SCL-90-R; deutsche Version; Manual*. 2., vollst. überarb. u. neu normierte Aufl. Göttingen: Beltz Test; 2002
- Freud A. *Sigmund Freud: Gesammelte Werke*. 2. Aufl. London: Imago Publishing Co LTD; 1948
- Freud S. Die zukünftigen Chancen der Psychoanalytischen Therapie. In: Freud A. *Sigmund Freud*. 1. Aufl. London: Imago Publishing Co LTD; 1948: 105-115
- Freud S. Ratschläge für den Arzt bei der psychoanalytischen Behandlung. In: Freud A. *Sigmund Freud*. 1. Aufl. London: Imago Publishing Co LTD; 1948: 375-387

- Freud S, Jung CG. Briefwechsel. 1. Aufl. Frankfurt am Main: S. Fischer; 1974
- Freud S. Gesammelte Werke. 7. Aufl. Frankfurt am Main: Fischer; 2005
- Friedman M. The use of ranks to avoid the assumption of normality implicit in the analysis of variance. J Amer Stat Assoc; 1937: 675-701
- Gelso CJ et al. Countertransference management and therapy outcome: an initial evaluation. J Clin Psychol; 2002: 861-867
- Grube M. Emotionale Reaktionen von Mitarbeitern im Umgang mit aggressiven psychiatrisch Erkrankten. Psychiat Prax; 2003: 187-191
- Hayes JA, Gelso CJ. Effects of therapist-trainees' anxiety and empathy on countertransference behavior. J Clin Psychol; 1991: 284-290
- Hayes JA et al. Managing countertransference: what the experts think. Psychol Rep; 1991: 139-148
- Hayes JA et al. Managing countertransference. Psychotherapy; 2011: 88-97
- Heisterkamp G. Basales Verstehen: Handlungsdialoge in Psychotherapie und Psychoanalyse. 1. Aufl. Stuttgart: Klett-Cotta; 2002
- Heisterkamp G. „Enactments“: basale Formen des Verstehens. In: Gerlach A et al. Psychoanalyse mit und ohne Couch. 1. Aufl. Gießen: Psychosozial; 2003:
- Holmqvist R, Armelius BA. Emotional reactions to psychiatric patients. Analysis of a feeling checklist. Acta Psychiatr Scand; 1994: 204-209
- Holmqvist R, Armelius BA. The patient's contribution to the therapist's countertransference feelings. J Nerv Ment Dis; 1996: 660-666
- Holmqvist R, Armelius K. Countertransference feelings and the psychiatric staff's self-image. J Clin Psychol; 2000: 475-490
- Holmqvist R. Patterns of consistency and deviation in therapists' countertransference feelings. J Psychother Pract Res; 2001: 104-116
- Horowitz LM et al. Inventar zur Erfassung interpersonaler Probleme: Deutsche Version; Manual; IIP-D. 2., überarb. u. neu normierte Aufl. Göttingen: Beltz-Test; 2000
- Huber D et al. Langzeit-Katamnese zur Effektivität einer stationären psychodynamischen Psychotherapie. Z Psychosom Med Psychother; 2009: 189-199
- Huber D et al. Effectiveness of inpatient psychodynamic psychotherapy: a follow-up study. Z Psychosom Med Psychother; 2009: 189-199

- IBM SPSS Statistics.  
<http://www-01.ibm.com/software/de/analytics/spss/products/statistics/>  
(24.06.2011)
- Jacobs TJ. On countertransference enactments. J Am Psychoanal Assoc; 1986: 289-307
- Janssen PL. Psychoanalytisch orientierte Mal- und Musiktherapie im Rahmen stationärer Psychotherapie. Psyche; 1982: 541-570
- Janssen PL. Psychoanalytische Therapie in der Klinik. 1. Aufl. Stuttgart: Klett-Cotta; 1987
- Janssen PL et al. Struktur und Methodik der stationären Psychotherapie aus psychoanalytischer und verhaltenstherapeutischer Sicht. Psychotherapeut; 1998: 265-276
- Janssen PL. Berufsgruppen- und methodenintegrierende Teamarbeit in der stationären psychodynamischen Psychotherapie. Psychotherapeut; 2004: 217-226
- Katsuki F et al. Countertransference to psychiatric patients in a clinical setting: development of the Feeling Checklist-Japanese version. Psychiatry Clin Neurosci; 2006: 727-735
- Kernberg OF. Psychodynamische Therapie bei Borderline-Patienten. 1. Aufl. Bern [u.a.]: Huber; 1993
- Klüwer R. Agieren und Mitagieren. Psyche; 1983: 828-840
- Klüwer R. Agieren und Mitagieren - zehn Jahre später. Z psychoanal Theorie Praxis; 1995: 45-70
- Klüwer R. Fokus-Fokalthherapie-Fokalkonferenz. Psyche; 2000: 299-321
- König K. Gegenübertragung und die Persönlichkeit des Therapeuten. 1. Aufl. Frankfurt am Main: Brandes & Apsel; 2010
- Körner J. Übertragung und Gegenübertragung, eine Einheit im Widerspruch. Forum Psychoanal; 1990: 87-104
- Laplanche J, J.-B. P. Das Vokabular der Psychoanalyse. 1. Aufl. Frankfurt am Main: Suhrkamp; 1972
- Lohmer M. Übertragung und Gegenübertragung. Psychotherapeut; 2011: 98-104
- Luborsky L et al. Two helping alliance methods for predicting outcomes of psychotherapy. A counting signs vs. a global rating method. J Nerv Ment Dis; 1983: 480-491

- Luborsky L et al. Therapist success and its determinants. *Arch Gen Psychiatry*; 1985: 602-611
- McIntyre SM, Schwartz RC. Therapists' differential countertransference reactions toward clients with major depression or borderline personality disorder. *J Clin Psychol*; 1998: 923-931
- Mertens W, Waldvogel B. *Handbuch psychoanalytischer Grundbegriffe*. 2. Aufl.: Kohlhammer Verlag; 2008
- Moeller ML. Gegenübertragung in der Gruppenanalyse. In: Münster FGv. *Arbeitshefte Gruppenanalyse Heft 2/96*. 1. Aufl. Münster: Votum Verlag; 1996: 70-102
- Peabody SA, Gelso CJ. Countertransference and Empathy: The Complex Relationship Between Two Divergent Concepts in Counseling. *J Counsel Psychol*; 1982: 240-245
- Peichl J. Verstrickungen in der Übertragung und Gegenübertragung bei der Therapie von Traumapatienten. *Psychotherapeut*; 2000: 366-376
- Racker H. *Übertragung und Gegenübertragung: Studien zur psychoanalytischen Technik*. 6. Aufl. München [u.a.]: Reinhardt; 2002
- Rosenberger EW, Hayes JA. Origins, Consequences, and Management of Countertransference: A Case Study. *J Counsel Psychol*; 2002: 221-232
- Rossberg JI et al. An empirical study of countertransference reactions toward patients with personality disorders. *Compr Psychiatry*; 2007: 225-230
- Rossberg JI et al. Specific personality traits evoke different countertransference reactions: an empirical study. *J Nerv Ment Dis*; 2008: 702-708
- Rossberg JI et al. Psychiatric symptoms and countertransference feelings: an empirical investigation. *Psychiatry Res*; 2010: 191-195
- Russell PD, Snyder WU. Counselor anxiety in relation to amount of clinical experience and quality of affect demonstrated by clients. *J Consult Psychol*; 1963: 358-363
- Sachs L. *Angewandte Statistik*. 11., überarb. u. aktualis. Aufl. Berlin: Springer; 2003
- Satir DA et al. Countertransference reactions to adolescents with eating disorders: relationships to clinician and patient factors. *Int J Eat Disord*; 2009: 511-521
- Schauenburg H, Strack M. The Symptom Checklist-90-R (SCL-90-R) for presenting statistically and clinically significant psychotherapy outcome. *Psychother Psychosom Med Psychol*; 1998: 257-264



Silveira Junior EdeM et al. Can countertransference at the early stage of trauma care predict patient dropout of psychiatric treatment? Rev Bras Psiquiatr; 2011: 379-384

Stirn A, Hartkamp N. Krankheitstypische Gegenübertragungsreaktionen. Psychotherapeut; 2004: 203-212

Stolorow RD et al. Psychoanalytische Behandlung. Ein intersubjektiver Ansatz. 1. Aufl. Frankfurt: Fischer Taschenbuchverlag; 1996

Thomä H, Kächele H. Psychoanalytische Therapie. 3., überarb. u. aktualis. Aufl. Heidelberg: Springer; 2006

Thylstrup B, Hesse M. Substance abusers' personality disorders and staff members' emotional reactions. BMC psychiatry; 2008: 21-27

Tourney G et al. A study of psychotherapeutic process variables in psychoneurotic and schizophrenic patients. Am J Psychother; 1966: 112-124

Wittchen H-U et al. Persönlichkeitsstörungen; Interviewheft; SKID-II. 1. Aufl. Göttingen [u.a.]: Hogrefe; 1997

Yulis S, Kiesler DJ. Countertransference response as a function of therapist anxiety and content of patient talk. J Consult Clin Psychol; 1968: 413-419

Zittel C, Westen D. The Countertransference Questionnaire.  
<http://www.psychsystems.net/lab> (31.05.2010)

## **10. Anhang**

### **10.1. Tabellen**

**Tabelle 5-2b. Friedman Test für multiple Vergleiche zwischen Gegenübertragungsfaktoren der Einzelgesprächs- und Gruppengesprächstherapie (konfliktorientiert) bzw. Gestaltungs- und Körpertherapie (erlebnisorientiert) zum Therapiebeginn.**

GÜ -Faktoren	konfliktorientiert		erlebnisorientiert		p (Bonf.-Holm)
	M	SD	M	SD	
1 aggr-resgn	<b>2,01</b>	0,62	1,78	0,64	0,00**
2 pos-zugnt	2,47	0,70	<b>2,61</b>	0,66	0,01**
3 überw-verä	1,70	0,62	1,68	0,58	1,00
4 prot-eltl	2,39	0,70	2,44	0,65	0,23
5 desint	<b>2,11</b>	0,67	1,89	0,58	0,00**
6 verstr	1,29	0,40	<b>1,47</b>	0,52	0,01**
7 sexual	1,34	0,50	1,25	0,40	0,45

\*p<0,05; \*\*p<0,01; n=137; fett=Wert höher

**Tabelle 5-3b. Friedman Test für multiple Vergleiche zwischen Gegenübertragungsfaktoren der Einzelgesprächs- (E), Gruppengesprächs- (Gr), Gestaltungs- (Ge) und Körpertherapie (K) zum Therapiebeginn.**

GÜ -Faktoren	M (E)	SD (E)	M (Gr)	SD (Gr)	M (Ge)	SD (Ge)	M (K)	SD (K)	<i>p</i> -Werte					
									E - Gr	E - Ge	E - K	Gr - Ge	Gr - K	Ge - K
1 aggr-resgn	2,03	0,64	1,98	0,62	1,94	0,68	1,60	0,53	1,00	1,00	0,00**	0,71	0,00**	0,00**
2 pos-zugnt	2,63	0,66	2,31	0,72	2,84	0,73	2,34	0,46	0,01**	0,00**	0,01**	0,00**	1,00	0,00**
3 überw-verä	2,03	0,63	1,47	0,52	1,85	0,62	1,48	0,46	0,00**	1,00	0,00**	0,00**	1,00	0,00**
4 prot-eltl	2,60	0,67	2,16	0,66	2,66	0,70	2,20	0,48	0,00**	0,30	0,00**	0,00**	1,00	0,00**
5 desint	2,07	0,60	2,16	0,74	1,81	0,60	1,99	0,55	0,43	0,00**	1,00	0,00**	0,07	0,04*
6 verstr	1,29	0,40	1,28	0,42	1,41	0,55	1,54	0,47	1,00	0,28	0,01**	0,28	0,01**	1,00
7 sexual	1,40	0,58	1,26	0,41	1,37	0,48	1,11	0,22	1,00	1,00	0,01**	0,26	0,35	0,00**

\*p<0,05; \*\*p<0,01;n=137; fett=höchste Werte

**Tabelle 5-5b. Korrelation nach Spearman zwischen Gegenübertragungsfaktoren der Einzeltherapeuten und den Subskalen „Beziehungszufriedenheit“ bzw. „Erfolgswufriedenheit“ des Helping Alliance Questionnaire (HAQ) zum Therapieende.**

<i>GÜ -Faktoren</i>	<i>Beziehungszufriedenheit</i>		<i>Erfolgswufriedenheit</i>	
	<i>Korr</i>	<i>Sign (2-seitig)</i>	<i>Korr</i>	<i>Sign (2-seitig)</i>
1 aggr-resgn	<b>-0,18</b>	<b>0,04*</b>	-0,07	0,42
2 pos-zugnt	-0,01	0,94	0,09	0,03
3 überw-verä	-0,07	0,43	-0,13	0,14
4 prot-eltil	0,03	0,76	-0,14	0,87
5 desint	0,02	0,87	0,12	0,18
6 verstr	-0,13	0,14	0,01	0,91
7 sexual	-0,08	0,38	-0,09	0,30

\*p<0,05; \*\*p<0,01; n=137

**Tabelle 5-6b. Korrelation nach Spearman zwischen Gegenübertragungsfaktoren aller Therapien und den Subskalen „Beziehungszufriedenheit“ bzw. „Erfolgswufriedenheit“ des Helping Alliance Questionnaire (HAQ) zu Therapiebeginn.**

<i>GÜ -Faktoren</i>	<i>Beziehungszufriedenheit</i>		<i>Erfolgswufriedenheit</i>	
	<i>Korr</i>	<i>Sign(2-seitig)</i>	<i>Korr</i>	<i>Sign (2-seitig)</i>
1 aggr-resgn	<b>-0,19</b>	<b>0,04*</b>	<b>-0,19</b>	<b>0,04*</b>
2 pos-zugnt	0,01	0,89	0,14	0,11
3 überw-verä	-0,04	0,62	<b>-0,20</b>	<b>0,03*</b>
4 prot-eltl	0,00	0,97	-0,02	0,79
5 desint	0,05	0,61	0,01	0,93
6 verstr	0,01	0,94	0,06	0,51
7 sexual	-0,05	0,55	-0,11	0,24

\*p<0,05; \*\*p<0,01; n=137

**Tabelle 5-8b. Korrelation (Spearman) zwischen Gegenübertragungsfaktoren der Einzeltherapie und den Skalen des IIP (Inventar zur Erfassung interpersoneller Probleme) zu Beginn der Therapie.**

GÜ -Faktoren	IIP <sub>gesamt</sub>		IIP Subskalen							
			autokratisch/ dominant		streitsüchtig/ konkurrierend		abweisend/ kalt		Introvertiert/ sozial vermeidend	
	Korr	Sign	Korr	Sign	Korr	Sign	Korr	Sign	Korr	Sign
1 aggr-resgn	0,05	0,60	0,18	0,04*	0,17	0,05	0,15	0,09	0,19	0,03*
2 pos-zugnt	0,03	0,72	-0,04	0,69	-0,14	0,12	-0,12	0,16	-0,03	0,74
3 überw-verä	0,21	0,02	0,23	0,01**	0,22	0,01*	0,20	0,02*	0,25	0,01**
4 prot-eltil	0,15	0,08	-0,01	0,92	0,05	0,59	-0,01	0,93	0,17	0,06
5 desint	-0,04	0,69	0,02	0,81	0,03	0,71	0,05	0,60	0,12	0,18
6 verstr	0,06	0,48	0,04	0,69	-0,05	0,58	-0,10	0,27	0,03	0,72
7 sexual	-0,07	0,45	-0,06	0,49	-0,11	0,21	-0,08	0,39	-0,04	0,64

Fortsetzung Tabelle 5-8b.

GÜ -Faktoren	IIP <sub>gesamt</sub>		IIP Subskalen							
			Selbstunsicher/ unterwürfig		ausnutzbar/ nachgiebig		Fürsorglich/ freundlich		expressiv/ aufdringlich	
	Korr	Sign	Korr	Sign	Korr	Sign	Korr	Sign	Korr	Sign
1 aggr-resgn	0,05	0,60	-0,05	0,58	-0,16	0,07	-0,09	0,29	0,01	0,95
2 pos-zugnt	0,03	0,72	0,10	0,24	0,05	0,58	0,21	0,01*	0,09	0,30
3 überw-verä	0,21	0,02	0,07	0,43	0,02	0,86	0,14	0,11	0,19	0,03*
4 prot-eltl	0,15	0,08	0,16	0,06	0,09	0,30	0,23	0,01**	0,04	0,67
5 desint	-0,04	0,69	-0,07	0,46	-0,12	0,16	-0,10	0,28	-0,07	0,41
6 verstr	0,06	0,48	0,05	0,55	0,04	0,66	0,23	0,01**	0,03	0,70
7 sexual	-0,07	0,45	-0,06	0,52	-0,05	0,58	0,05	0,55	-0,01	0,88

\*p<0,05; \*\*p<0,01; n=137



**Tabelle 5-9b. Korrelation (Spearman) zwischen Gegenübertragungsfaktoren der Einzeltherapie und den Skalen des IIP (Inventar zur Erfassung interpersoneller Probleme) zum Ende der Therapie.**

GÜ -Faktoren	IIP <sub>gesamt</sub>		IIP Subskalen							
			autokratisch/ dominant		streitsüchtig/ konkurrierend		abweisend/ kalt		Introvertiert/ sozial vermeidend	
	Korr	Sign	Korr	Sign	Korr	Sign	Korr	Sign	Korr	Sign
1 aggr-resgn	0,01	0,91	0,96	0,27	0,14	0,12	0,14	0,10	0,17	0,05*
2 pos-zugnt	0,07	0,45	-0,04	0,66	-0,04	0,66	-0,03	0,73	0,03	0,72
3 überw-verä	0,31	0,00**	0,16	0,07	0,31	0,00**	0,37	0,00**	0,40	0,00**
4 prot-eltl	0,13	0,14	-0,09	0,28	0,04	0,68	0,07	0,43	0,20	0,02*
5 desint	-0,03	0,77	0,01	0,87	-0,01	0,94	0,04	0,64	0,12	0,17
6 verstr	0,10	0,24	0,01	0,93	0,06	0,52	0,05	0,61	0,15	0,09
7 sexual	0,11	0,22	0,03	0,72	0,04	0,67	0,10	0,24	0,14	0,11

\*p<0,05; \*\*p<0,01; n=137

Fortsetzung Tabelle 5-9b.

GÜ -Faktoren	IIP <sub>gesamt</sub>		IIP Subskalen							
	Korr	Sign	Selbstunsicher/ unterwürfig		ausnutzbar/ nachgiebig		Fürsorglich/ freundlich		expressiv/ aufdringlich	
			Korr	Sign	Korr	Sign	Korr	Sign	Korr	Sign
1 aggr-resgn	0,01	0,91	-0,15	0,09	-0,12	0,19	-0,15	0,09	-0,10	0,28
2 pos-zugnt	0,07	0,45	0,17	0,05*	0,11	0,20	0,05	0,55	0,15	0,08
3 überw-verä	0,31	0,00**	0,22	0,01*	0,18	0,05*	0,09	0,29	0,04	0,62
4 prot-eltl	0,13	0,14	0,20	0,03*	0,11	0,23	0,06	0,53	0,01	0,94
5 desint	-0,03	0,77	-0,15	0,09	-0,06	0,46	-0,03	0,70	-0,09	0,32
6 verstr	0,10	0,24	0,13	0,14	0,06	0,49	0,09	0,31	0,09	0,31
7 sexual	0,11	0,22	0,07	0,40	0,10	0,24	0,07	0,44	0,13	0,14

\*p<0,05; \*\*p<0,01; n=137

**Tabelle 5-8c. Korrelation (Spearman) zwischen Gegenübertragungsfaktoren der Gruppengesprächstherapie und den Skalen des IIP (Inventar zur Erfassung interpersoneller Probleme) zu Beginn der Therapie.**

GÜ -Faktoren	IIP <sub>gesamt</sub>		IIP Subskalen							
	Korr	Sign	autokratisch/ dominant		streitsüchtig/ konkurrierend		abweisend/ kalt		Introvertiert/ sozial vermeidend	
			Korr	Sign	Korr	Sign	Korr	Sign	Korr	Sign
1 aggr-resgn	0,13	0,14	0,00	0,99	0,18	0,05*	0,11	0,21	0,11	0,22
2 pos-zugnt	-0,04	0,68	0,09	0,32	-0,01	0,93	0,02	0,80	-0,13	0,15
3 überw-verä	0,26	0,00**	0,17	0,06	0,22	0,01*	0,13	0,16	0,12	0,18
4 prot-eltl	0,12	0,21	0,05	0,61	0,16	0,08	0,13	0,16	0,15	0,11
5 desint	0,03	0,71	-0,04	0,67	0,07	0,45	0,09	0,34	0,06	0,52
6 verstr	0,05	0,57	0,11	0,22	0,10	0,29	-0,00	0,98	0,00	0,98
7 sexual	-0,17	0,06	-0,05	0,62	-0,05	0,57	-0,18	0,05*	-0,27	0,00**

\*p<0,05; \*\*p<0,01; n=137

Fortsetzung Tabelle 5-8c.

GÜ -Faktoren	IIP <sub>gesamt</sub>		IIP Subskalen							
	Korr	Sign	Selbstunsicher/ unterwürfig		ausnutzbar/ nachgiebig		Fürsorglich/ freundlich		expressiv/ aufdringlich	
			Korr	Sign	Korr	Sign	Korr	Sign	Korr	Sign
1 aggr-resgn	0,13	0,14	0,06	0,53	0,06	0,54	0,05	0,57	0,06	0,52
2 pos-zugnt	-0,04	0,68	-0,09	0,33	-0,12	0,18	-0,00	0,97	0,09	0,30
3 überw-verä	0,26	0,00**	0,15	0,10	0,13	0,15	0,18	0,05	0,20	0,03*
4 prot-eltl	0,12	0,21	0,04	0,63	-0,04	0,65	0,06	0,51	0,08	0,41
5 desint	0,03	0,71	0,09	0,33	0,08	0,39	-0,03	0,75	-0,06	0,49
6 verstr	0,05	0,57	0,03	0,75	-0,09	0,35	0,00	0,99	0,05	0,58
7 sexual	-0,17	0,06	-0,16	0,09	-0,20	0,03*	-0,10	0,28	-0,03	0,74

\*p<0,05; \*\*p<0,01; n=137

**Tabelle 5-9c. Korrelation (Spearman) zwischen Gegenübertragungsfaktoren der Gruppengesprächstherapie und den Skalen des IIP (Inventar zur Erfassung interpersoneller Probleme) zum Ende der Therapie.**

GÜ -Faktoren	IIP <sub>gesamt</sub>		IIP Subskalen							
	Korr	Sign	autokratisch/ dominant		streitsüchtig/ konkurrierend		abweisend/ kalt		Introvertiert/ sozial vermeidend	
			Korr	Sign	Korr	Sign	Korr	Sign	Korr	Sign
1 aggr-resgn	0,07	0,47	0,09	0,31	0,15	0,10	0,09	0,32	0,08	0,39
2 pos-zugnt	0,01	0,90	0,04	0,63	0,06	0,50	0,06	0,53	-0,15	0,10
3 überw-verä	0,30	0,00**	0,24	0,01**	0,35	0,00**	0,27	0,00**	0,20	0,03*
4 prot-eltl	0,10	0,26	-0,00	0,98	0,22	0,02*	0,18	0,05	0,08	0,39
5 desint	0,22	0,02*	0,08	0,42	0,26	0,00**	0,23	0,01*	0,21	0,02*
6 verstr	0,12	0,21	0,22	0,02	0,20	0,03*	0,10	0,28	-0,07	0,45
7 sexual	-0,04	0,70	0,05	0,57	0,02	0,80	-0,09	0,35	-0,18	0,05

\*p<0,05; \*\*p<0,01; n=137

Fortsetzung Tabelle 5-9c.

GÜ -Faktoren	IIP <sub>gesamt</sub>		IIP Subskalen							
			Selbstunsicher/ untenwürfig		ausnutzbar/ nachgiebig		Fürsorglich/ freundlich		expressiv/ aufdringlich	
	Korr	Sign	Korr	Sign	Korr	Sign	Korr	Sign	Korr	Sign
1 aggr-resgn	0,07	0,47	-0,11	0,23	-0,05	0,62	-0,06	0,55	0,09	0,35
2 pos-zugnt	0,01	0,90	0,01	0,91	-0,00	0,97	0,04	0,68	0,06	0,49
3 überw-verä	0,30	0,00**	0,14	0,12	0,17	0,07	0,17	0,07	0,24	0,01**
4 prot-eltl	0,10	0,26	0,08	0,38	0,01	0,90	0,24	0,80	0,09	0,35
5 desint	0,22	0,02*	0,13	0,17	0,15	0,10	0,09	0,36	0,05	0,59
6 verstr	0,12	0,21	0,02	0,86	0,04	0,64	0,07	0,44	0,16	0,08
7 sexual	-0,04	0,70	-0,06	0,50	0,01	0,91	-0,01	0,94	0,05	0,61

\*p<0,05; \*\*p<0,01; n=137

**Tabelle 5-8d. Korrelation (Spearman) zwischen Gegenübertragungsfaktoren der Gestaltungstherapie und den Skalen des IIP (Inventar zur Erfassung interpersoneller Probleme) zu Beginn der Therapie.**

GÜ -Faktoren	IIP <sub>gesamt</sub>		IIP Subskalen							
	Korr	Sign	autokratisch/ dominant		streitsüchtig/ konkurrierend		abweisend/ kalt		Introvertiert/ sozial vermeidend	
			Korr	Sign	Korr	Sign	Korr	Sign	Korr	Sign
1 aggr-resgn	0,23	0,01**	0,19	0,03*	0,27	0,00**	0,24	0,01**	0,17	0,06
2 pos-zugnt	0,08	0,38	-0,02	0,78	-0,05	0,59	0,03	0,73	0,08	0,39
3 überw-verä	0,38	0,00**	0,24	0,01**	0,28	0,00**	0,31	0,00**	0,29	0,00**
4 prot-eltl	0,31	0,00**	0,07	0,44	0,17	0,05	0,21	0,02*	0,31	0,00**
5 desint	0,24	0,01**	0,11	0,22	0,31	0,00**	0,25	0,00**	0,27	0,00**
6 verstr	0,09	0,33	-0,03	0,73	-0,00	0,97	0,10	0,28	0,06	0,49
7 sexual	0,15	0,09	0,08	0,34	0,08	0,34	0,16	0,07	0,18	0,04

\*p<0,05; \*\*p<0,01; n=137

Fortsetzung Tabelle 5-8d.

GÜ -Faktoren	IIP Subskalen									
	IIP <sub>gesamt</sub>		Selbstunsicher/ unterwürfig		ausnutzbar/ nachgiebig		Fürsorglich/ freundlich		expressiv/ aufdringlich	
	Korr	Sign	Korr	Sign	Korr	Sign	Korr	Sign	Korr	Sign
1 aggr-resgn	0,23	0,01**	0,08	0,35	0,04	0,63	0,07	0,42	0,10	0,27
2 pos-zugnt	0,08	0,38	0,07	0,46	0,13	0,15	0,11	0,21	0,03	0,75
3 überw-verä	0,38	0,00**	0,24	0,01**	0,19	0,03*	0,19	0,03*	0,14	0,12
4 prot-eltl	0,31	0,00**	0,25	0,00**	0,22	0,01*	0,25	0,00**	0,10	0,27
5 desint	0,24	0,01**	0,15	0,09	0,11	0,22	0,08	0,34	0,04	0,69
6 verstr	0,09	0,33	0,04	0,66	0,09	0,29	0,09	0,32	-0,01	0,94
7 sexual	0,15	0,09	0,09	0,30	0,11	0,23	0,06	0,49	0,05	0,56

\*p<0,05; \*\*p<0,01; n=137



**Tabelle 5-9d. Korrelation (Spearman) zwischen Gegenübertragungsfaktoren der Gestaltungstherapie und den Skalen des IIP (Inventar zur Erfassung interpersoneller Probleme) zum Ende der Therapie.**

GÜ -Faktoren	IIP <sub>gesamt</sub>		IIP Subskalen							
			autokratisch/ dominant		streitsüchtig/ konkurrierend		abweisend/ kalt		Introvertiert/ sozial vermeidend	
	Korr	Sign	Korr	Sign	Korr	Sign	Korr	Sign	Korr	Sign
1 aggr-resgn	-0,08	0,38	0,01	0,94	0,02	0,83	-0,00	0,99	-0,05	0,58
2 pos-zugnt	0,10	0,26	0,14	0,12	0,04	0,65	-0,01	0,95	0,02	0,79
3 überw-verä	0,19	0,03*	0,14	0,13	0,21	0,02*	0,28	0,00**	0,22	0,01*
4 prot-eltl	0,19	0,03*	0,08	0,36	0,24	0,01*	0,20	0,02*	0,28	0,00**
5 desint	-0,04	0,65	-0,14	0,12	-0,07	0,44	-0,00	0,99	-0,07	0,41
6 verstr	0,01	0,93	-0,06	0,49	-0,01	0,91	0,05	0,61	0,08	0,39
7 sexual	0,10	0,27	0,11	0,22	0,06	0,52	0,13	0,15	0,05	0,57

\*p<0,05; \*\*p<0,01; n=137

Fortsetzung Tabelle 5-9d.

GÜ -Faktoren	IIP <sub>gesamt</sub>		IIP Subskalen							
			Selbstunsicher/ unterwürfig		ausnutzbar/ nachgiebig		Fürsorglich/ freundlich		expressiv/ aufdringlich	
	Korr	Sign	Korr	Sign	Korr	Sign	Korr	Sign	Korr	Sign
1 aggr-resgn	-0,08	0,38	-0,21	0,02*	-0,17	0,06	-0,08	0,39	-0,05	0,61
2 pos-zugnt	0,10	0,26	0,19	0,03*	0,08	0,36	0,09	0,29	0,12	0,18
3 überw-verä	0,19	0,03*	0,12	0,19	0,01	0,88	0,08	0,40	-0,00	0,99
4 prot-eltl	0,19	0,03*	0,26	0,00**	0,09	0,32	0,03	0,72	-0,05	0,56
5 desint	-0,04	0,65	-0,12	0,19	-0,02	0,87	-0,02	0,83	-0,03	0,78
6 verstr	0,01	0,93	0,05	0,54	-0,03	0,72	-0,04	0,67	-0,03	0,74
7 sexual	0,10	0,27	0,04	0,67	0,03	0,77	0,07	0,44	0,074	0,40

\*p<0,05; \*\*p<0,01; n=137

**Tabelle 5-8e. Korrelation (Spearman) zwischen Gegenübertragungsfaktoren der Körpertherapie und den Skalen des IIP (Inventar zur Erfassung interpersoneller Probleme) zu Beginn der Therapie.**

GÜ -Faktoren	IIP <sub>gesamt</sub>		IIP Subskalen							
	Korr	Sign	autokratisch/ dominant		streitsüchtig/ konkurrierend		abweisend/ kalt		Introvertiert/ sozial vermeidend	
			Korr	Sign	Korr	Sign	Korr	Sign	Korr	Sign
1 aggr-resgn	0,28	0,00**	0,26	0,00**	0,28	0,00**	0,24	0,01*	0,23*	0,02*
2 pos-zugnt	-0,10	0,28	-0,12	0,19	-0,25	0,01**	-0,05	0,61	-0,11	0,24
3 überw-verä	0,27	0,00**	0,23	0,01*	0,20	0,03*	0,22	0,02*	0,20	0,03*
4 prot-eltil	0,19	0,04*	0,07	0,44	0,01	0,91	0,07	0,43	0,17	0,07
5 desint	0,23	0,01	0,16	0,09	0,24	0,01**	0,18	0,06	0,27	0,00**
6 verstr	-0,13	0,16	-0,07	0,46	-0,22	0,02*	-0,03	0,78	-0,09	0,31
7 sexual	0,12	0,20	0,12	0,20	0,01	0,95	0,18	0,05	0,12	0,18

\*p<0,05; \*\*p<0,01; n=137

Fortsetzung Tabelle 5-8e.

GÜ -Faktoren	IIP <sub>gesamt</sub>		IIP Subskalen							
	Korr	Sign	Selbstunsicher/ unterwürfig		ausnutzbar/ nachgiebig		Fürsorglich/ freundlich		expressiv/ aufdringlich	
			Korr	Sign	Korr	Sign	Korr	Sign	Korr	Sign
1 aggr-resgn	0,28	0,00**	0,20	0,03*	0,131	0,16	0,15	0,11	0,21	0,03*
2 pos-zugnt	-0,10	0,28	-0,05	0,58	-0,04	0,66	0,05	0,63	0,02	0,84
3 überw-verä	0,27	0,00**	0,20	0,04*	0,14	0,14	0,22	0,02*	0,23	0,01*
4 prot-eltl	0,19	0,04*	0,21	0,03*	0,10	0,27	0,22	0,02*	0,11	0,23
5 desint	0,23	0,01	0,23	0,02*	0,12	0,19	0,18	0,05	0,07	0,43
6 verstr	-0,13	0,16	-0,09	0,36	-0,04	0,65	-0,02	0,84	-0,09	0,33
7 sexual	0,12	0,20	-0,01	0,93	0,14	0,13	0,12	0,21	0,10	0,29

\*p<0,05; \*\*p<0,01; n=137

**Tabelle 5-9e. Korrelation (Spearman) zwischen Gegenübertragungsfaktoren der Körpertherapie und den Skalen des IIP (Inventar zur Erfassung interpersoneller Probleme) zum Ende der Therapie.**

GÜ -Faktoren	IIP <sub>gesamt</sub>		IIP Subskalen							
	Korr	Sign	autokratisch/ dominant		streitsüchtig/ konkurrierend		abweisend/ kalt		Introvertiert/ sozial vermeidend	
			Korr	Sign	Korr	Sign	Korr	Sign	Korr	Sign
1 aggr-resgn	0,08	0,40	0,13	0,17	0,17	0,08	0,22	0,02*	0,17	0,07
2 pos-zugnt	-0,07	0,49	-0,15	0,11	-0,20	0,03*	-0,18	0,06	-0,20	0,03*
3 überw-verä	0,20	0,04*	0,08	0,43	0,16	0,09	0,23	0,02*	0,22	0,02*
4 prot-eltl	0,13	0,17	-0,13	0,18	-0,04	0,71	0,05	0,58	0,13	0,16
5 desint	0,06	0,56	0,11	0,27	0,10	0,29	0,10	0,30	0,12	0,22
6 verstr	-0,11	0,26	-0,16	0,10	-0,24	0,01**	-0,14	0,15	-0,17	0,07
7 sexual	0,09	0,36	0,13	0,17	-0,01	0,91	0,04	0,66	0,01	0,89

\*p<0,05; \*\*p<0,01; n=137

Fortsetzung Tabelle 5-9e.

GÜ -Faktoren	IIP <sub>gesamt</sub>		IIP Subskalen							
	Korr	Sign	Selbstunsicher/ unterwürfig		ausnutzbar/ nachgiebig		Fürsorglich/ freundlich		expressiv/ aufdringlich	
			Korr	Sign	Korr	Sign	Korr	Sign	Korr	Sign
1 aggr-resgn	0,08	0,40	0,11	0,23	-0,01	0,93	-0,01	0,93	-0,09	0,34
2 pos-zugnt	-0,07	0,49	0,07	0,43	-0,02	0,82	0,06	0,52	0,16	0,08
3 überw-verä	0,20	0,04*	0,17	0,08	0,11	0,27	0,15	0,12	0,02	0,81
4 prot-eltl	0,13	0,17	0,23	0,01*	0,10	0,27	0,17	0,07	0,15	0,11
5 desint	0,06	0,56	-0,05	0,61	0,06	0,53	-0,04	0,65	-0,08	0,43
6 verstr	-0,11	0,26	0,05	0,63	0,02	0,85	0,08	0,43	-0,00	0,99
7 sexual	0,09	0,36	0,04	0,67	0,05	0,58	0,10	0,31	0,15	0,12

\*p<0,05; \*\*p<0,01; n=137

**Tabelle 5-12b. Korrelation (Spearman) zwischen Gegenübertragungsfaktoren von Einzelgesprächs- (E), Gruppengesprächs- (Gr), Gestaltungs- (Ge) und Körpertherapie (K) und GSI-Werten (Gesamtschwere Index) zu Therapiebeginn (T1).**

<i>GÜ -Faktoren</i>	<i>GSI T2</i>							
	<i>E</i>		<i>Gr</i>		<i>Ge</i>		<i>K</i>	
	<i>Korr</i>	<i>Sign</i>	<i>Korr</i>	<i>Sign</i>	<i>Korr</i>	<i>Sign</i>	<i>Korr</i>	<i>Sign</i>
1 aggr-resgn	0,00	0,98	0,08	0,37	0,09	0,29	0,23	0,01*
2 pos-zugnt	-0,04	0,63	0,03	0,75	0,14	0,12	-0,05	0,60
3 überw-verä	0,23	0,01**	0,13	0,17	0,22	0,01*	0,27	0,00**
4 prot-eltl	0,16	0,07	0,16	0,08	0,19	0,03*	0,18	0,06
5 desint	-0,01	0,93	-0,09	0,31	0,07	0,44	0,15	0,11
6 verstr	0,04	0,64	-0,03	0,71	0,15	0,10	0,06	0,53
7 sexual	-0,04	0,68	-0,06	0,53	0,21	0,01*	0,08	0,40

\*p<0,05; \*\*p<0,01; n=137

**Tabelle 5-16b. Mittelwertvergleich (Einfaktorielle ANOVA) von Gegenübertragungsfaktoren aller Therapien zwischen fünf Diagnoseclustern nach Huber et al zu Therapiebeginn.**

<i>GÜ -Faktoren</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>F</i>	<i>Signifikanz</i>
1 aggr-resgn	1,87	0,64	8,03	<b>0,00**</b>
2 pos-zugnt	2,57	0,69	2,45	<b>0,05*</b>
3 überw-verä	1,64	0,59	9,97	<b>0,00**</b>
4 prot-eltl	2,35	0,69	4,67	<b>0,00**</b>
5 desint	1,93	0,65	2,21	0,07
6 verstr	1,36	0,46	1,72	0,14
7 sexual	1,27	0,44	0,63	0,64

\*p<0,05; \*\*p<0,01; n=137



**Tabelle 5-17b. Mittelwertvergleich (Einfaktorielle ANOVA) mit Post-Hoc Analyse nach Tukey von Gegenübertragungsfaktoren aller Therapien zwischen fünf Diagnoseclustern (s. Tab. 5-15) nach Huber et al zu Therapiebeginn.**

<i>GÜ -Faktoren</i>	<i>Diagnosecluster</i>									
	<i>1</i> <i>n=45</i>		<i>2</i> <i>n=20</i>		<i>3</i> <i>n=22</i>		<i>4</i> <i>n=13</i>		<i>5</i> <i>n=37</i>	
	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD
1 aggr-resgn	1,70	0,57	1,91	0,66	1,89	0,65	1,77	0,60	2,08	0,67
2 pos-zugnt	2,62	0,66	2,62	0,73	2,45	0,76	2,73	0,68	2,48	0,65
3 überw-verä	1,47	0,51	1,76	0,65	1,62	0,55	1,52	0,55	1,83	0,63
4 prot-eltl	2,21	0,65	2,30	0,72	2,40	0,78	2,49	0,59	2,49	0,67
5 desint	1,84	0,64	2,00	0,69	2,07	0,67	1,87	0,66	1,96	0,62
6 verstr	1,41	0,50	1,34	0,38	1,30	0,45	1,46	0,52	1,33	0,42
7 sexual	1,25	0,42	1,29	0,44	1,25	0,44	1,35	0,51	1,27	0,46
<i>GÜ -Faktoren</i>	<i>p-Werte</i>									
	<i>1 – 2</i>	<i>1 – 3</i>	<i>1 – 4</i>	<i>1 – 5</i>	<i>2 – 3</i>	<i>2 - 4</i>	<i>2 – 5</i>	<i>3 – 4</i>	<i>3 – 5</i>	<i>4 - 5</i>
1 aggr-resgn	0,08	0,14	0,95	0,00**	1,00	0,72	0,31	0,82	0,19	0,02*
2 pos-zugnt	1,00	0,30	0,83	0,32	0,48	0,88	0,56	0,12	1,00	0,14
3 überw-verä	0,00**	0,25	0,97	0,00**	0,52	0,14	0,90	0,87	0,05*	0,01**
4 prot-eltl	0,82	0,16	0,06	0,00**	0,86	0,53	0,23	0,96	0,87	1,00
5 desint	0,39	0,06	1,00	0,43	0,95	0,81	1,00	0,41	0,76	0,89
6 verstr	0,82	0,40	0,94	0,49	0,98	0,57	1,00	0,27	1,00	0,34
7 sexual	0,96	1,00	0,56	0,99	0,99	0,93	1,00	0,70	1,00	0,77

\*p<0,05; \*\*p<0,01; n=137

**Tabelle 5-24b. Mittelwertvergleich (T-Test) von Gegenübertragungsfaktoren aller Therapien zwischen Patienten mit Persönlichkeitsstörung und ohne Persönlichkeitsstörung zu Therapiebeginn.**

<i>GÜ -Faktoren</i>	<i>Pat mit PS n=37</i>		<i>Pat ohne PS n=100</i>		<i>T</i>	<i>Signifikanz</i>
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>		
1 aggr-resgn	2,07	0,67	1,80	0,62	4,45	0,00**
2 pos-zugnt	2,48	0,66	2,60	0,70	-1,91	0,06
3 überw-verä	1,84	0,63	1,57	0,56	4,70	0,00**
4 prot-eltl	2,50	0,67	2,30	0,69	3,02	0,00**
5 desint	1,97	0,62	1,92	0,66	0,69	0,49
6 verstr	1,33	0,43	1,38	0,47	-1,30	0,20
7 sexual	1,26	0,45	1,27	0,44	-0,18	0,85

\*p<0,05; \*\*p<0,01; n=137

**Tabelle 5-27b. Ausprägung der GÜ in Patientenclustern zu Therapiebeginn.**

<i>GÜ-Cluster</i>	<i>Patientencluster</i>									<i>Mittelwert</i>
	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>	<i>5</i>	<i>6</i>				
1 negativ	1,62 -	2,08 0	2,07 0	2,51 +	1,69 -	2,31 +				2,01
2 positiv	2,25 -	2,17 -	2,84 +	2,61 0	2,78 +	2,84 +				2,62
3 involviert	1,08 -	1,21 0	1,24 0	1,34 0	1,63 +	1,82 +				1,35

+ über M; - unter M; n=124

**Tabelle 5-28b. Ausprägung verschiedener Tests in den Patientenclustern zu Therapiebeginn.**

<i>Tests</i>	<i>Patientencluster</i>									<i>Mittelwert</i>
	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>	<i>5</i>	<i>6</i>				
GSI	1,21 0	1,30 0	1,28 0	1,25 0	1,48 +	1,25 0				1,28
GSI <sub>diff</sub>	-0,52 +	-0,36 0	-0,16 -	-0,28 -	-0,72 +	-0,23 -				-0,40
IIP	1,44 0	1,40 0	1,61 0	1,40 0	1,54 0	1,67 +				1,52

+ über M; - unter M; n=124

## 10.2. CTQ-Fragebogen

### Fragebogen zur Gegenübertragung

Die unten aufgeführten Aussagen beschreiben eine Reihe von Möglichkeiten, wie sich Psychotherapeuten einer/m Pat. gegenüber fühlen oder wie man auf sie/ihn reagieren kann. Bitte schätzen Sie die folgenden Aussagen danach ein, wie sehr sie auf Ihre Arbeit mit dem Patienten zutreffen, von **1=trifft nie zu**, **3=trifft manchmal zu** bis **5=trifft sehr zu**. Wir wissen, dass es schwierig ist, eine generelle Aussage über einen längeren Behandlungszeitraum hinweg zu machen, dennoch bitten wir Sie anzugeben, wie Sie sich Ihrer/m Pat. gegenüber über die gesamte Behandlungsdauer hinweg gefühlt habe. Stören Sie sich nicht daran, wenn Ihre Aussagen inkonsistent erscheinen, Psychotherapeuten haben oftmals vielfache Reaktionen auf dieselbe/denselben Patientin/en.

		<i>Trifft nie</i>	<i>manchmal</i>	<i>sehr zu</i>		
1	Ich bin sehr zuversichtlich bezüglich der Fortschritte, die sie/er während der Behandlung macht oder machen kann.	1	2	3	4	5
2	Zeitweise kann ich sie/ihn nicht leiden.	1	2	3	4	5
3	Ich finde es spannend mit ihr/ihm zu arbeiten.	1	2	3	4	5
4	Ich habe Mitleid mit ihr/ihm.	1	2	3	4	5
5	Ich wünschte mir, sie/ihn niemals als Patienten genommen zu haben.	1	2	3	4	5
6	Ich fühle mich abgewiesen oder entwertet.	1	2	3	4	5
7	Wenn sie/er nicht mein/e Patient/in wäre, könnte ich mir vorstellen, mit ihr/ihm befreundet zu sein.	1	2	3	4	5
8	Ich bin verärgert in den Sitzungen mit ihr/ihm.	1	2	3	4	5
9	Ich fühle mich nicht wirklich beteiligt in den Sitzungen mit ihr/ihm	1	2	3	4	5
10	Ich fühle mich konfus in den Sitzungen mit ihr/ihm.	1	2	3	4	5
11	Ich glaube nicht, was sie/er mir sagt.	1	2	3	4	5
12	Ich fühle mich von ihr/ihm kritisiert.	1	2	3	4	5
13	Mir graut vor den Sitzungen mit ihr/ihm.	1	2	3	4	5
14	Ich fühle mich verärgert über Menschen aus ihrem/seinem Leben.	1	2	3	4	5
15	Ich fühle mich verärgert über sie /ihn.	1	2	3	4	5
16	Ich fühle mich gelangweilt in den Sitzungen mit ihr/ihm.	1	2	3	4	5
17	Ich fühle mich von ihr/ihm sexuell angezogen.	1	2	3	4	5
18	Ich fühle mich deprimiert in den Sitzungen mit ihr/ihm.	1	2	3	4	5
19	Ich freue mich auf die Sitzungen mit ihr/ihm.	1	2	3	4	5
20	Ich fühle mich neidisch auf sie/ihn oder in Konkurrenz mit ihr/ihm.	1	2	3	4	5
21	Ich wünschte, ich könnte ihr/ihm etwas geben, was andere niemals konnten.	1	2	3	4	5
22	Ich fühle mich frustriert in den Sitzungen mit ihr/ihm.	1	2	3	4	5
23	Sie/er gibt mir ein gutes Gefühl.	1	2	3	4	5
24	Ich fühle mich meiner Gefühle ihr/ihm gegenüber schuldig.	1	2	3	4	5
25	Meine Gedanken schweifen oft von den Themen ab, über die sie/er spricht.	1	2	3	4	5
26	Ich fühle mich überwältigt von ihren/seinen heftigen Gefühle.	1	2	3	4	5
27	Ich werde wütend auf sie/ihn.	1	2	3	4	5
28	Ich fühle mich schuldig, wenn sie /er verzweifelt ist oder ihr/sein Zustand sich verschlechtert, als ob ich dafür verantwortlich sein müsste.	1	2	3	4	5
29	Sie/er neigt dazu, heftige Gefühle in mir hervorzurufen.	1	2	3	4	5
30	Ich fühle mich ängstlich, wenn ich mit ihr/ihm arbeite.	1	2	3	4	5
31	Ich habe das Gefühl, dass es mir nicht gelingt, ihr/ihm zu helfen bzw. ich bin besorgt darüber, dass es mir nicht gelingen wird, ihr/ihm zu helfen.	1	2	3	4	5
32	Ihre/seine sexuellen Gefühle mir gegenüber machen mir Angst oder berühren mich unangenehm.	1	2	3	4	5
33	Ich fühle mich benutzt oder manipuliert durch sie/ihn.	1	2	3	4	5
34	Ich habe das Gefühl, sie /ihn mit Samthandschuhen anfassen zu müssen, und bin besorgt, dass wenn ich etwas Falsches sage, sie/er explodieren, zusammenbrechen oder weglaufen wird.	1	2	3	4	5
35	Sie/er verängstigt mich.	1	2	3	4	5
36	Ich fühle mich inkompetent oder unzulänglich, wenn ich mit ihr/ihm arbeite.	1	2	3	4	5
37	Ich merke, dass ich mich ihr/ihm gegenüber kontrollierend verhalte.	1	2	3	4	5

38	Ich fühle mich austauschbar, als wäre ich irgendjemand.	1	2	3	4	5
39	Ich muss mich davon abhalten, etwas Aggressives oder Kritisches zu sagen oder zu tun.	1	2	3	4	5
40	Ich habe das Gefühl, sie/ihn zu verstehen.	1	2	3	4	5
41	Ich sage ihr/ihm, dass ich ärgerlich auf sie/ihn bin.	1	2	3	4	5
42	Ich habe das Gefühl, sie/ihn beschützen zu wollen.	1	2	3	4	5
43	Ich bedaure Dinge, die ich zu ihr/ihm gesagt habe.	1	2	3	4	5
44	Ich habe das Gefühl, gemein oder grausam zu ihr/ihm zu sein.	1	2	3	4	5
45	Ich habe Schwierigkeiten, mich auf die Gefühle, die sie/er ausdrückt, zu beziehen.	1	2	3	4	5
46	Ich fühle mich durch sie/ihn schlecht behandelt oder missbraucht.	1	2	3	4	5
47	Ich fühle mich ihr/ihm gegenüber fürsorglich.	1	2	3	4	5
48	Ich verliere meine Geduld ihr/ihm gegenüber.	1	2	3	4	5
49	Ich fühle mich traurig in den Sitzungen mit ihr/ihm.	1	2	3	4	5
50	Ich sage ihr/ihm, dass ich sie/ihn sehr gerne mag.	1	2	3	4	5
51	Ich fühle mich von ihren/seinen Bedürfnissen überwältigt.	1	2	3	4	5
52	Ich fühle mich hoffnungslos in der Arbeit mit ihr/ihm.	1	2	3	4	5
53	Ich fühle mich erfreut oder zufrieden nach den Sitzungen mit ihr/ihm	1	2	3	4	5
54	Ich denke, sie/er wäre bei einer/m anderen Psychotherapeutin/en oder in einer anderen Form von Psychotherapie besser aufgehoben.	1	2	3	4	5
55	Ich fühle mich gedrängt, ihr/ihm sehr klare Grenzen zu setzen.	1	2	3	4	5
56	Ich merke, dass ich mich ihr/ihm gegenüber kokett verhalte.	1	2	3	4	5
57	Ich erlebe mich als nachtragend, wenn ich mit ihr/ihm arbeite.	1	2	3	4	5
58	Ich denke darüber nach oder phantasiere, die Behandlung zu beenden.	1	2	3	4	5
59	Ich fühle mich, als ob mir die Hände gebunden wären oder ich unfähig wäre irgendetwas zu tun.	1	2	3	4	5
60	Wenn ich meinen Anrufbeantworter abhöre, habe ich Angst bzw. es graut mir davor, eine Nachricht von ihr/ihm zu haben.	1	2	3	4	5
61	Ich fühle eine sexuelle Anspannung ihm Raum.	1	2	3	4	5
62	Ich finde sie/ihn abstoßend.	1	2	3	4	5
63	Ich fühle mich nicht wertgeschätzt durch sie/ihn.	1	2	3	4	5
64	Ich habe warme, fast elterliche Gefühle ihr/ihm gegenüber.	1	2	3	4	5
65	Ich mag sie/ihn sehr.	1	2	3	4	5
66	Ich mache mir nach den Sitzungen mehr Sorgen über sie/ihn als über andere Patienten.	1	2	3	4	5
67	Ich überziehe die Sitzungen mit ihr/ihm häufiger als mit anderen Patienten.	1	2	3	4	5
68	Ich fühle mich weniger erfolgreich darin, ihr/ihm zu helfen als anderen Patienten.	1	2	3	4	5
69	Ich engagiere mich in einer besonderen Art und Weise für sie/ihn bzw. mache mir mehr Umstände für sie/ihn als ich dies für andere Patienten tue.	1	2	3	4	5
70	Ich rufe sie/ihn nicht so umgehend zurück wie ich das bei anderen Patienten tue.	1	2	3	4	5
71	Ich offenbare ihr/ihm meine Gefühle eher als anderen Patienten.	1	2	3	4	5
72	Ich rufe sie/ihn häufiger zwischen den Sitzungen an als andere Patienten.	1	2	3	4	5
73	Ich merke, dass ich über sie/ihn häufiger mit Kollegen oder in der Supervision spreche als über andere Patienten.	1	2	3	4	5
74	Sie/er ist eine/r meiner Lieblingspatienten.	1	2	3	4	5
75	Ich schaue bei ihr/ihm häufiger auf die Uhr als bei anderen Patienten.	1	2	3	4	5
76	Ich gebe ihr/ihm gegenüber mehr über mein persönliches Leben preis als ich das bei anderen Patienten tue.	1	2	3	4	5
77	Häufiger als bei den meisten Patient/innen habe ich das Gefühl abgelenkt zu werden, was ich erst nach Abschluss der Sitzung realisiere.	1	2	3	4	5
78	Ich beginne die Sitzungen mit ihr/ihm häufiger verspätet als mit meinen anderen Patienten.	1	2	3	4	5
79	Ich spreche häufiger über sie/ihn mit meinem/r Partner/in als über andere Patienten.	1	2	3	4	5

### 10.3. Danksagung

An dieser Stelle möchte ich all denjenigen danken, ohne deren Hilfe und Unterstützung diese Arbeit nicht hätte zustande kommen können.

Mein Dank gilt an erster Stelle meinem Doktorvater Herrn Priv.-Doz. Dr. med. Dipl.-Psych. Ralph Grabhorn für die freundliche Aufnahme in sein Institut, die Überlassung des Dissertationsthemas und seiner umfassenden Beratung. Bei den Mitarbeitern seiner CTQ-Arbeitsgruppe Frau Dr. med. Dipl.-Psych. Karin Kernhof, Herrn Dipl.-Psych. Johannes Kaufhold und Herrn Nicola Hennieke möchte ich mich für die Unterstützung und die zahlreichen guten Vorschläge während der ganzen Zeit bedanken. Für die engagierte und detaillierte Korrektur der Arbeit danke ich Frau Dr. med. Dipl.-Psych. Karin Kernhof. In wissenschaftlich statistischen Belangen half mir der Rat von Herrn Dipl.-Psych. Johannes Kaufhold immer gut weiter. Meinen besonderen Dank möchte ich Frau Fabienne Kernhof ausdrücken, die mich sowohl bei den praktischen Arbeiten dieser Studie als auch bei der theoretischen Auswertung tatkräftig unterstützt hat.

Ich danke auch allen Mitarbeitern der Psychosomatischen Klinik des Hospital zum Heiligen Geist und allen Mitarbeitern der psychosomatischen Station des Universitätsklinikums Frankfurt für ihre Mitarbeit an der Studie.

Ich hatte in all der Zeit das Gefühl, immer die notwendige Unterstützung bei der Durchführung meiner Studie zu erhalten. Das Arbeitsklima hätte nicht besser sein können. Auch deshalb werden mir all die Menschen, mit denen ich zusammen arbeiten durfte, nachhaltig in Erinnerung bleiben.

Ein besonderes Dankeschön gilt auch meiner Familie und meinen Freunden, die mich durch ihre liebevolle Unterstützung und ihr Interesse immer wieder motiviert haben.

**10.4.**

## **Schriftliche Erklärung**

Ich erkläre ehrenwörtlich, dass ich die dem Fachbereich Medizin der Johann Wolfgang Goethe-Universität Frankfurt am Main zur Promotionsprüfung eingereichte Dissertation mit dem Titel

### **Gegenübertragung in der stationären, psychosomatischen Therapie**

in der

Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie,  
Bereich Psychosomatik

unter Betreuung und Anleitung von

Priv.-Doz. Dr. med. Dipl.-Psych. Ralph Grabhorn

ohne sonstige Hilfe selbst durchgeführt und bei der Abfassung der Arbeit keine anderen als die in der Dissertation angeführten Hilfsmittel benutzt habe.

Darüber hinaus versichere ich, nicht die Hilfe einer kommerziellen Promotionsvermittlung in Anspruch genommen zu haben.

Ich habe bisher an keiner in- oder ausländischen Universität ein Gesuch um Zulassung zur Promotion eingereicht.

Die vorliegende Arbeit wurde bisher nicht als Dissertation eingereicht.

Frankfurt am Main, den 01.04.2012

---

Alexander Obbarius