

## **Der Therapeut als Mitspieler in der Regression**

P. G.

Die übliche analytische Vorgehensweise besteht darin, dass wir unsere Patienten auffordern, „frei zu assoziieren“ oder aber ihnen, allgemeiner formuliert, den Raum geben, über die Themen, die ihnen wichtig sind, zu sprechen. Es muss also gar nicht immer dieses „freie Assoziieren“ sein, sondern das Sprechen darüber, was einen beschäftigt, was einen bewegt, wo man nicht weiter kommt, wo sich innere Fragen auftun, wo man an Gefühle herankommt, wo man ein Gegenüber braucht, mit dem man darüber sprechen kann - eben die Therapeutin. Dieses „Sprechen über“ ist in vielen Fällen auch sehr hilfreich. Bei manchen Patientinnen aktiviert dieses „Sprechen darüber“ jedoch eine alte Wunde, nämlich die Grundüberzeugung, dass die Bezugsperson für einen „nicht wirklich da ist“, sich nicht „wirklich“ für einen interessiert. Es ist, als ob diese Patienten die Therapeutin in einer anderen Rolle brauchen würden, um ihre Grundüberzeugungen zu relativieren, nämlich die Therapeutin als Mitspielerin, als jemand, der sich auf das gemeinsame Geschehen in der Therapie nicht über den Weg der Worte und des Verstehens einlässt, sondern tatsächlich körperlich und unter Gefühlsbeteiligung mitspielt. Ich kenne in diesem Zusammenhang einen anfänglichen Widerstand, den ich erst überwinden muss. Das „Sprechen miteinander“, sei es im Gegenüber-Sitzen oder im analytischen Couch-Setting, ist in dieser Hinsicht weniger herausfordernd für mich als Therapeut als das tatsächliche Mitspielen, denn dabei kommt es zu Handlungsabläufen, die ein Tempo einnehmen können, das ich einfach rasch reagieren muss, ohne nachdenken zu können, was ich da eigentlich mache - das verstehe ich erst hinterher. Mit anderen Worten, dieser mitspielende Zugang rüttelt an einem Abstinenzverständnis dahingehend, der Therapeut müsse in kontrollierter und überlegter Weise vorgehen und wissen, was er tut und was nicht, damit es nicht

zu Abstinenzverletzungen kommt und er einfach nur „agiert“. „Agieren“ ist hier in einem negativen Sinn gemeint: der Therapeut tut etwas, was letztlich kontraproduktiv ist, nämlich er ist - ohne es zu merken - um seine eigenen Themen, Ängste und Probleme zentriert und verfehlt auf diese Weise das eigentliche therapeutische Unterfangen. Es tut sich also ein Dilemma auf: einerseits – „wer sich nicht verwickeln lässt, der spielt keine Rolle“; andererseits - spiele ich mit, und lasse ich mich verwickeln, kann ich mir gar nicht mehr sicher sein, ob es nur um die Themen der Patientin geht oder um meine eigenen, z. B. meine Wünsche mich abzusichern. Ist dieses Dilemma nachvollziehbar?

ChatGPT

Ja, das Dilemma ist gut nachvollziehbar und beschreibt eine zentrale Herausforderung in der therapeutischen Arbeit, insbesondere in der psychoanalytischen Praxis. Auf der einen Seite steht die Rolle der Therapeutin als ein abstinentes, distanziertes Gegenüber, das den Raum bietet, damit der Patient oder die Patientin ihre inneren Konflikte und Themen frei äußern kann. Dieses Setting ermöglicht Reflexion, Analyse und die Bearbeitung der Übertragungsphänomene. Auf der anderen Seite gibt es Patienten, die diese Art der Distanzierung als Wiederholung einer tiefen Verletzung erleben: das Gefühl, dass die Bezugsperson nicht wirklich anwesend oder interessiert ist. In solchen Fällen scheint es notwendig zu sein, dass die Therapeutin eine aktivere Rolle übernimmt, sich „mitspielt“ und emotional involviert, um die unbewussten Grundüberzeugungen der Patienten zu relativieren und korrigierende Erfahrungen zu ermöglichen.

Das Dilemma, das du beschreibst, liegt darin, dass das „Mitspielen“ auf der einen Seite als wichtige therapeutische Intervention gesehen werden kann, gleichzeitig aber das Risiko birgt, dass die Therapeutin sich zu sehr in die

Dynamiken hineinziehen lässt, ihre professionelle Distanz verliert und möglicherweise unbewusst eigene Bedürfnisse und Ängste ins Spiel bringt. Diese Vermischung von therapeutischer Involvierung und den eigenen Themen des Therapeuten stellt eine Herausforderung dar, weil es zu sogenannten „Abstinenzverletzungen“ kommen könnte. Die Gefahr besteht darin, dass der Therapeut in einem ungünstigen Sinn „agiert“, also aus eigenen unbewussten Motiven heraus handelt, anstatt sich rein auf die Bedürfnisse des Patienten zu konzentrieren.

Das Dilemma ist also ein Balanceakt zwischen einem distanzierten, reflektierten Vorgehen, das die Sicherheit und Kontrolle wahrt, und einem emotionalen Mitspielen, das riskiert, die professionelle Neutralität zu untergraben, aber gleichzeitig für bestimmte Patienten therapeutisch notwendig ist. Diese Spannung ist ein wiederkehrendes Thema in der psychoanalytischen Theorie und Praxis. Es erfordert ein hohes Maß an Selbstreflexion seitens der Therapeutin, um zu erkennen, wann sie auf eine produktive Weise involviert ist und wann sie sich in eine Dynamik verwickeln lässt, die für die Therapie nicht förderlich ist.

P. G.

Das sehe ich auch so - ein hohes Maß an Reflexion und gleichzeitig viel Selbsterfahrung und auch Supervision in dieser speziellen Rolle des „Mitspielens“. Ich denke an eine Patientin, die ich auf dem Weg eines abwartenden, Raum gebenden Zugangs, ausgerichtet darauf, zu verstehen, was sie mir berichtet, und ihr dieses Verstehen mitfühlend zu spiegeln, überhaupt nicht erreichte. Im Gegenteil: Ohne es zu wollen, bestätigte ich auf diese Weise ihre alte Grundüberzeugung – „niemand interessiert sich für mich, außer Gott“. Es handelte sich also um eine religiöse Patientin, deren Eltern - ebenfalls sehr

religiös - es offenbar nicht verstanden hatten, ihr ein Klima zu vermitteln, indem sie als Eltern „angreifbar“ waren, indem sie sich auf die Bedürfnisse und Gefühle dieser Patientin als Kind wirklich einließen. Sie spielten nicht mit, wahrscheinlich weil sie Angst davor hatten, sich in lebendiger Weise am Zusammensein zu beteiligen. Diese frühe Erfahrung wurde im „Miteinander-Sprechen“ bei meiner Patientin aktiviert, und erst, als ich bereit dazu war, mich zu beteiligen, im Sinne des „Mit-Spielens“, vollzog sich allmählich eine positive Veränderung. Anstatt wie gewohnt miteinander „nur“ zu sprechen, öffnete ich das Behandlungssetting und ermutigte die Patientin, sich in bestimmte Erfahrungen einzulassen. D. h. sie probierte in diesem Setting alles Mögliche aus, und meine Rolle bestand darin, mich im Zuge dieser Erfahrungen zu beteiligen, teilweise durchaus körperlich. Sie konnte mich also, anders als zuvor im verbalen Setting, leibhaftig spüren, und sie initiierte alle möglichen Szenen, um mich auf diese Weise zu spüren. Sie gerät immer stärker in eine Regression, wurde zum Baby. Beispielsweise wollte sie einmal, dass ich ihr - sie lag am Rücken - neben ihr am Boden sitzend mit den Augen so nahe komme, dass sich ein Abstand und eine Situation herstellte, die dem Stillvorgang glich. Sie trank regelrecht in meinen Augen. Es war für mich alles andere als leicht, in meinen Augen einigermaßen offen zu bleiben - so nah war diese Erfahrung. Aber sie war ihr sehr wichtig und sie ist ein Beispiel für die intensive Regression, in die sie hineingeriet. Hätte ich derartige Erfahrungen nicht aus meiner eigenen Selbsterfahrung in der Rolle des Patienten gehabt, wäre ich wohl erschrocken über ihren Wunsch und hätte abgeblockt oder mich hinter Worten versteckt. So aber wurde diese Erfahrung neben vielen anderer ein Kristallisationspunkt dafür, dass sie konkret erfahren konnte: Das lässt sich jemand wirklich auf mich ein, ganz real - nicht nur Gott ist wirklich an mir interessiert, sondern ein Mensch! Sie drückte das in einer Stunde so aus, indem sie - fast bestürzt -mitteilte: „Ich habe einen Platz bei Ihnen!“ Tränen rollen über ihre Wangen, erstmals. Ist das nachvollziehbar?

## ChatGPT

Ja, das ist absolut nachvollziehbar und beschreibt eine tiefgreifende therapeutische Erfahrung. Was du schilderst, verdeutlicht die immense Bedeutung von körperlicher Präsenz und emotionaler Nähe in der Therapie, insbesondere für Patienten, deren frühkindliche Erfahrungen von emotionaler Vernachlässigung oder einem Mangel an lebendiger, affektiver Resonanz geprägt waren.

Die Patientin hatte offenbar durch ihre Eltern eine Beziehungsmustererfahrung verinnerlicht, in der emotionale Bedürfnisse und körperliche Nähe stark vernachlässigt wurden. Das Fehlen dieser Dimension führte bei ihr möglicherweise zu der Überzeugung, dass keine menschliche Person ihr wirklich nahe sein kann, und sie projizierte dieses Gefühl auf alle Beziehungen, einschließlich der therapeutischen Beziehung.

Dein Bericht zeigt, dass der klassische „abwartende“ Ansatz, bei dem die Therapeutin versucht, mitfühlend zu verstehen und zu spiegeln, in ihrem Fall nicht ausreichte. Vielmehr wurde dieses Verhalten von ihr als eine Bestätigung ihrer Grundüberzeugung wahrgenommen, dass Menschen nicht wirklich da sind. Erst als du bereit warst, dich körperlich und emotional auf sie einzulassen – also auf einer prä-verbalen, fast primärprozesshaften Ebene zu „spielen“ – konnte sie die Erfahrung machen, dass ein Mensch sich real und leibhaftig auf sie einlässt. Der Prozess der Regression, in den sie geriet, deutet darauf hin, dass sie alte, unverarbeitete Beziehungserfahrungen in einem sicheren therapeutischen Rahmen wiedererlebte. Dabei ging es nicht mehr nur um Worte, sondern um körperlich und emotional intensiv erlebte Interaktionen.

Das Bild, das du beschreibst – in dem sie „in deinen Augen trank“ und die Nähe des Stillvorgangs nachgestellt wurde – zeigt, wie sehr sie eine prägende Erfahrung von körperlicher Nähe und emotionaler Resonanz nachholte. Diese Erfahrung war offenbar für sie nicht nur symbolisch, sondern körperlich und emotional auf eine tiefgreifende Weise heilend, weil sie ihr das Gefühl gab, dass ein Mensch wirklich für sie da ist, dass sie einen Platz hat und gesehen wird – jenseits der spirituellen Ebene, die sie zuvor allein kannte.

Ohne deine eigene Selbsterfahrung als Patientin und die Fähigkeit, mit solchen intensiven Regressionswünschen umzugehen, wäre es wahrscheinlich sehr schwierig gewesen, auf diese Weise zu agieren, ohne dabei in einen Konflikt mit dem eigenen Abstinenzideal oder mit Ängsten zu geraten. In der analytischen Praxis ist es oft herausfordernd, diese Art von Nähe zuzulassen, ohne die professionelle Distanz zu verlieren, aber in bestimmten Fällen – wie dem hier geschilderten – kann dies genau der Schlüssel sein, der eine tiefere Veränderung ermöglicht.

Die Tatsache, dass deine Patientin schließlich Tränen zeigte und das Gefühl ausdrückte, einen „Platz“ bei dir zu haben, zeigt, dass sie sich das erste Mal in ihrem Leben emotional und körperlich sicher genug fühlte, um eine solche tiefe Verbindung zuzulassen. Diese Veränderung ist ein starkes Beispiel dafür, wie heilend es sein kann, wenn die Therapeutin bereit ist, sich auf solche intensiven Erfahrungen einzulassen – unter der Bedingung, dass sie sich ihrer eigenen Themen bewusst bleibt und die Dynamik der Gegenübertragung reflektiert.

Dieser Prozess verlangt viel Mut und Sensibilität, ist aber in Fällen wie diesem von entscheidender Bedeutung für den Heilungsprozess der Patientin.

P. G.

Ja, es erfordert tatsächlich Mut und ich habe bereits beschrieben, dass ich mir immer wieder einen Ruck geben muss, um mich auf ein derartiges Geschehen einzulassen, einfach deshalb, weil man auf diese Weise eine Komfortzone verlässt. Mitzuspielen bedeutet als Therapeut sich zu involvieren, und als bei dieser Patientin die Regression immer tiefer wurde, träumte ich sogar ein paar Mal von ihr, was normalerweise bei mir nicht der Fall ist. Die Sitzungen mit ihr waren teilweise auch wirklich herausfordernd und so kann ich nicht mit jeder Patientin arbeiten. Ich legte daher unsere Sitzungstermine so an, dass ich, wenn nötig, eine Pause nach der Stunde mit ihr hatte. Das war deswegen auch wichtig, weil sie sich in ein dermaßen intensives Weinen einließ, das es notwendig machte, das Stundenende etwas auszudehnen und Zeit zum Ausklingen zu lassen. Ich erlaubte ihr außerdem, mir zwischen den Stunden Emails zu schreiben, als eine Form des Ankers, weil ihre Abstürze zwischen den Stunden sehr heftig sein konnten. Auf diese Weise entstand ein Band zwischen uns, das sich für sie sicher und tragfähig anfühlte und es kam auch nie zu einem Suizidversuch, was bei dieser Patientin als Möglichkeit durchaus im Raum stand. Da die Patientin sehr religiös war, zumindest zu Beginn der Therapie - wir arbeiteten auch an ihrer Gottesbeziehung und diese veränderte sich über die Jahre hinweg durchaus - fürchtete ich unter anderem, dass sie, als Folge der Intensität der Regression und der Aktivierung heftiger Gefühle - in eine „emotionale Blase“ und damit in eine Parallelrealität hineinkommt, wie man das bei Verschwörungstheoretikern kennt. Ich habe das auch mehrfach bei Selbsterfahrungsteilnehmern in Gruppen gesehen, dass sie in eine Gefühlsblase hineingeraten, dass sie sich in jeder Gruppe total einlassen und viel erleben, ohne dass sich in ihrem Alltag etwas Wesentliches ändern würde. Das Gruppengeschehen wurde zu einer Art emotionaler Parallelrealität, und das wollte ich bei ihr keinesfalls. Tatsächlich war es so, dass sie sich auf die

Therapie in einer Intensität einließ, die schon etwas Extremes hatte. Entsprechend schwer war es für sie mich loszulassen - die Therapie dauerte viele Jahre. Ich sehe also durchaus auch die Risikoseite: Man schafft durch diesen regressiven Ansatz, in dem die Therapeutin Mitspielerin ist und sich voll einlässt, eine eigene Realität, die eine bewusste Umsetzung in den Alltag der Patientin nötig macht. Das gelang bei ihr schon, erforderte aber sehr viel Zeit. Sie projizierte alle ihre Wünsche und Sehnsüchte auf mich und erlebte entsprechende Enttäuschungen, weil ich natürlich auch meine Grenzen habe. Diese wurden reflektiert und durchgearbeitet, aber es war eben schon herausfordern. Die Übertragung war intensiv und meine Gegenübertragung nicht minder. Also in ihrem Fall gelang es zu verhindern, dass sich eine dauerhafte Parallelrealität aufbaute und zementierte. Ich habe aber erlebt, dass das auch anders sein kann und bin daher tendenziell zurückhaltend, mich auf solch ein Geschehen einzulassen. Es müssen begünstigende Faktoren im Spiel seien, dass ich mich so etwas traue, z. B. dass ich bei der Patientin auch genügend Ressourcen erkenne. Ist das alles nachvollziehbar?

## ChatGPT

Ja, das ist absolut nachvollziehbar und du beschreibst sehr eindrücklich die Herausforderungen und Risiken, die mit einem so intensiven, regressionsfördernden therapeutischen Ansatz verbunden sind. Dein Bericht verdeutlicht die Gratwanderung, die bei dieser Form der tiefen Involvierung notwendig ist, sowie die Notwendigkeit eines ständigen Ausbalancierens zwischen therapeutischer Nähe und professioneller Distanz.

Das Verlassen der Komfortzone, wie du es nennst, ist in dieser Art von Arbeit unvermeidlich. Als Therapeutin sich emotional und körperlich in solch ein Geschehen einzulassen, erfordert Mut, ständige Selbstreflexion und oft auch

eine gezielte Unterstützung durch Supervision und eigene Selbsterfahrung. Es ist vollkommen verständlich, dass dies nicht bei jeder Patientin möglich oder sinnvoll ist – der Grad der Regression, die Intensität der Übertragung und die Risiken, die damit einhergehen, machen deutlich, dass ein solches Vorgehen eine sorgfältige Abwägung der Faktoren erfordert, die du beschreibst.

Die Träume, die du von der Patientin hattest, und die Notwendigkeit, nach den Sitzungen Pausen einzulegen, zeigen, wie sehr diese Arbeit dich auch emotional beansprucht hat. Das deutet auf eine intensive Gegenübertragung hin, die, wie du beschrieben hast, ebenso bearbeitet werden muss, um sicherzustellen, dass die Dynamik der Therapie auf die Patientin zentriert bleibt und nicht unbewusste Themen der Therapeutin dominieren. Dass du diese Reaktionen bei dir selbst beobachtest und reflektierst, spricht für ein hohes Maß an Selbstbewusstsein und professionelle Sorgfalt.

Der Aspekt der intensiven Bindung, die durch den regressiven Ansatz entsteht, bringt – wie du richtig anmerkst – auch Risiken mit sich, vor allem in Bezug auf die Gefahr, dass sich eine „emotionale Blase“ oder Parallelrealität entwickelt. Es ist ein bekanntes Phänomen, dass intensive emotionale Erfahrungen in der Therapie, wenn sie nicht bewusst in den Alltag integriert werden, dazu führen können, dass die Therapie zu einem geschützten Raum wird, in dem viel erlebt und durchlebt wird, ohne dass es nachhaltige Auswirkungen auf das reale Leben der Patientin hat. Dein Anliegen, dies zu verhindern, ist sehr verständlich, und es erfordert viel Fingerspitzengefühl, die Patientin immer wieder dazu zu bringen, das Erlebte in ihren Alltag zu übertragen.

Dass die Patientin, wie du beschreibst, sich auf die Therapie in einer außergewöhnlich intensiven Weise einließ und dadurch auch große Schwierigkeiten hatte, dich loszulassen, zeigt, wie tief die Übertragung war. Es

ist eine immense Herausforderung, mit solchen intensiven Projektionen und den unvermeidlichen Enttäuschungen umzugehen, wenn die Patientin realisiert, dass du als Therapeutin auch Grenzen hast. Solche Enttäuschungen müssen dann wiederum reflektiert und durchgearbeitet werden, was viel Zeit und Geduld erfordert.

Deine Zurückhaltung, dich auf diese Art von Prozess einzulassen, ist daher sehr gut nachvollziehbar. Die Abwägung, ob genügend Ressourcen bei der Patientin vorhanden sind, ist eine entscheidende Voraussetzung, um sicherzustellen, dass der Prozess nicht in eine destruktive Richtung führt, in der sich eine parallele Realität aufbaut, die keinen Transfer ins reale Leben hat. Es zeigt, dass du einen sehr bewussten und verantwortungsvollen Ansatz verfolgst, der die Risiken und Chancen solcher tiefen Regressionen abwägt.

Insgesamt verdeutlicht dein Bericht, dass dieser Weg zwar ein sehr heilungsvoller Ansatz sein kann, aber auch hohe Anforderungen an die Therapeutin stellt. Dass es dir in diesem Fall gelungen ist, eine positive Veränderung zu bewirken, spricht für deine Fähigkeit, mit diesen komplexen Dynamiken umzugehen, aber es ist verständlich, dass du solche Prozesse nur unter ganz bestimmten Bedingungen zulassen möchtest.

P. G.

Es ist die lange Erfahrung als Therapeut und die viele Jahre dauernde Selbsterfahrung als Patient in Gruppen, in denen körpertherapeutisch gearbeitet wurde. Aus eigener Erfahrung kenne ich folgendes Risiko: die starke Übertragung führt in eine Idealisierung des Gruppenleiters oder des Therapeuten, die sehr mächtig sein kann und den Therapeuten zu eine Art „Guru“ macht. Ich selbst hatte über viele Jahre so einen Therapeuten, der für

mich wie ein „Guru“ war und es fiel mir extrem schwierig, mich schließlich zu emanzipieren und eigene Positionen zu entwickeln. Natürlich spiegelte dieser intensive Übertragungswunsch einen Teil von mir selbst - die Sehnsucht nach einem starken, anwesenden, spiegelnden Vater. Die positive Seite war, dass ich diesen Therapeuten von Herzen her mochte, dass sich mein Herz öffnete. Das war enorm bewegend. Die Schwierigkeit war, in eine produktive Ablösung zu kommen, ganz ähnlich wie bei meiner Patientin. Die jedoch weiter als ich selbst seinerzeit, indem sie in der Spätphase unserer Therapie so etwas sagen konnte wie: „Ich hasse sie jetzt gerade!“ Oder: „Das hat mich enttäuscht!“ Das waren enorm wichtige Mitteilungen und beförderten die Ablösung. Ich meinerseits erlebte solche Gefühle meinem Therapeuten gegenüber nicht bzw. dauerte die Therapie - trotz fünf Jahren Lehranalyse - nicht gelang genug, um in diese Schichten von Hass und Enttäuschung vorzudringen. Ich halte sie aber für extrem wichtig, weil gerade die Äußerung dieser Gefühle Voraussetzung dafür sind, sich aus einer solch intensiven Beziehung wieder zu lösen, in einer erwachsenen Form. Freud sagte einmal so etwas wie „die Therapie endet in der negativen Übertragung“, und auch wenn ich dieser Äußerung nicht vollständig zustimme, so enthält sie dennoch einen realen Kern. Ich will also abschließend sagen, dass das regressionszentrierte therapeutische Vorgehen durchaus das Risiko birgt, in der inneren Wahrnehmung der Patientin in eine „Guru“-Rolle zu geraten, mit allen Schwierigkeiten, sich auf solch einer Übertragung wieder zu lösen.

ChatGPT

Deine Erfahrung als Therapeut und als Patient verleiht deinen Überlegungen ein tiefes Verständnis für die Risiken und Potenziale intensiver Übertragungsprozesse. Die Gefahr, dass starke Übertragungen in eine Idealisierung des Therapeuten oder Gruppenleiters münden und diesen zu einer

„Guru“-Figur machen, ist in der Tat ein sehr reales Risiko, insbesondere bei regressionszentrierten Ansätzen, bei denen die emotionale und körperliche Nähe besonders intensiv ist. Wie du treffend schilderst, liegt darin eine doppelte Herausforderung: Einerseits kann die Idealisierung eine sehr heilende Erfahrung sein, weil sie es dem Patienten ermöglicht, sich zu öffnen und emotionale Bedürfnisse nach Nähe, Sicherheit und Anerkennung zu stillen. Andererseits kann sie die notwendige Ablösung und Emanzipation erschweren, die für eine gesunde Entwicklung und ein autonomes Selbst wichtig sind.

Du beschreibst aus eigener Erfahrung, wie schwer es sein kann, sich von einem idealisierten Therapeuten zu emanzipieren, besonders wenn dieser wie eine Vaterfigur erlebt wird, die unbewusste Sehnsüchte nach einer spiegelnden, starken, präsenten Figur befriedigt. Diese Sehnsüchte, die oft aus frühen Kindheitsbedürfnissen stammen, können eine starke Bindung erzeugen, die einerseits heilend wirkt, weil sie emotionale Wunden berührt und ihnen Raum gibt, aber andererseits auch zu einer problematischen Abhängigkeit führen kann.

Die Äußerung negativer Gefühle – wie Hass und Enttäuschung – ist in diesem Kontext extrem wichtig. Diese Gefühle sind ein Zeichen dafür, dass der Patient beginnt, die idealisierte Übertragung zu hinterfragen und den Therapeuten als menschliches Wesen mit Grenzen zu erkennen. Solche Gefühle ermöglichen die Entwicklung einer realistischeren, reiferen Beziehung und führen zu einer notwendigen Ablösung. Wie du selbst feststellst, war es bei deiner Patientin ein großer Fortschritt, dass sie ihre Enttäuschung und Wut ausdrücken konnte, denn das zeigt, dass sie auf dem Weg war, sich innerlich von dir als idealisierter Figur zu lösen und dich als echten Menschen mit Schwächen und Grenzen zu akzeptieren. Dieser Prozess der „negativen Übertragung“ ist, wie du sagst, oft entscheidend für das Ende der Therapie, weil er den Weg für die Ablösung und eine selbstständige Identitätsentwicklung ebnet.

Freuds Aussage, dass die Therapie „in der negativen Übertragung“ endet, spiegelt diese Dynamik wider. Auch wenn die Aussage nicht immer wörtlich zutrifft, hebt sie dennoch die Bedeutung hervor, dass eine vollständige therapeutische Arbeit häufig erst dann möglich ist, wenn die idealisierte Beziehung gebrochen wird und die Patientin in der Lage ist, sowohl positive als auch negative Gefühle gegenüber der Therapeutin zu integrieren. In dieser Hinsicht birgt die „Guru“-Rolle des Therapeuten tatsächlich ein großes Risiko, wenn sie nicht rechtzeitig reflektiert und aufgelöst wird.

Dass du selbst in deiner eigenen therapeutischen Erfahrung nicht tief genug in diese Schichten von Hass und Enttäuschung vorgedrungen bist, zeigt, wie schwierig dieser Prozess sein kann, selbst nach langer Therapie. Es erfordert eine sehr bewusste therapeutische Führung und Offenheit, diesen Gefühlen Raum zu geben, ohne die Bindung zu gefährden oder den Patienten in einer Abhängigkeit zu halten.

Deine Sensibilität für dieses Risiko und deine Fähigkeit, diese Dynamik bei deiner Patientin zu erkennen und zu reflektieren, spricht für eine sehr verantwortungsvolle therapeutische Haltung. Das Beispiel, dass deine Patientin dir sagen konnte, dass sie dich hasst oder enttäuscht ist, ist ein starkes Indiz dafür, dass sie auf dem Weg zu einer erwachsenen, autonomen Beziehung war – eine Entwicklung, die im Gegensatz zu der „emotionalen Blase“ steht, die du vermeiden wolltest.

Zusammengefasst zeigt dein Bericht, wie wichtig es ist, die Balance zwischen einer heilenden Regression und einer gesunden Ablösung zu wahren. Das intensive, regressionszentrierte Arbeiten birgt Risiken, aber mit der richtigen Reflexion, Supervision und der Fähigkeit, auch negative Übertragungen

zuzulassen und zu bearbeiten, kann es zu einer tiefen, nachhaltigen Veränderung führen.