

Konvent von behinderten SeelsorgerInnen
und BehindertenseelsorgerInnen e.V.

Übertragung und Gegenübertragung in der Seelsorge

Ein Referat von Wolfgang Roth, Klinikseelsorger

Es ist ein strahlender Sonnentag, mir kommt im Klinikgelände in hellem fröhlich-sommerlichem Outfit eine Psychologin entgegen. Wir freuen uns und strahlen beide schon von weitem. „Schön, dich zu sehen“, sage ich und sie: „Du warst eine Weile nicht da.“ „Ja, ich hatte Urlaub und vorher war ich krank, wir haben uns wirklich lange nicht gesehen.“ Wir kennen uns seit Jahren, mögen und schätzen uns.

Plötzlich fängt sie aus heiterem Himmel heraus zu weinen an, entschuldigt sich: „Ich bin nicht gut drauf, vor 14 Tagen ist plötzlich mein Vater gestorben! -

- Eine Patientin lässt mich über die Stationsschwester einer psychiatrischen, psychotherapeutisch orientierten, Station zu einem Gespräch rufen. Ich gehe wenig später hin, Fr. B. wartet schon im Gang, sie kennt mich noch von ihrem Aufenthalt in der Tagesklinik, wo sie an einer Gruppe, die ich leite, teilnahm und war Tage zuvor im meditativen Tagesausklang, bei dem ich Klavier spielte und Texte las.

Ich brauche eine Weile, bis ich sie wiedererkenne. Wir gehen in ihr Zimmer, sie erzählt mir, wie ihre Angst ihr mitunter solchen Schwindel bereite, dass sie sich sofort hinlegen müsse, manchmal fände sie sich im Bett vor und wisse gar nicht, wie sie dahin gekommen sei. Sie vermisse auf dieser Station das therapeutische Gespräch, hätte in 6 Wochen erst zwei gehabt, fühle sich von ihrer Therapeutin unverstanden und vom Pflegepersonal lächelnd stehen gelassen.

Wir reden über eine Stunde, sie erzählt mir, wie mein Klavierspiel sie bewegt habe, weil sie an einen Mitpatienten, der ebenfalls bei einem früheren Aufenthalt hier gespielt habe, gedacht habe. Wir reden über ihre Therapie und ihre Defizitgefühle. Über ihre innere Unsicherheit und Instabilität, ihre häusliche und finanzielle Situation. Am Ende geht es ihr sichtlich gut, sie wünscht sich ein weiteres Gespräch in der kommenden Woche.

- Vor etwa zwei Jahren bittet mich ein Patient auf einer Entgiftungsstation zu einem Gespräch. Wir finden dafür zunächst kein geeignetes Zimmer. Dann fällt dem Patienten die kleine Patientenbibliothek ein. Sie ist im Container untergebracht, in den man von der Station aus durch einen Gang gelangt, das hinterste Zimmer dort. Wir gehen wir dort hin. Es ist kalt, weil ungeheizt, unaufgeräumt, ungebraucht. Wir rücken uns zwei Stühle zurecht, und der Patient beginnt, wie schlecht es ihm hier gehe, wie inkompetent das ganze Personal hier sei, dass aber seine eigentlichen Probleme hier ja sowieso nicht behandelt werden könnten, denn die lägen außerhalb der Klinik. Man spiele ihm übel mit, die Bullen hätten seine Waffensammlung ungerechtfertigt eingezogen, die Scheißenwälte, die er nacheinander beauftrage, hätten bislang nichts erreicht, nur

saftige Rechnungen geschrieben, die Zähne seien ihm eingeschlagen worden und die Nase verbogen und wie er die Operationen mit 180 000 € Schulden wohl bezahlen solle.

Und dann fangen seine Augen an zu funkeln, seine Gesichtszüge ziehen sich wie zu einer unheimlichen Waffe zusammen und er sagt: „Ich bring’ sie um, ich knall sie alle ab, ich werde ihre Kinder massakrieren, ich will diese Dreckbullenschweine leiden sehen!“

Ich bekomme einen ganz seltsamen Schmerz in die Magengegend, spüre zunehmend Angst in mir wie damals, als mir eine psychotische Patientin plötzlich ins Gesicht schlug. Ich denke: Wie konnte ich mich bloß wie ein Anfänger in diesen abgelegenen Raum führen lassen, wie komm’ ich hier bloß heil wieder raus?

Übertragung und Gegenübertragung - dreimal begegnen mir Menschen, dreimal überträgt sich etwas auf mich und ich reagiere, doch es ist, das wird vielleicht beim ersten Hören schon deutlich, jedes Mal etwas anderes. Übertragung ist nicht gleich Übertragung. Gegenübertragung ist nicht gleich Gegenübertragung.

Wir haben ein Begriffspaar, doch dies hat eine lange Geschichte mit einem markanten Bedeutungswandel und einer zu bedenkenden Bedeutungsfülle.

Auf die drei Fallvignetten komme ich später noch einmal zurück, zunächst will ich mich jedoch den Begriffen, ihren Kontexten und ihrer Geschichte widmen.

Nach der psychoanalytisch – therapeutischen Darstellung der Übertragungskonzepte will ich dann nach der spirituellen Dimension als Horizont christlicher Seelsorge fragen und Bibeltexte lesen.

Zunächst zu den Begriffen in ihrer geschichtlichen Entwicklung:

Übertragung und Gegenübertragung ist ein Begriffspaar aus dem therapeutischen, genauer dem psychotherapeutischen und dort aus dem tiefenpsychologisch analytischen Sprachgebrauch.

In seinen Studien über Hysterie schreibt Freud 1895: „Die Übertragung auf den Arzt geschieht durch falsche Verknüpfung“. Freud sah in dem beobachteten Phänomen der Übertragung zunächst eine Realitätsverzerrung des Patienten/der Patientin, die zu einer Beziehungsstörung in der Analyse führe. Denn er/sie behandle den Analytiker so, wie wenn er eine der großen Figuren seiner/ihrer Kindheit wäre.

Unter Gegenübertragung verstand Freud zunächst die eigene Übertragung des Analytikers auf sein Gegenüber, wie wenn dieser Mensch seinerseits nun auch eine Gestalt aus der Vergangenheit des Analytikers wäre. So mag zum Beispiel ein unbewusstes Respektgefühl einem Patienten gegenüber damit zusammenhängen, dass er selbst in der Begegnung Gefühle entwickle, die ganz ähnlich seien wie die Empfindungen, die er als Kind seinem Vater gegenüber erlebt habe. Er weiß das nicht. Aber er verhält sich anders, seine Formulierungen sind vorsichtiger als bei anderen Patienten.

In diesen ersten Jahren war es Freuds Anliegen, diese Art der Gegenübertragung bewusst zu machen, sie zu isolieren und damit möglichst aus der Behandlung

heraushalten zu können, weil sie den therapeutischen Prozess störe. So entstand die Kontroll-Analyse, später die Lehranalyse: Der Therapeut habe sich mit seinen eigenen Komplexen und Konflikten erst selbst zu beschäftigen, bevor er sich, seiner selbst bewusst, Patienten zuwenden könne.

Freud verstand die Aufgabe des Analytikers, wie ein „reflektierender Spiegel“ oder ein „gefühlskalter Chirurg“ in distanzierter Neutralität und Abstinenz, rein wissenschaftlich beobachtend dem Patienten zur Verfügung zu stehen. Seine eigene Person, seine Geschichte mit ihren Themen spielten dabei keine Rolle.

Seine Nachfolger haben das in dem bekannten klassischen analytischen Setting (Couch, hohe Frequenz, mehrjährige Dauer, viel Schweigen des Analytikers) in den ersten Jahrzehnten der Methode rigidisiert und dogmatisiert. Aus Berichten über Freuds Behandlungspraxis wissen wir allerdings, dass er (wie dann auch Jung) viel weniger streng und orthodox vorging und sich als Person doch in die Beziehung einbrachte.

C.G. Jung setzt sich in seiner „Psychologie der Übertragung“, 1946, mit Freud auseinander und entwickelt ein eigenes Konzept, wonach die Gegenübertragung des Arztes bedeute, sich von der Übertragung des Patienten infizieren zu lassen. Er schreibt:

„durch die Gestalt der Übertragung ändert sich die seelische Gestalt des Arztes, ihm selber zunächst unbemerkt: er wird affiziert,“

An anderer Stelle dieser Schrift heißt es: Mit „der unbewussten Infektion ist eine nicht zu unterschätzende therapeutische Möglichkeit gegeben, indem nämlich die Übertragung der Krankheit auf den sie Behandelnden sich vollzieht“. Schon bei Jung findet sich also eine Sicht der Übertragung, die dann von Melanie Klein, Winnicott und Bion entscheidend weiterentwickelt werden wird. Auf Jung und Bion werde ich noch genauer eingehen.

Begriffsdefinitionen

Wenn man nun in der therapeutischen Literatur nach Zusammenfassungen, nach Definitionen zu Übertragung und Gegenübertragung sucht, findet man (in einer kleinen Auswahl) etwa folgende:

Brunnhuber und Lieb fassen in ihrem Kurzlehrbuch Psychiatrie, 4. Auflage 2000, zusammen:

“Übertragung – Nicht verarbeitete Konflikte aufgrund frühkindlicher Erlebnisse und Traumata werden in der therapeutischen Allianz aufs neue aktualisiert. Die Übertragung als Wiederholung dieser Konflikte ist ein nicht zeit- und situationsgerechtes Verhalten und Erleben. Als therapeutisches Instrumentarium gewährt es dem Analytiker Einblick in die Konfliktsituation des Klienten. Übertragungen sind ein ubiquitäres Phänomen und kommen in jedem Sprechakt vor....

Gegenübertragung – Sie bezeichnet die neurotischen Anteile des Psychoanalytikers. Es sind die „blinden“ Flecken und Widerstände, die persönlichen Anteile des Therapeuten, welche durch die Reaktionen des Patienten hervorgerufen werden und den

Therapieverlauf negativ beeinflussen. In einer umfassenderen Betrachtung beschreibt die Gegenübertragung die Gefühle und Impulse des Analytikers auf den Patienten. Die Ausbildung und Selbsterfahrung des Analytikers sollen diese Anteile bewusst werden lassen.“

Deutlich wird hier vom frühen Freud ausgegangen, die weitere Entwicklung des Begriffspaares zum relationalen Modell wird nicht mitvollzogen oder ist auch nicht bekannt.

Michael Ermann schreibt in seiner „Psychotherapeutischen und psychosomatischen Medizin“, 3. Auflage 1999,

„Die Arzt-Patient-Beziehung - und im Prinzip auch alle anderen Beziehungen in der Medizin - haben neben der sozialen eine innerseelische, psychodynamische Dimension. Sie beruht darauf, dass das Selbsterleben als Kranker mit äußeren und inneren Konflikten verbunden ist, mit Ängsten, Phantasien, Reaktivierungen traumatischer Erlebnisse und mit dem Zustand physischer und psychischer Schutzlosigkeit. Dadurch werden Abhängigkeitsbedürfnisse lebendig, die ähnlich sind wie das Abhängigkeitserleben der frühen Entwicklungsjahre der Kindheit. Diese „Rückkehr“ in entwicklungsmäßig überholte Erlebnis- und Verhaltensweisen wird als Regression bezeichnet.“

An anderer Stelle:

„Übertragung ist also die Manifestation der Regression in einer Beziehung.“

„Das Gegenstück zur Übertragung in der Analyse ist die antwortende Reaktion des Analytikers. Sie wird als Gegenübertragung bezeichnet.“

Ermann unterscheidet nun drei Kategorien von Übertragung,

Übertragung auf höherem Strukturniveau: Die klassische Übertragung
Übertragung auf mittlerem Strukturniveau: Narzisstische Übertragungen und

Übertragungen auf niederem Strukturniveau: Borderline-Übertragungen.

Alle drei Übertragungsarten begegnen uns auch in der Seelsorge, darum ist es gut, wenn wir sie kennen.

In der klassischen Übertragung werden Erfahrungen mit Menschen aus dem früheren Leben auf aktuelle Beziehungen übertragen. (Vater-, Mutter-, Geschwisterübertragungen...). Es ist die reifste Form der Übertragung und wird im Feld der klassischen Neurosen beobachtet.

Für narzisstische Patienten sind andere Übertragungsformen typisch. Sie neigen dazu, ihr Gegenüber als Selbstobjekt zu verwenden. Sie idealisieren, solange man eine stützende Funktion erfüllt; sie entwerten, sobald sie enttäuscht werden. Man spricht von idealisierender oder entwertender Elternübertragung.

In einer Unterform der narzisstischen Übertragung, der Selbst-Übertragung werden Aspekte der eigenen Person auf andere übertragen, gemeint sind Erlebnisweisen, die der Patient selbst in früheren Beziehungen gehabt hat: z.B. Depressionen, Größenphantasien oder Wutgefühle. Damit entstehen beim Gegenüber konkordante Gegenübertragungssphänomene.

Bei der Borderline-Übertragung übertragen sich Teilaspekte aus der frühen Individuationsentwicklung eines Menschen, oft radikal gespalten in absolut gut oder absolut schlecht. Die Irritation ist, dass man wechselnd beides vom Patienten in sich spürt und entsprechend reagiert.

Noch einmal zur Gegenübertragung. Ermann fasst zusammen:

„Gegenübertragungen beruhen auf der unbewussten Identifikation des Analytikers mit den Übertragungsangeboten des Analysanden. Die Übertragungsphantasie und die Reaktion des Partners bilden also eine funktionale Einheit wie Schlüssel und Schloss. Es entsteht ein unbewusstes Wechselspiel von Übertragung und Gegenübertragung. Die bewussten Einstellungen des Analytikers zum Analysanden sind dabei ein Abkömmling der Gegenübertragung; die Gegenübertragung selbst ist aber unbewusst und muss aus dem Verlauf heraus indirekt erschlossen werden.“

Das Wechselspiel von Übertragung und Gegenübertragung prägt jede Art menschlicher Beziehung. Also auch die seelsorgerliche. Wir tun abschließend zu diesem erklärend definitiven Abschnitt gut daran, noch drei Begriffe zur Kenntnis zu nehmen:

- „Komplementäre Gegenübertragung: Sie ist ein Abbild der unbewussten Phantasien, die der Patient seinen inneren Objekten (Beziehungspersonen) zuschreibt, ...“ Der Analytiker kann sich sadistisch fühlen wie der unbewusste sadistische Elternteil des Patienten;

- Konkordante Gegenübertragung: Sie ist ein Abbild der (unbewussten) Gefühlssituation des Analysanden, d.h. eine Reaktion auf eine Übertragung von Selbstaspekten. ...“ Der Analytiker erlebt sich dann z.B. leer oder depressiv.

- „Gegenübertragungswiderstand: Der Analytiker wehrt sich dagegen, die Übertragungsangebote des Analysanden in sich aufzunehmen und in seinem Innern zum Klingen kommen zu lassen; er spürt dann z.B. Wut, mit der er sich gegen die Depression des Patienten in sich selber wehrt.“

Das alles klingt sehr kompliziert und ist es auch. Entstanden aus Freuds Grundbedürfnis, eine wissenschaftlich reflektierte Kunst des Zuhörens zu entwickeln hat sich die Übertragung auf einen weiten Weg gemacht: Von der Regression über den Abwehrmechanismus der Verschiebung zur Projektion, vom einseitig auf den Analytiker als Projektionsfläche verstandenen Vorgang hin zu einem erweiterten Konzept. Die Interaktion zwischen Therapeut und Patient gewinnt zunehmend Bedeutung, der spiegelnde wird zum aktiven Analytiker, dessen Persönlichkeit, Werte, Kommunikation den Prozess entscheidend mitbestimmen.

Das sogenannte endopsychische Konzept der Übertragung wird fortentwickelt zum sogenannten relationalen Modell der Psychoanalyse. Als neue Metatheorie steht die

sozial-konstruktivistische Sichtweise im Hintergrund. Darnach wird der Mensch geformt und ist einbettet in eine Matrix von Beziehungen mit anderen. Alle Übertragungs- wie auch Gegenübertragungsreaktionen sind im aktuellen relationalen Feld begründet. Beide, Analytiker wie Patient, sind aktive Teilnehmer an der analytischen Situation und schaffen diese gemeinsam bewusst wie unbewusst. Der Fokus ist das Hier und Jetzt der Situation. Ziel ist nicht primär das Erinnern alter Traumata und pathologischer Konflikte, sondern das Ermöglichen einer neuen Erfahrung von Lebendigkeit, die von alten und reaktivierten Fesseln zu befreien ist.

Roland Müller beschreibt diese Entwicklung sehr spannend in Theorie und Praxis in seinem Aufsatz „Psychoanalytische Therapie heute – Auf dem Weg zu neuen Konzeptionen ihrer Praxis“, erstveröffentlicht 1998.

Die pastoralpsychologische Aufnahme des Übertragungsdiskurses

Nach diesem knappen aber nötigen Einblick in die therapeutische Welt der Psychoanalyse, die sich wie andere Therapieverfahren auch, zu einer modernen Konfliktverarbeitungstherapie in Beziehung entwickelt hat, will ich mich auf den Weg zu unserer eigenen Profession machen. Hier ist das Thema Übertragung und Gegenübertragung natürlich im pastoralpsychologischen Diskurs literarisch mit wenigen, aber guten bis sehr guten und ausführlichen Beiträgen vertreten. Ich nenne vier und konzentriere mich auf drei : Joachim Scharfenberg ist mit seinem 1972 erschienen „Seelsorge als Gespräch“ der Klassiker. Wir haben das Buch als Studenten in Tübingen nach seinem Erscheinen geradezu verschlungen. Seelsorge kam in Bewegung, die Seelsorgebewegung kam in Deutschland an, Scharfenberg, Theologe und Freud'scher Analytiker, weckte in uns ein Interesse und eine Begeisterung, die bei vielen bis heute anhält.

Mit zwei Enkeln sozusagen will ich mich näher befassen, bevor ich dann anschließend im Blick auf mein erstes Fallbeispiel auch den dritten erwähne.

Zunächst zu einer Jung'schen Analytikerin und Theologin, dann zu einem Krankenhauspfarrer mit analytischer Ausbildung und zuletzt zu einem Kollegen, der aus der Klinischen Seelsorgeausbildung kommt.

Franziska Müller-Rosenau veröffentlicht „Erkundungen zur Gegenübertragung in Psychoanalyse und Seelsorge“ unter dem Titel „Verwundeter Heiler oder zerstörter Raum“.

Die Erfahrung von Übertragung und Gegenübertragung erlebt sie in dem, was sie „Verwicklungsstunden“ nennt. Sie stellt solche Stunden aus ihrer therapeutischen Praxis vor und resümiert:

„ - Vom Therapeuten und Patienten werden parallel oder gleichzeitig sehr heftige Affekte (wie Wut, Gekränkt- und Verletztsein, Enttäuschung, Angst, Hilflosigkeit, Abhängigkeit und Ohnmacht etc.)erlebt.

- Es entsteht ein hoher interaktioneller Druck: es soll gehandelt, nicht mehr nur gesprochen werden.

- Eine notwendige Distanz des Therapeuten zum Geschehen geht verloren, die therapeutischen Denkfunktionen scheinen außer Kraft gesetzt, der Zweifel an der eigenen therapeutischen Kompetenz wird übermächtig.

- Im Therapeuten breiten sich heftige Gegenübertragungsgefühle aus: er erlebt sich wie gelähmt, überfordert, überlastet und überschwemmt, wie von etwas angesteckt oder verwundet.“

In allen vier Punkten - dem Gefühlssturm, dem Handlungsdruck, dem Zweifel an der Kompetenz, dem Überschwemmt werden – finde ich mich auch als Seelsorger wieder. Das alles widerfährt mir immer wieder auch in meiner täglichen Gesprächspraxis. Übertragung und Gegenübertragung ist kein Artefakt der Psychotherapie. Die Beschäftigung mit Erkenntnissen dort kann freilich helfen, auch seelsorgerliche Erfahrungen zu verstehen und zu verkraften.

Ein Verstehensmodell ist C.G. Jung's Heilungsarchetyp „Verwundeter Heiler“

Jung geht davon aus, dass Heilung ein Prozess ist, der sich wesentlich in der Begegnung zweier Unbewusste abspielt und dabei Arzt und Patient gleichermaßen ergreift.

Müller - Rosenau: „Arzt und Patient sind das archetypische Paar, und jeder trägt beide Pole des Heilungsarchetyps in sich. Der Patient ist auch Arzt, angewiesen auf seinen inneren Heiler, der die Heilung will. Und der Arzt ist auch Kranker, insofern er selbst auch verwundet und schwach ist“

Durch Lehranalyse und Selbsterfahrung bekomme der Arzt Kontakt zu seiner eigenen Verwundung. So sei es dem Patienten möglich, sich weiterzuentwickeln und seinen inneren Heiler zu finden.

Ist der verwundete Heiler deshalb hilfreich, weil er selbst Leid und Schmerz in seinem eigenen Leben kennt oder ist er verwundet und hilfreich, weil er sich im Kontakt mit dem Gegenüber durch dessen Leid und Schmerz verwunden, sozusagen mitverwunden lässt? Geht es um die eigene Verwundung oder wird die Verwundung vom Patienten im Heiler gewissermaßen deponiert, damit der Therapeut, Analytiker oder Seelsorger die Verwundung stellvertretend erträgt, beherbergt und für den Patienten erträglich macht?

Diese Fragen führen automatisch weiter zu einer nächsten Etappe auf dem Entwicklungsweg der Übertragung und wir gelangen zu Melanie Klein und Wilfried Bion und ihren Konzepten der „projektiven Identifizierung“ (Klein, 1946) und der Neudefinition des Konzeptes in Container-Contained (Bion,1962).

Schlimme, unerträgliche Gefühle oder Anteile werden nicht nur auf, sondern in das Gegenüber projiziert, Dort kann es bekämpft werden, das Opfer wird nicht selten zum Täter und verhält sich entsprechend der Projektion.

Verkürzt gesagt heißt Containing nach Bion: Gefühle, die unerträglich, unerlebt, unverdaut sind, werden vom Patienten abgespalten und in den Therapeuten hineingelegt. Sie liegen dann dort, werden dort gehalten, an-verdaut, verwandelt, entgiftet und in verdaulicher Form dem Patienten zurückgegeben, der sie dann annehmen und weiterbearbeiten kann.

Das ist eine ungeheure Arbeit, die auf uns zukommen kann, wenn wir Menschen begegnen in der Seelsorge, die ihre Gefühle und Themen selbst nicht verkraften und sie dann im Gespräch uns derart „übertragen“, dass wir dann selbst den inneren Stress des Gegenübers in uns tragen und bewältigen müssen, in uns - und dann auch in der Auseinandersetzung mit unserem Gegenüber.

Wolfgang Wiedemann hat ein faszinierendes Buch darüber geschrieben. Sein irritierender Titel: „Krankenhausseelsorge und verrückte Reaktionen – Das Heilsame an psychotischer Konfliktbewältigung“. Es hat nichts mit Psychiatrieseelsorge zu tun, sondern ist eine umfassende Aufarbeitung der angelsächsischen Psychoanalysekultur aus Originaltexten. Und eine Übersetzung in unseren Alltag als Seelsorgerinnen und Seelsorger, gleich wo wir unseren Dienst tun. Es sensibilisiert für die diversen Übertragungs- und Gegenübertragungsphänomene auf hohem Niveau. Und ist konkrete Hilfe für unsere tiefste Praxis.

In seiner Eingangsbeschreibung: „Das dritte Auge – Die Gegenübertragung“ schreibt Wiedemann:

„Der erste ist der Gesichtspunkt der Außenwahrnehmung. Ich nehme wahr, was passiert: wie die Patienten aussehen, was sie sagen, was sie nicht sagen, wie sie schauen, wie sie sich bewegen, ob sie sitzen oder stehen, wer sie begleitet, - aber auch, was ich sage oder tue.

Der zweite ist der Gesichtspunkt der Innenwahrnehmung. Ich nehme wahr, was ich denke, was ich vergesse, welche Idee, Phantasie, Erinnerung mir in den Sinn kommt, ob ich mich wohl fühle oder verspannt bin, meine Stimme lauter wird oder leise, fest bleibt oder brüchig wird, welche Stimmung und Laune aufkommt, wo es zwickt oder schmerzt, ob mir zum Lachen oder Weinen zumute ist, ob ich mich ärgere oder gern noch länger mit dem Patienten unterhalten möchte, ob ich mich festgehalten fühle oder abgewiesen.

Und dann verbinde ich beide Gesichtspunkte, die Außenwahrnehmung und in die Innenwahrnehmung – in der Annahme, dass beide etwas miteinander zu tun haben. Die aggressive Stimme meines Gesprächspartners weckt in mir Ärger, Angst oder Abwehr oder der Patient erzählt, wie er mit seiner Krankheit bisher fertig geworden ist, und ich empfinde Respekt und Bewunderung oder spüre plötzlich Hoffnungslosigkeit und Trauer.

Diese Verbindung von Außen- und Innenwahrnehmung wird in der psychoanalytischen Diskussion als ‚Gegenübertragung‘ bezeichnet. Ich benütze diesen Begriff als Abkürzung für das Zusammenspiel von Außen- und Innenwahrnehmung und meine Reaktionen darauf.“

So einfach und so wirkungsvoll kann man das beschreiben, was man höchst differenziert verstehen kann.

Die Erkenntnisse aus Beobachtung und Reflexion gemachter Seelsorgeerfahrungen können sein:

- „Ich erlebe körperliche Reaktionen

- Ich bin Auslöser und existiere nicht als Person
- Etwas wird mit mir gemacht, und ich muss es mit mir geschehen lassen: Ich komme da nicht raus
- Etwas wird mit mir gemacht, sodass ich tue, was ich nicht will“
- Ich stottere sprachlos

Aber auch:

- „Geglücktes Containing
- Das Rauschgefühl der Dankbarkeit
- Patienten verlangen später wieder nach mir – oder auch nicht“

„Durch seine Wunden sind wir geheilt“ – „Alle eure Sorgen werfet auf ihn!“ Der „verwundete Heiler“ und die spirituelle Dimension als Übertragungshorizont in der Seelsorge

Für uns Seelsorgerinnen und Seelsorger ist es entlastend und hilfreich, dass es außerhalb unserer wie immer verwickelten Zweier- oder Gruppenkontakte ein Drittes gibt: die religiös-spirituelle Dimension, den Glaubenshorizont, auf den wir uns beziehen, in dem wir uns geborgen wissen, Gott und den verwundeten Heiler Jesus Christus, an den wir im Glauben, im Gebet unseren Gesprächspartner wie uns selbst immer wieder auch abgeben können. Auf ihn können wir „übertragen“, was uns zuviel wird und es dann auch wieder zurücknehmen, wenn wir uns dazu wieder in der Lage fühlen. Dies bewahrt uns vor der narzisstischen Gefahr, uns durch ständige Überforderung zu übernehmen.

Es ist spannend zu erfahren, dass auch im säkularen Raum der Therapie etwas Ähnliches gebraucht und gedacht wurde. Schon Freud vermerkte 1912 in seinen „Ratschlägen“: „Je le pensai, Dieu le guérit“ („Ich versorgte seine Wunden, Gott hat ihn geheilt“) und er ergänzte lapidar: „Mit etwas Ähnlichem sollte sich der Analytiker zufrieden geben.“

Hans Thomä nun prägt in seinem Aufsatz „Vom spiegelnden zum aktiven Psychoanalytiker“ in seinen Schriften zur Praxis der Psychoanalyse, 1981, einen Begriff, der auch uns in dem Zusammenhang zu denken gibt: den „exterritorialen Haltepunkt“. „Von eh und je bedurfte es für beide Beteiligte eines sozusagen exterritorialen Haltepunktes außerhalb des Übertragungsneurotischen Kampfplatzes“.

Müller-Rosenau markiert dazu eine wichtige Akzentverschiebung: „im Mittelpunkt des Interesses steht nicht mehr länger die Frage nach dem ‚verwundeten Heiler‘, und das bedeutet: im Zentrum steht nicht mehr so sehr die Person des Analytikers oder der Analytikerin, sondern ein imaginärer Raum, der sich zwischen Patient, Analytiker und einem ‚exterritorialen Haltepunkt‘ aufspannt.“

Im Anschluss an H. Raguse nennt Müller-Rosenau dies den triangulären Raum und fragt, ob in der Weiterentwicklung des Motivs vom „verwundeten Heiler“ heute nicht eher vom „zerstörten triangulären Raum“ geredet werden müsse.

Für die Praxis der Seelsorge entstünden dann folgende Fragen: Habe ich Zugang zu den Symbolen meiner Glaubensstraditionen, kann ich die Lebenssituationen mit deren Hilfe deuten?

Habe ich persönlich Zugang zur entlastend – heilsamen spirituellen Dimension, kann ich dort abgeben und auftanken?

„Übertragung“ im biblisch – theologischen Horizont

Für unser seelsorgerliches Selbstverständnis ist es weiterführend, wenn wir uns der biblischen Quellen des archetypischen Modells des „verwundeten Heilers“ erinnern.

Im archaischen Sündenbock – Ritual wird in Levitikus 16,21f. ausführlich beschrieben: Am „Jom Kippur“, dem großen Versöhnungstag „soll Aaron (der Priester) seine beiden Hände auf den Kopf des Bockes legen und über ihm bekennen alle Missetaten der Kinder Israel und alle Übertretungen, mit denen sie sich versündigt haben, und soll sie dem Bock auf den Kopf legen und ihn durch einen Mann, der bereitsteht, in die Wüste bringen lassen, dass also der Bock alle ihre Missetat auf sich nehme und in die Wildnis trage; und man lasse ihn in der Wüste“.

Hier spiegeln sich Mechanismen wider, wie schon seit der frühesten Menschheitsgeschichte das Kollektiv Konflikte, Spannungen, Schuldgefühle und Schuld abführen und bewältigen konnte. Täter übertrugen einem Opfer alles, was belastete, machten es damit zum (Ersatz)Täter und waren somit frei.

Ähnliches geschieht auch in dem bekannten vierten Gottesknechtslied Jesaja 52 und 53. Dort heißt es:

„Er war der Allerverachtetste und Unwerteste, vor Schmerzen und Krankheit. Er war so verachtet, dass man sein Angesicht vor ihm verbarg; darum haben wir ihn für nichts geachtet.

Führwahr, er trug unsere Krankheit und lud auf sich unsre Schmerzen. Wir aber hielten ihn für den, der von Gott geschlagen und gemartert wäre.

Aber er ist um unserer Missetat willen verwundet und um unserer Sünde willen zerschlagen. Die Strafe liegt auf ihm, auf dass wir Frieden hätten, und durch seine Wunden sind wir geheilt.

Wir gingen alle in die Irre wie Schafe, ein jeder sah auf seinen Weg. Aber der Herr warf unser aller Sünde auf ihn.“

Eine Sprechergruppe betrachtet da den Gottesknecht und schildert sein Elend und seine soziale Isolation, um dann plötzlich mit einem erschrockenen „Führwahr!“ innezuhalten und die eigene projektive Abwehr zu erkennen. Die Projektion wird in diesem Erkennen zurückgenommen und damit der Mechanismus der Gewalt, der destruktiven

Abhängigkeit und Schuld aufgebrochen, sodass es nicht erneut zur Gewalt kommen muss.

Nach Jes. 53,6 ist es allerdings Gott selbst, der dem Knecht das Leid aufbürdet, und er ist zugleich der, der seinem Knecht doch Recht gibt. Die ganze Zerrissenheit des Gottesbildes kommt hier zum Ausdruck: seine unbegreiflichen, dunklen, grausamen Seiten ebenso wie jene, wo Gott sich selbst verwunden lässt und leidet, uns zugut. 1. Petr. 2,24 nimmt dies auf und bezieht es auf Jesus.

Übrigens entspricht dieses doppelte Gottesbild ganz der vorher deutlich gewordenen Ambivalenz der Betrachter.

Eine besondere Form der „Übertragung“ finden wir in Matth. 27,32, wonach Jesus sein untragbar gewordenes Kreuz Simon von Kyrene übertragen kann, der dann stellvertretend für ihn den Weg geht.

Sowohl das Gottesknechtslied aus Jes 52/53 wie auch die Berichte der Evangelien über die Passion Jesu laden zur doppelten Identifikation ein. Einmal mit der Täterseite, mit denen, die projektiv dem Gottesknecht das aufluden, was unerträglich war, ihn verwundeten und ausstießen, dann aber auch mit dem Opfer, dem verwundeten Heiler, mit Jesus selbst.

Wer also diese Texte hört, wird an Eigenes aus der Lebensgeschichte erinnert werden, sich angesprochen fühlen und so ermuntert, auf einer Symbolebene, Lebensthemen und -abschnitte neu zu inszenieren.

Diese Ebene kann für uns der „exterritoriale Haltepunkt“ in den anstrengenden Gesprächsverwicklungen sein. „Auf diese Weise wird in der Seelsorge der trianguläre Raum einer Symbolisierung aufgespannt zwischen Ratsuchendem, SeelsorgerIn und dem anwesend – abwesenden ‚verwundeten Heiler‘: Christus.“ (Müller – Rosenau). Möglichkeit und Ziel der Seelsorge ist das Miteinbeziehen der spirituellen Dimension mit ihrem Deuteangebot der christlichen Symbolwelt, um sich davon anregen zu lassen, nach einer Neuorientierung des eigenen Lebens zu fragen.

Wichtig für uns ist, dass dieser Raum und unser eigener Zugang zu ihm in unserer Arbeit nicht unter- und verloren geht. Sonst stehen wir in der Gefahr, in den Gegenübertragungsverwicklungen, dem Involviert- und Verstricktsein, uns ganz mit dem Gesprächspartner zu identifizieren.

Eine wohl geringere, aber immerhin auch eine Gefahr, könnte uns drohen, wenn wir uns auf der anderen Seite mit dem „verwundeten Heiler“ als Ideal pastoralen Handelns identifizierten.

Bevor ich gleich noch einmal auf die drei Eingangsbeispiele eingehe und sie auf die Gestalt der jeweiligen Übertragung und Gegenübertragung hin befrage, will ich abschließend noch die therapeutisch nicht reflektierte aber dennoch pastoral – psychologisch sehr fundierte Sicht Reinhold Gestrichs erwähnen. Sein Buch „Am Krankenbett“ (1987) eröffnet er mit dem ersten Kapitel „Zu den geistlichen Grundlagen der Krankenseelsorge“ und formuliert als erstes Unterkapitel darin: „Wie die seelsorgerliche Aufgabe im Krankenhaus ‚übertragen‘ wird“.

An Gesprächsbeispielen arbeitet Gestrich die darin ‚übertragenen‘ Erwartungen und Rollen heraus, mit denen wir jeweils beauftragt werden können. Als religiöse Symbolfigur kann auf uns z.B. die Rolle des Hirten, des Vaters, des Heilers, des Trösters, des Richters, des Todesvogels, des Begleiters übertragen werden.

Die Übertragung selbst wird nicht interpretiert, ihr Inhalt wird als Brücke zum Gespräch verstanden. Wobei Gestrich selbstverständlich auch erwähnt, dass wir die jeweiligen Reaktionen in uns auf die gespürten Rollenerwartungen wahrnehmen sollen.

Ganz zum Schluss nun ein paar kurze Bemerkungen zu den drei Eingangsbeispielen:

- Die zunächst heitere, dann unvermittelt weinende Psychologin, die mich unterwegs trifft, sieht mich, den Klinikseelsorger, zu dem eine gute Arbeitsbeziehung besteht, und zugleich erkennt ihre trauernde Seele den Pfarrer, den Tröster, den Geistlichen, den Stellvertreter Gottes hier, des Gottes, zu dem ihr Vater so unvermittelt fortgegangen ist. Ihre kurze Mitteilung überträgt diesen Rollen ihre Information, an der ein starkes Gefühl, Trauer, hängt. Eine kurze Begegnung und (Rollen)Übertragung unterwegs.

- Die Patientin mit der Depressions- und Angstsymptomatik überträgt Verschiedenes auf mich: Ich löse heftige Gefühle und Erinnerungen durch mein Klavierspiel bei der Abendandacht aus, ein Stück von der Nähe und Bewunderung, die einmal einem Mitpatienten galt, öffnet ihr Wege zu mir. Ich singe aus dem neuen Liederbuch und sie entdeckt dabei „ihr“ Lied, Nr. 88 dort. Da ist von Wind, den man nicht sehen kann, von Trost und Licht, von Geist und Angst die Rede. Sie erbittet ein Liederbuch, schreibt den Text ab, lernt ihn auswendig, all ihr spirituelles Bedürfnis wird erfüllt.

Sie beschwert sich über das Niveau der Behandlung hier, ich erlebe die Erwartung, dass ich aber bitte keine solche Nieme für sie sei wie das restliche Personal hier.

In meiner Gegenübertragung tut mir natürlich die Bewunderung gut, ich gebe gern auch geistliche Nahrung und im Gespräch fühle ich selbstverständlich all den defizitären Therapeutinnen, Schwestern und Pflegern haushoch überlegen. Die Folge davon ist, dass ich fünfviertel Stunden bei ihr bleibe und gleich einen weiteren Termin vereinbare.

Sie verarbeitet und überträgt neurotisch, macht mich zum besseren Therapeuten und idealen Pfarrer, ihr und mir tut das gut.

Als ich mich anschließend im Dienstzimmer verabschiede, sagt eine Schwester anerkennend und verwundert: „Na, Du warst ja ziemlich lang bei Frau B.“ Ich darauf: „Ja, ich hab’ ja sonst nichts zu tun!“ Wir lachen beide irgendwie wissend.

- Herr D. im dritten Beispiel braucht und benutzt mich ganz anders. Hier ereignet sich das, was W. Wiedemann psychotische Übertragung oder psychotische Konfliktverarbeitung nennt. Herr D. überträgt psychotisch, obwohl er gar nicht psychotisch im psychiatrischen Verständnis ist. Er spricht mich grundsätzlich und im Gespräch mehrfach mit „Herr Pfarrer“ an. Er geht mit mir in den Container neben der Station und macht mich dort zu einem solchen, in den er lauthals und bedrohlich seine ganze unerträgliche Wut deponieren muss. Er leidet an einem Bündel schwerer

Persönlichkeitsstörungen und überträgt, überträgt auf einem niedrigen Strukturniveau, indem er einfach all das Schlimme in sich in mich hineinschreit.

In meiner Gegenübertragung meldet sich Angst, ich fühle mich bedroht, weiß nicht, wie ich da raus komme, agiere, um die Situation und mich zu retten und begreife im nachträglichen Reflektieren: genau das ist es, was seine Seele meiner übergibt: Seine Angst, seine Hoffnungslosigkeit, seine Perspektivlosigkeit, heil aus seinen Konflikten heraus zu kommen.

Ich begleite diesen Patienten, meist ambulant, indem ich zu ihm nach Hause fahre, nun zwei Jahre lang. Jedes Treffen bietet ihm die Gelegenheit, sein Inneres, seine Hölle, vor dem „Herrn Pfarrer“ zu inszenieren, in mich seine Angst und Ohnmacht so einzulagern, dass ich selbst Angst und Ohnmacht werde. Ich tue Dinge, die ich nicht will, lass mich wie einen Betreuer ausnutzen, obwohl er meinen Vorschlag eines offiziellen Betreuers aggressiv von sich weist. Ich habe massive Schuldgefühle, wenn er sich auf seine Bitte, ihn zurückzurufen, nicht meldet, weil ich seinen Suizid befürchte.

Eine Bearbeitung seiner Themen in Richtung Erkenntnis und Veränderung seiner Lage prallt immer wieder an seiner Art von Kränkung ab, die ihn nur überleben lässt, indem er spaltet und mich als Container benutzt. Was ich ihm an-verdaut aus mir zurückgebe, bringt, kaum wahrnehmbar, millimeterweise im Zeitlupentempo kleine Verwandlung. Zumindest: Solange er mit mir im Kontakt ist und seinen grandiosen Abgang als Suizid-Massaker vor mir inszeniert, muss er ihn nicht in die verdammte Realität umsetzen, mit der er nicht zurechtkommt.

Ich bin nach jedem Gespräch erledigt, ängstlich, fühle mich inkompetent, hoffungslos. Ich pflege mit ihm unser Ritual, dass ich ihm, der von 67 € im Monat lebt, was zu essen bringe, mit ihm esse und er „dem Anlass gemäß“ eine geschenkte Kirchenkerze anzündet im völlig versifften Zimmer, bei heruntergelassenen Fensterläden und einer freischwebenden Glühbirne, die brennt und ein schummeriges Licht bringt. – Von Zeit zu Zeit spreche ich mit einem ehemaligen Therapeuten von ihm, um mit ihm meine Ohnmacht, meine Zweifel und Ängste zu teilen.

Übertragung und Gegenübertragung – ein weites Feld. Und so unterschiedlich. Ich möchte Ihnen Mut machen, sich darin zu entdecken!

Literaturempfehlung:

Wolfgang Wiedemann, Krankenhausseelsorge und verrückte Reaktionen – Das Heilsame an psychotischer Konfliktbewältigung,

Göttingen 1996

Franziska Müller-Rosenau, „Verwundeter Heiler oder „zerstörter Raum“. Erkundungen zur Gegenübertragung in Psychoanalyse und Seelsorge, in: Transformationen , Pastoralpsychologische Werkstattberichte, Heft 3, München 2003

Reinhold Gestrich, Am Krankenbett, Stuttgart 1987

Joachim Scharfenberg, Seelsorge als Gespräch, Göttingen , 2. Auflage 1974

Michael Ermann, Psychotherapeutische und psychosomatische Medizin, Stuttgart , 3. Auflage 1999

Siegfried Bettighofer, Übertragung und Gegenübertragung im therapeutischen Prozess, Stuttgart, 3. Auflage 2004

Roland Müller, Psychoanalytische Therapie heute

Auf dem Weg zu neuen Konzeptionen ihrer Praxis

E-Journal des DPI 16/09/00

Fachtexte zur Entwicklung von Psychotherapie in Theorie und Praxis,

Jahrgang 1, 2000