



Psychodynamische Psychotherapie

25. Jahrgang
1.2026
DOI 10.21706/pdp-25-1

Herausgegeben von
Carsten Spitzer
Annegret Boll-Klatt
Sebastian Euler

Konflikte in Psychotherapie und Gesellschaft



Antje Gumz

»Unlösbare« Konflikte in der Psychotherapie und deren Befriedung

ZUSAMMENFASSUNG: Spannungen und Krisen in der therapeutischen Beziehung (Alliance Ruptures) treten in jeder Psychotherapie auf. Sie bergen ein hohes Risiko für Therapieabbrüche und schlechtere Therapieergebnisse. Gleichzeitig bieten sie eine große Chance. Wenn es uns als Therapeuten gelingt, in herausfordernden Situationen in einen hilfreichen Dialog zu treten, kann eine neue Beziehungserfahrung vermittelt werden. Dies ist oft einfacher gesagt als getan. Wir Therapeuten reagieren häufig selbst subtil feindselig und treten mit unseren eigenen früheren Beziehungserfahrungen, Vulnerabilitäten und unerfüllten Bedürfnissen in die Beziehung zu unseren Patienten. So werden auch unsere eigenen unvollständig gelösten Konflikte spürbar. Im Beitrag werden Wege des Umgangs mit Spannungen und Krisen in der Therapiebeziehung beschrieben. Die besondere Bedeutung emotionaler Verbundenheit und einer authentischen, nicht-autoritativen Haltung sowie einer Kultur der Akzeptanz und Neugier wird dargelegt. Ein Aus- und Weiterbildungsprogramm, das Modifizierte Allianz-Fokussierte Training mit Doppeln (MAFT-D) für einen kompetenten Umgang mit Spannungen und Krisen unter Einsatz von Videoaufzeichnungen, Rollenspielen und der Doppeltechnik wird vorgestellt.

SCHLÜSSELWÖRTER: Spannungen und Krisen; Alliance Ruptures; subjektive Gegenübertragung; Therapeutenfaktoren; Modifiziertes Allianz-Fokussiertes Training mit Doppeln

Eingereicht: 05.10.2025, angenommen: 15.10.2025

CITE AS: Gumz, A. (2026). »Unlösbare« Konflikte in der Psychotherapie und deren Befriedung. *Psychodynamische Psychotherapie*, 25 (1), 34–48.

DOI 10.21706/pdp-25-1-34

Spannungen und Krisen in der Therapiebeziehung gehören zum therapeutischen Alltag. Es gibt eine ganze Reihe von Konzepten und Begriffen, die aus sich teils stark überlappenden Perspektiven auf die therapeutische Beziehung blicken. All diese Konzepte und Begriffe beziehen sich auf das Phänomen, dass die therapeutische Beziehung zum einen eine haltgebende, unterstützende Basis ist und dass sich zugleich schwierige Beziehungserfahrungen in ihr wiederholen und hiervon ausgehend verstanden und bearbeitet werden können (Gumz, 2020). Für diese Wiederholung der Beziehungserfahrungen in der therapeutischen Beziehung steht der Begriff der Übertragung (Freud, 2000 [1912]). Übertragungen sind ein unvermeidlicher



P sagte zu T: »Mir ist aufgefallen, dass Sie Ihre Augen so süß zusammenkneifen, das ist sehr niedlich.«

P berichtet T, die früher Schauspielerin war, dass sie sie gegoogelt habe. Bei T entsteht der Eindruck »enttarnt« worden zu sein und sie weiß nicht, wie sie adäquat auf diese Offenbarung reagieren soll.



P erzählt, dass ihr nach einem Arbeitstag in einem Café die Beine wehtun, empfindet es als Zumutung, Geld verdienen zu müssen, setzt ihre »harte« Situation mit der von Flüchtlingen gleich. T reagiert extrem genervt.

P konfrontiert T mit den Wahlen im gemeinsamen Heimatland. Viele Stimmzettel haben das Konsulat nicht erreicht, was zu einer geplanten Protestaktion führte. T gibt P eine Blankounterschrift, um die politische Aktion zu unterstützen. T empfindet, etwas getan zu haben, das sie eigentlich nicht wollte.



Abb. 1: Vier Beispiele für Spannungen und Krisen in der Therapiebeziehung

P = Patientin, T = Therapeutin

© Antje Gumz/Axel Kühn (KI nachbearbeitet)

Bestandteil psychotherapeutischer Prozesse. Dennoch zeigt sich in der Praxis, dass auch erfahrenere Therapeuten – trotz Vertrautheit mit dem Übertragungskonzept – das Auftreten negativer Übertragung unangenehm erleben oder mit dem Gefühl eines Makels in Verbindung bringen (Gumz, 2020).

Die Wiederholungen schwieriger Beziehungserfahrungen können sich in Form von Spannungen und Krisen (Alliance Ruptures) bemerkbar machen (Safran & Muran, 1996). Diese Spannungen und Krisen gehören zu den größten Herausforderungen im Therapiealltag. Hiervon ausgehend können Patienten die Therapie vorzeitig abbrechen oder es resultieren schlechte Therapieergebnisse. Ihre Chance liegt darin, dass wir die dysfunktionalen Muster unserer Patienten explorieren und neue heilsame Beziehungserfahrungen vermitteln können (Gumz, 2020). Alliance Ruptures ereignen sich häufig (20 % bis 100 % aller Sitzungen; Eubanks, Muran & Safran, 2018; Gumz, Marx & Rugenstein, 2025).

Abbildung 1 zeigt vier Beispiele, die einem Forschungsprojekt entstammen, in dem wir Therapeuten aller Richtlinienverfahren interviewt haben, zu einer für sie jeweils emotional besonders bedeutsamen Spannung und Krise in der Therapiebeziehung (Berger et al., 2025; Gumz, 2024; Berger et al., under review). Nach den Interviews haben wir die Therapeuten zu Supervisionen eingeladen (je vier Therapeuten pro Gruppe), in denen wir diesen Spannungen und Krisen in Rollenspielen nachgespürt

haben. Interviews und Supervisionssitzungen haben wir qualitativ ausgewertet. Es ging dabei u. a. auch darum, zu untersuchen, inwieweit biografische Erfahrungen der Therapeuten im Kontext solcher Spannungen und Krisen eine Rolle spielen (Gumz, 2024).

Wir Therapeuten sind beteiligt

Psychotherapeuten unterscheiden sich in ihrer Wirksamkeit: sowohl in den durchschnittlich erzielten Therapieergebnissen, in der Wahrscheinlichkeit vorzeitiger Therapieabbrüche als auch in der Qualität der therapeutischen Beziehungen (Therapeuteneffekte; Johns et al., 2019). Dabei neigen sie – wie viele andere Berufsgruppen auch – zur Selbstüberschätzung, etwa hinsichtlich ihrer Erfolgsraten oder interpersonellen Fähigkeiten (z. B. Longley et al., 2023; Ziem & Hoyer 2020; Brosan et al., 2008; Hatfield et al., 2010; Walfish et al., 2012).

Vor diesem Hintergrund stellt sich die Frage, was »gute« Therapeuten ausmacht. Forschungsergebnisse weisen darauf hin, dass »gute Therapeuten« über ein hohes Maß an interpersonellen Fähigkeiten verfügen – eine stabile Eigenschaft, auf die Therapeuten über verschiedene Patienten hinweg zurückgreifen können. Besonders relevant ist die Kompetenz, konstruktiv mit Spannungen und Krisen in der therapeutischen Beziehung umzugehen (Gumz, 2025). Gerade hier zeigt sich jedoch eine zentrale Herausforderung, denn in der Praxis reagieren Therapeuten in solchen Situationen nicht selten selbst mit subtil feindseligen Mustern (z. B. Bagatellisieren, Anklagen, Ignorieren; Strauß, 2021; Gumz, 2020).

Damit sind wir unmittelbar beim Konzept von Übertragung, Gegenübertragung und Eigenübertragung. Therapeuten können sich dem, was in der therapeutischen Beziehung geschieht, nicht entziehen: Sie sind unweigerlich Teil eines dynamischen Systems, in dem Kognitionen, Emotionen und Beziehungsrepräsentanzen beider Seiten über komplexe Wechselwirkungen ineinandergreifen und ein spezifisches Beziehungsmuster erzeugen (Gumz, Geyer & Brähler, 2014; Gumz et al., 2008). Winnicott unterschied bereits 1949 zwischen einer objektiven (durch Patienten induzierte Gefühle) und einer subjektiven Gegenübertragung (Synonym: Eigenübertragung; Berger, Kästner & Gumz, 2024). Die subjektive Gegenübertragung bezieht sich auf all das, was wir als Therapeuten als Wiederholung unserer früheren Beziehungserfahrungen oder aufgrund unserer aktuellen Konflikte in die Therapiebeziehung einbringen. Das heißt, in der therapeutischen Beziehung werden immer auch die neurotischen Strukturen, Selbstschutzmechanismen oder ungelösten Konflikte von uns Therapeuten sichtbar (Gumz, 2020). Studien zeigen, dass die Gegenübertragung zu einem geringen, aber bedeutsamen Teil durch die Patienten, also objektiv induziert ist. Der subjektive Anteil scheint allerdings größer zu sein (Berger, Kästner & Gumz, 2024; Hafkenschied, 2012; Hafkenschied & Kiesler, 2007; Löffler-Stastka et al., 2019). Hier lässt sich eine Brücke schlagen zum Konzept des »wounded healer« (Jung, 1951): Seelische Wunden prägen häufig die Entscheidung, Therapeutin, Therapeut zu werden, und können – wenn verarbeitet – ein vertieftes Verständnis

und größere Empathie für die Patienten ermöglichen. Empirisch wurde wiederholt gezeigt, dass Therapeuten häufiger als andere Berufsgruppen von emotionaler Vernachlässigung, Missbrauch, dysfunktionalen Beziehungsmustern oder Parentifizierung in der Kindheit berichten (z. B. DiCaccavo, 2003; Nikčević, Kramolisova-Advani & Spada, 2007). Gerade deshalb ist es oft leichter gesagt als getan, dem Sog, in Situationen von Spannungen und Krisen feindselig zu reagieren, zu widerstehen. Solche Reaktionsmuster können biografisch begründet sein (Berger et al., under review; Berger et al., 2025; Gumz, 2024; Strauß, 2021; Hilliard et al., 2000).

In unseren qualitativen Analysen der Interviews und Rollenspiele zu emotional besonders herausfordernden Spannungen und Krisen haben wir Kategorien für solche biografischen Trigger herausgearbeitet (Beispiele s. Abb. 1). Beispielsweise berichteten Therapeuten über die Erfahrung, in wichtigen Beziehungen ausgegrenzt oder marginalisiert worden zu sein – was das Gefühl, in der Therapiebeziehung zurückgewiesen zu werden, besonders schmerzhaft machen kann. Ein weiteres Beispiel ist die Erfahrung, um die Aufrechterhaltung von Beziehungen zu Bezugspersonen kämpfen zu müssen – was dazu verleiten kann, in Spannungssituationen übermäßig Verantwortung für die therapeutische Beziehung zu übernehmen. Die Erfahrung, von früheren wichtigen Bezugspersonen kritisiert oder bewertet worden zu sein, kann bei Kritik oder Unzufriedenheit von Patienten zu Gefühlen von Ohnmacht oder Hilflosigkeit führen. Eine weitere, in unserer Studie identifizierte Kategorie ist die Erfahrung von Grenzüberschreitungen durch wichtige frühere Bezugspersonen – die möglicherweise das Abgrenzen, das Regulieren der Nähe in der therapeutischen Beziehung erschweren kann.

Wir Supervisoren sind beteiligt

Spannungen und Krisen treten auch in der Supervisionsbeziehung auf, oft in komplexerer Form, weil die dyadische Beziehung um eine dritte Person erweitert wird. Als Supervisoren erleben wir sowohl die Dynamiken in der Dyade Therapeut/in – Supervisor/in, in der Dyade Patient/in – Therapeut/in als auch in der Triade Patient/in – Therapeut/in – Supervisor/in. Ein Beispiel: Eine Therapeutin behandelte eine Patientin mit ödipaler Problematik und sexueller Funktionsstörung. Die Symptomatik der Patientin ging auf Erfahrungen mit dem Vater zurück (»mit Blicken übergriffig«). Der Supervisor kommentierte beim Ansehen der Videosequenz einer Therapiesitzung: »Das ist aber ein schöner Anblick.« Damit wiederholte sich eine zentrale Beziehungserfahrung der Patientin innerhalb der Triade Patientin – Therapeutin – Supervisor. Diese Szene ist ein Beispiel dafür, wie solche Wiederholungen, auch in der Supervisionsbeziehung, für ein tieferes Verstehen genutzt werden können.

Auch in der Dyade Therapeut/in – Supervisor/in habe ich die Erfahrung gemacht, dass Supervision besonders dann sehr fruchtbar wird, wenn negative Gefühle oder Eigenübertragungen frühzeitig angesprochen werden. Solche Schlüsselmomente spiegeln häufig das Thema wider, welches sich in der therapeutischen Beziehung zeigt und ermöglichen Verstehen und Fortschritte auf beiden Ebenen.

Ein weiterer wichtiger Aspekt betrifft die Gegenübertragung: Sie ist in hohem Maße subjektiv – eine Tatsache, die für die Supervision entscheidend ist. Wird dies übersehen und werden Gefühle ausschließlich als »objektiv induziert« dargestellt, kann das Therapeuten verunsichern und Selbstzweifel hervorrufen. Um sich mit Spannungen und Krisen in der Therapiebeziehung oder der Supervisionsbeziehung authentisch auseinandersetzen zu können, ist es essenziell, dass Therapeuten und Supervisoren ihren jeweils individuellen Affekten und Gefühlen trauen, einen guten Zugang dazu haben und sie als Ressource für ihre therapeutische Arbeit nutzen.

Das Modifizierte Allianz fokussierte Training mit Doppeln (MAFT-D; Gumz et al., 2025)

Was kann uns helfen, mit Spannungen und Krisen befriedend umzugehen? An dieser Stelle möchte ich ein schulunenabhängiges Trainingsverfahren vorstellen: das Allianz-Fokussierte Training. Es wurde von Jeremy Safran, Chris Muran und Catherine Eubanks, basierend auf langjähriger Forschung und klinischer Erfahrung, entwickelt (Safran & Muran, 2000; Eubanks, Muran & Safran, 2015). Ausgehend von dem Grundgedanken, dass die therapeutische Beziehung stets von beiden Beteiligten konstruiert ist, wird mit diesem Verfahren geübt, Spannungen und Krisen achtsam zu erkennen, negative Affekte zu tolerieren, zu regulieren und hilfreiche Worte zu finden (Metakommunikation; Safran & Muran, 2000; Gumz, 2019). Zentral dabei ist das Arbeiten mit Videoaufzeichnungen von Therapiesitzungen und Rollenspielen. In den Rollenspielen spüren die Therapeuten jeweils einer erlebten Spannung oder Krise in der Therapiebeziehung nach, indem sie sowohl in die Patienten- als auch die Therapeutenrolle gehen. Dadurch bekommen sie die Möglichkeit, (non-)verbale Handlungsweisen und unbewusste Beteiligungen (blinde Flecke) wahrzunehmen. Ausgehend hiervon werden neue Möglichkeiten des Intervenierens erprobt, indem das Wahrgenommene in Worte gefasst wird, um die Spannungen und Krisen aufzulösen (Gumz et al., 2025; Gumz, 2023; 2019).

Wir haben das Allianz-Fokussierte Training an vier Stellen modifiziert. Hieraus entstand das Modifizierte Allianz fokussierte Training mit Doppeln (MAFT-D; Gumz et al., 2025; Gumz, 2020).

Modifikationen

1) Eine entscheidende Modifikation ist, dass der Zugang zum affektiven Erleben ausschließlich über die Technik des Doppelns (Psychodrama-Technik) unmittelbar nach den Rollenspielen erfolgt. Hintergrund ist die Erfahrung, dass Therapeuten in Supervisionsgruppen häufig eher rationalisieren und intellektualisieren, also auf den kognitiven Austausch von Konzepten und Strategien zurückzugreifen – was gut verständlich ist, da dies auch eine gewisse professionelle narzisstische Befriedigung bietet. Solche Tendenzen können jedoch unter Umständen Schwierigkeiten verdecken, sich auf einer emotionalen Ebene einzulassen – sei es durch einen Wider-

stand gegen die Wahrnehmung subjektiver oder objektiver Gegenübertragungen (Berger, Kästner & Gumz, 2024; Winnicott, 1949) oder durch den Druck, eigene alexithyme Züge verbergen zu müssen (Schwierigkeiten, Emotionen wahrzunehmen und auszudrücken; Gumz et al., 2024). Die Doppeltechnik zielt also darauf, die Wahrnehmung und Versprachlichung von Emotionen in den Vordergrund zu rücken und ein offenes, nicht wertendes Klima in der Supervision zu fördern (Gumz et al., 2025).

2) Ein weiterer zentraler Modifikationspunkt ist der strukturierte Fokus auf Eigenübertragungen der Therapeuten – also auf individuelle Verwundbarkeiten und biografische Beziehungserfahrungen. Unsere Vorarbeiten haben gezeigt, dass solche biografischen Trigger in Spannungen und Krisen eine wesentliche Rolle spielen können (Berger et al., under review; Berger, Kästner & Gumz, 2024; Gumz, 2024). Deshalb wird in den Fallbesprechungen systematisch danach gefragt, welche eigenen Anteile möglicherweise aktiviert oder getriggert wurden.

3) Eine weitere Modifikation betrifft die aktive Rolle der Supervisoren beim »Soufflieren«, verstanden als modellhaftes Vormachen hilfreicher Worte. Unsere Erfahrung zeigt, dass Supervisanden zu Beginn oft unsicher sind, wie sie belastende Affekte in Sprache fassen können. Es hat sich daher als hilfreich erwiesen, dass die Supervisorin beständig Formulierungen anbietet und dabei die individuellen Gefühle der Supervisandin einbezieht, d. h. die hilfreiche Metakommunikation wird gemeinsam suchend entwickelt.

4) Wir haben die Supervisionsabläufe stark standardisiert, um hierdurch möglichst zeitsparend an einem Fall arbeiten zu können. Abbildung 2 skizziert den standardisierten Ablauf einer Gruppensupervision mit dem MAFT-D. Ein ausführliches Fallbeispiel findet sich in Gumz (2025a).

Seit Juli 2024 läuft eine von der DFG geförderte, randomisiert kontrollierte klinische Studie (Projektleitung: Prof. Dr. Antje Gumz; Gumz et al., 2025; Präregistrierung: DRKS00014842) in Kooperation mit mehr als 20 Ausbildungsinstituten und Forschungseinrichtungen. Geprüft wird die Wirksamkeit von MAFT-D im Vergleich zu Psychotherapieausbildung nach Routinebedingungen (nach 20, 35 Wochen, 20, 36 Monaten; primäre Outcomes: Symptombesserung und Therapieabbruchrate; sekundäre Outcomes: Ängstlichkeit, somatische, persönlichkeitsstrukturelle, interpersonelle Probleme und Lebensqualität bei Patienten; therapeutische Kompetenz im Selbst- und Beobachterurteil; Emotionsregulationsfähigkeit, Alexithymie und Supervisionszufriedenheit bei den Therapeuten. Analysiert werden ca. 300 Patienten mit einer depressiven Störung, deren Therapeuten ($n \approx 160$) sowie die Supervisoren der Therapeuten ($n \approx 40$), stratifiziert nach kooperierendem Zentrum, therapeutischem Ansatz (VT vs. TP) und komorbider Persönlichkeitsstörung (ja vs. nein). Darüber hinaus werden Prädiktoren, Moderatoren und Mediatoren der Symptomveränderung untersucht. Die Studie stellt eine der bislang größten Untersuchungen zur Wirksamkeit eines spezifischen Supervisions- und Trainingsansatzes in der Psychotherapieausbildung dar.

1. Achtsamkeitsübung (um den Zugang zu den eigenen Affekten zusätzlich zu unterstützen)
2. Fallvorstellung (kurz, biografische Eckpunkte, Symptome)
3. Videosequenz letzte Sitzung
4. Drehbuch der Szene (Wie verhält sich P in Beziehung zu T: Gestik, Mimik, O-Töne, Körperhaltung, Blickrichtung, Stimme, ...)
5. *Rollenspiel 1* (Supervisandin in T-Rolle, Gruppenmitglied in P-Rolle)
6. *Doppeln* (Gruppenmitglieder: Wie fühlte ich mich in Identifikation mit P oder T (Hand auf Schulter))
7. *Rollenspiel 2* (Gruppenmitglied in T-Rolle, Supervisandin in P-Rolle)
8. *Doppeln*
9. Detailliertere Frage nach dem Erleben der Darsteller von T und P
10. *Rollenspiel 3* (Supervisandin erprobt neues Verhalten in T-Rolle; Metakommunikation; Supervisorin »souffliert«)
11. Detailliertere Frage nach dem Erleben der Darsteller von T und P (P-Darstellerin sagt, welche Interventionen sie besonders erreicht haben; T sagt, welche Impulse sie mitnimmt)
12. Wunde Punkte (Was hat die Spannung mit eigenen früheren Beziehungserfahrungen zu tun, welche biografische Themen werden getriggert?)

Abb. 2: Ablauf einer MAFT-D-Gruppensupervision (ca. 45 Minuten pro Fall)

P = Patient/in, T = Therapeut/in

Emotionale Verbundenheit, Authentizität und Neugier im Hier und Jetzt

Wenn in der therapeutischen Beziehung Spannungen oder Krisen entstehen, ist es bereits ein entscheidender Schritt, diese wahrzunehmen und nicht zu übersehen. Ist dies gelungen, gilt es, einen Einstieg zu finden, um das Erlebte in Worte zu fassen. Der eigene Affekt wird dabei zur zentralen Richtschnur: Das, was ich als Therapeutin unmittelbar spüre, dient mir als Kompass für die Metakommunikation. Ein solcher Einstieg kann auf drei Ebenen erfolgen: der Ebene des Patientenerlebens (z. B. »Sie wirken auf mich etwas gereizt«), auf meinem Erleben als Therapeutin (»So, wie Sie darüber sprechen, verliere ich gerade den Draht zu Ihnen«) oder mit Fokus auf das gemeinsame »Wir«, das interpersonelle Feld (»Es kommt mir so vor, als ob wir beide unerschwerlich miteinander kämpfen«; Safran & Muran, 2000; Gumz, 2020; 2019).

Für das In-Worte-Fassen von dem, was in der therapeutischen Beziehung passiert, werden im Rahmen des Allianz-Fokussierten Trainings eine Reihe von Haltungen und Prinzipien geübt (Safran & Muran, 2000; Gumz, 2020; 2019). Vier dieser Prinzipien halte ich für besonders bedeutsam.

Prinzip 1: Bleiben Sie, wenn Sie Spannungen und Krisen aufgreifen, konsequent im Hier und Jetzt der Beziehung, im gegenwärtigen Moment, beim momentan Erleben, nicht in der letzten Stunde, auch nicht in einem anderen Moment der Sitzung. Nehmen Sie Ihre Gefühle, die unmittelbar im Hier und Jetzt entstehen, achtsam und neugierig wahr. Akzeptieren Sie sie, ohne sie zu bewerten.

Prinzip 2: Achten Sie kontinuierlich auf Ihr Gefühl der emotionalen Verbundenheit. Dieses Gefühl der anwesenden oder abwesenden emotionalen Verbundenheit ist eine der wichtigsten Informationsquellen. Ausgehend hiervon lassen sich Veränderungen direkt ansprechen.

Prinzip 3: Nehmen Sie eine neugierige Haltung aufrichtigen Nichtwissens ein. Sprechen Sie aus einer subjektiven, fragenden, verstehen wollenden Perspektive, keiner autoritativen. Es geht stets darum, das Beziehungsgeschehen gemeinsam zu erkunden. Hierzu gehört auch, konsequent zu verdeutlichen, dass meine Interventionen als Therapeutin explorativ sind, dass es sich nicht um korrekte Experteninformationen handelt. Mit der Vorstellung, über Expertenwissen zu verfügen, gelingt es kaum, eine neugierige Haltung einzunehmen. Bestätigen Sie das Patientenerleben.

Prinzip 4: Zeigen Sie Ihre Gefühle authentisch und offenbaren Sie Ihre Gefühle, wenn dies der Klärung einer Spannung zuträglich ist – allerdings ohne in eine defensive Haltung zu verfallen und auch ohne Ihrer Patientin Schuld an Ihrem Erleben zuzuschreiben. Bekennen Sie sich auch zu Ihrem Anteil an der Entstehung von Spannungen und Krisen.

Fallbeispiel: Wie die Auflösung von Krisen misslingen, gelingen – und von biografischen Wunden geprägt sein kann

Im Folgenden stelle ich Ausschnitte aus drei Szenen vor, die den Umgang mit Spannungen und Krisen in der therapeutischen Beziehung illustrieren¹. Sie zeigen: 1) eine Krise, deren Auflösung misslang, 2) dieselbe Szene nach dem gemeinsamen Üben der oben beschriebenen Prinzipien im Rollenspiel, mit einer gelingenderen Metakommunikation und 3) einen Supervisionsdialog, in dem biografische Einflüsse des Therapeuten reflektiert wurden.

Während die folgenden Ausschnitte eine deutliche und sehr belastende Krise zeigen, geht es in der Supervision mit dem Ansatz des MAFT-D oft um subtilere Spannungen im therapeutischen Prozess. Das hier vorgestellte Beispiel macht jedoch deutlich, dass selbst in einer ausgeprägten Krise, die erst in der letzten Sitzung offen zur Sprache kommt, noch etwas in der therapeutischen Beziehung geschehen kann – im Sinne einer korrigierenden Beziehungserfahrung, die für den Patienten bedeutsam, befriedend oder sogar ein wenig heilsam sein kann.

Der Patient im hier dargestellten Fallbeispiel ist ein etwa 50-jähriger Mann mit einer langjährigen Alkoholabhängigkeit, schweren Depressionen und chronischer Suizidalität. Er hofft auf Frühberentung und berichtet von einem kalten Elternhaus, in dem er kaum zwischenmenschliche Nähe erlebt hat.

1 Die Falldarstellung und die Supervisionssequenz wurden zur Wahrung der Vertraulichkeit inhaltlich verändert und vollständig anonymisiert. Die Verwendung erfolgt mit ausdrücklicher Zustimmung des beteiligten Therapeuten.

Szene 1: Misslingende Auflösung einer Krise in der therapeutischen Beziehung

T: Ja, Herr A., das ist jetzt unsere letzte Therapiesitzung, die 16 Wochen sind um und übermorgen ist Ihr letzter Tag.

P: Hm, ja, leider mein letzter Tag. [...] Sie wollten ja meinen Aufenthalt nicht nochmal verlängern. [...] Ich hätte das so dringend gebraucht. [...] Mir geht es sowas von beschissen und schlecht. [...] Wahrscheinlich muss ich gleich wieder zur Flasche greifen, wenn ich hier raus bin, und Sie wissen ja, da ist ja auch meine Suizidalität, ich weiß da auch nicht und kann da für nichts garantieren [...] Also mir wurde hier überhaupt nicht geholfen, gar nicht! Das ganze Therapiekonzept ist sowas von schlecht. Ich war ja schon in anderen Kliniken und da war das viel besser [...] Ja, man merkt halt, dass Sie noch in der Ausbildung sind, ne? [...]

T: Ja, also [...] ganz ehrlich, es hätte mich gefreut, wenn Sie das ein bisschen früher alles mal eingebracht hätten. [...] Sie haben sich in der Gruppentherapie kein einziges Mal zu Wort gemeldet. Und soweit ich das beurteilen kann [...], haben Sie das bei anderen Therapieangeboten auch nicht gemacht. Sie haben sich nicht eingebracht, gar nicht.

P: Ja, aber mir wurde halt auch nicht geholfen. [...] Und nun geht es mir noch schlechter, als es mir vorher sowieso schon ging. [...] Sie waren einfach als Therapeut überhaupt nicht gut. [...] Und ehrlich gesagt, ich überlege mir auch, ob ich eine Beschwerde schreibe, so schlimm wie das alles lief.

T: Also, lieber Herr A., nochmal, wir haben ja mit Ihnen drüber gesprochen, dass eine weitere Verlängerung der Therapie keinen Sinn machen würde. Genau auf das bezogen, was ich eben gesagt habe. [...] Sie haben sich nicht eingebracht. Wir haben keine Fortschritte bei Ihnen sehen können. Und natürlich, Sie haben Ihre Sicht auf die Dinge. Das kann ich verstehen. Das ist ja auch alles gut. [...] Wir können das auch einfach so stehen lassen, was Sie jetzt hier gerade zu mir gesagt haben.

P: Ja, ist dann leider so, ne. Ich kann es nur nochmal wiederholen. Ich bin sehr enttäuscht. [...] Und ich befürchte das Schlimmste, wenn ich hier jetzt gehen muss. Wissen Sie ja, ne? Alkohol und meine Suizidalität. [...] Ich möchte nur noch sagen, machen Sie bitte in der Gruppe auf keinen Fall eine Abschiedsrunde, wo alle was zu mir sagen. So viel Aufmerksamkeit für meine Person, das will ich nicht.

T: Okay, Ihren Wunsch werde ich dann respektieren.

Kommentar zu Szene 1

In dieser Szene überhöhen sowohl der Patient als auch sein Therapeut Schritt für Schritt mit jedem Satz ihre gegenseitige Anklage, ihre Vorwürfe und Kritik (z. B. »Mir wurde hier überhaupt nicht geholfen, gar nicht!«, »Sie haben sich nicht eingebracht, gar nicht.«). Der Therapeut weist die Verantwortung an der gemeinsamen Beziehungsgestaltung von sich. Er reagiert feindselig, indem er die Klage (und Verzweiflung) seines Patienten abweist und ignoriert. Er klagt selbst an und holt sich dabei Verstärkung in den Rücken (»Wir«, »das Therapeutenteam«). Er nimmt eine autoritative Haltung ein (»Wir haben keine Fortschritte bei Ihnen sehen können.«). Damit entzieht er sich der direkten Auseinandersetzung in der Beziehung. Es zeigen sich verschiedene Merkmale einer komplexen Kommunikation mit freundlich zugewandten (»lieber Herr A.«, »Das kann ich verstehen.«) und zugleich einer

Reihe von subtil feindseligen Äußerungen. Dem Therapeuten gelingt es nicht, eine Brücke zum Patienten zu bauen. Er betont das Trennende (»Ihre Sicht«), die Grenze zwischen ihm und seinem Patienten und beendet das Gespräch mit den Worten »Wir können das auch einfach so stehen lassen«. Damit bricht er faktisch die Beziehung ab. Der Therapeut war natürlich unzufrieden mit dieser Abschiedsszene und unglücklich über diesen Verlauf.

Szene 2: Gelingende Auflösung derselben Krise durch Metakommunikation

T: Ja, Herr A., das ist jetzt unsere letzte Therapiesitzung, die 16 Wochen sind um und übermorgen ist Ihr letzter Tag.

P: Hm, ja, leider mein letzter Tag. [...] Sie wollten ja meinen Aufenthalt nicht nochmal verlängern. [...] Ich hätte das so dringend gebraucht. [...] Mir geht es sowas von beschissen und schlecht. [...] Wahrscheinlich muss ich gleich wieder zur Flasche greifen, wenn ich hier raus bin, und Sie wissen ja, da ist ja auch meine Suizidalität, ich weiß da auch nicht und kann da für nichts garantieren [...] Also mir wurde hier überhaupt nicht geholfen, gar nicht! Das ganze Therapiekonzept ist sowas von schlecht. Ich war ja schon in anderen Kliniken und da war das viel besser [...] Ja, man merkt halt, dass Sie noch in der Ausbildung sind, ne? [...]

T: Boah, das jetzt in der letzten Sitzung. Also, ich muss sagen, da bin ich jetzt richtig erschrocken. [...] Und es tut mir auch total leid, also, wie wenig Ihnen die Therapie geholfen hat. Und auch, wie wenig ich Ihnen geholfen habe. [...] Das erschreckt mich, dass ich das so überhaupt nicht gemerkt habe. [...] Also, da sitzen Sie auf einem riesigen Berg von Unzufriedenheit? Und jetzt ist es irgendwie zu spät!

P: [...] Ja, der Berg, das stimmt. Und den haben Sie auch wirklich mit verursacht! Das wollte ich Ihnen ja auch noch mit auf den Weg geben. [...] Also, ich möchte mich da auch durchaus beschweren. Das war einfach nicht gut. Ich kann das verstehen, Sie sind ja in der Ausbildung, dass Sie noch nicht die Fähigkeiten haben. Sie konnten mir da nicht helfen. [...]

T: Also, das bestürzt mich jetzt, weil das ja auch [...] Das ist ja auch traurig, dass das jetzt zur Sprache kommt, wo ich gar nichts mehr dran ändern kann. Da hätte ich mir gewünscht, das eher gehört zu haben. Oder hätte mir auch gewünscht, dass ich es vielleicht eher bemerkt hätte, weil, vielleicht hätten wir darüber sprechen können. [...]

P: Ich finde auch, Sie hätten das früher bemerken müssen bei mir. Ich habe genug Signale gesendet.

T: Und ich konnte die Signale nicht gut entschlüsseln. [...] Es klingt ja so, als saßen Sie die ganze Zeit mit bestimmten Sehnsüchten und Erwartungen da. [...] Es klingt auch so, als hätte ich irgendwas tun können oder sollen.

P: Ja, ich glaube, ich warte immer. So auf alles generell. So im Leben warte ich auf die Dinge. Und die kommen aber nicht. [...] Das macht es ja jetzt auch nicht mehr besser [...]

T: Nee. Das ist irgendwie schrecklich. [...]

P: Und was soll ich jetzt machen?

T: Ich finde es gut, dass wir zumindest jetzt darüber sprechen. Es ist nur noch eine Sitzung und es ist total beschissen, dass es nur noch eine Sitzung ist. Ich wünschte, das wäre anders. Aber vielleicht kann das zumindest irgendwie dazu verhelfen, dass, wenn

sie mal wieder nochmal eine Therapie irgendwo machen, dass es dann nicht wieder so ausgeht, dass sie warten und so. Ich habe sie, so wie ich das jetzt höre, habe ich sie die ganze Zeit übersehen und gar nicht gemerkt, dass sie sich etwas von mir wünschen.

P: Ja, genau. Das ist so. Ich bin immer im Wartesaal und alle übersehen mich. [...] Alle werden aufgerufen und ich habe gar keine Nummer.

T: Und dann sind Sie so enttäuscht, dass Sie sagen, oh, das ist ja so ein beschissener Therapeut, ich will mich beschweren.

P: Genau.

T: Ich bin dann auch verletzt, weil, eigentlich hätte ich ihnen gern geholfen. [...] Und so wie ich Sie jetzt verstehe, hätten wir uns beide was gewünscht, dass was entstehen kann.

P: Genau. [...] Ich hätte mir gewünscht, dass Sie das gesehen hätten, weil, die anderen sehen es ja auch immer nicht. [...] [...] Manchmal haben Sie ja auch sowas gefragt und dann habe ich aber nicht so darauf reagiert, weil eigentlich glaube ich den Leuten auch nicht. Ich glaube nicht ...

T: ... dass jemand wirklich Interesse an Ihnen hat und Ihnen wirklich Gutes tun möchte?

P: Nö.

T: Und jetzt gerade, wenn wir jetzt gerade miteinander reden?

P: Irgendwas ist schon anders, weil Sie säuseln mich auch voll, ja, aber trotzdem ist was anders. Die anderen säuseln mich voll und dann soll ich machen und ich kann gar nicht und die hören mich nicht. [...] Die sehen gar nicht, dass ich immer in der Hülle da drin bin. Die holen mich ja gar nicht raus, die treten ja nur noch drauf. [...]

Kommentar zu Szene 2

In dieser Szene gelingt es dem Therapeuten, die Krise in der Beziehung befriedend aufzugreifen. Verdeutlicht werden mehrere Prinzipien gelingender Metakommunikation: Der Therapeut bleibt konsequent im Hier und Jetzt. Er nimmt seine Gefühle, die unmittelbar im Hier und Jetzt entstehen, achtsam wahr. Er reagiert authentisch auf die Vorwürfe seines Patienten, zeigt seine Gefühle mit einer nicht-defensiven Haltung, ohne dabei subtil feindselig zu werden (z. B. »Boah, das jetzt in der letzten Sitzung«, »Da bin ich richtig erschrocken.«, »Es tut mir auch total leid«, »Und wenn wir jetzt gerade miteinander reden?«). Er wahrt eine nicht-autoritative Haltung. Er bestätigt das Patientenerleben, fühlt sich gemeint, zeigt Betroffenheit und übernimmt Verantwortung für seinen Anteil an der gemeinsamen Beziehungsgestaltung (»Ich habe Sie die ganze Zeit übersehen.«). Damit öffnet er einen Raum, in dem sich auch der Patient in seiner Enttäuschung zeigen kann (»Ja, genau. Ich bin immer im Wartesaal und alle übersehen mich.«). Der Therapeut betont das Gemeinsame, das Wir und versucht, eine Brücke, also emotionale Verbundenheit herzustellen (»Wir hätten uns beide gewünscht, dass etwas entstehen kann.«). So kann trotz der schwierigen Ausgangslage und der tiefen Enttäuschung und Unzufriedenheit des Patienten und trotz der kurzen verbleibenden Zeit eine zumindest umschriebene korrigierende Beziehungserfahrung entstehen. Der Patient erlebt, dass sein Leiden gesehen, validiert, ernst genommen wird, und dass sein Therapeut bereit ist, sich zu seinem eigenen Anteil an der Krise zu bekennen. So wird der Konflikt nicht aufgelöst im Sinne einer Lösung der Probleme, aber in einen gemeinsam geteilten Beziehungsmoment überführt,

der emotionale Verbundenheit entstehen lässt, den Patienten sichtbar macht und die Grundlage für eine heilsamere Erfahrung bildet.

Szene 3: Wenn alte Wunden des Therapeuten mitschwingen – biografische Einflüsse auf den Krisenverlauf

Der folgende kurze Ausschnitt eines Supervisionsdialogs zeigt, wie biografische Erfahrungen des Therapeuten im therapeutischen Feld in der oben dargestellten Krise in der therapeutischen Beziehung reaktiviert wurden. Alte Beziehungsmuster – Scham, Schuld und das Gefühl des Nicht-Gesehen-Werdens – prägten die therapeutische Interaktion und führten Patient und Therapeut in eine gemeinsame Sackgasse. Der Supervisand reflektierte im Nachhinein, dass die heftigen Gefühle, die sein Patient in ihm auslöste, in enger Verbindung zu eigenen frühen Beziehungserfahrungen standen: »Der Patient sagte Dinge, die in mir Scham und Schuld auslösten. [...] Meine Mutter übernahm für sich und ihre Gesundheit keine bzw. nur sehr geringe Verantwortung und delegierte diese, verpackt als Schuld, an mich. [...] Es war nie genug!«

Und auf die Bitte hin, dieser Scham noch etwas nachzuspüren, berichtete der Supervisand: »[...] Und wo mal ein Lob war – »Du bist mein Strahlemann«, war das kein echtes, sondern wieder der Druck, sie glücklich zu machen und um jeden Preis stabil zu halten. Wenn es mal wieder nicht passte, dann hat sie mich beschämt. Und ich konnte es nie schaffen. [...] Ich bin gescheitert an ihrer Verantwortungslosigkeit. Also, kein Ruhm von ihr, sondern das Gefühl, versagt zu haben. [...] Mir wird nun klarer, dass kindliche Anteile meines Patienten mit meinen kindlichen Anteilen in Kontakt getreten sind. [...] Wollte mein Patient vielleicht einfach nur gesehen, geliebt und geheilt werden? [...] Die Enttäuschung und diesen tiefen Schmerz drückt er in Form von Abwertungen aus. Das trifft meinen kindlichen Anteil im Innersten [...] Wir bleiben beide verletzt und unverstanden zurück. Er nicht bedingungslos geliebt – ich nicht bedingungslos geliebt. Er nicht gesehen, gefühlt – ich nicht gesehen, gefühlt. Er nicht geheilt (durch mich) – und ich nicht geheilt (durch ihn) [...]«.

Kommentar zu Szene 3

Dieses Beispiel veranschaulicht, wie eng Eigenübertragung und Gegenübertragung miteinander verwoben sind und wie wertvoll es ist, wenn in der Supervision neben dem Beziehungsgeschehen auch die »wunden Punkte« der Therapeuten Raum bekommen. Werden solche biografischen Trigger erkannt und bearbeitet, kann darin nicht nur eine Entlastung liegen, sondern auch eine Ressource für Empathie und ein vertieftes Mitgehen im therapeutischen Prozess.

Der Therapeut zeigt seine eigenen Vulnerabilitäten und Prägungen offen und vertrauensvoll – ein Ausdruck professioneller Souveränität und Differenziertheit. Nach meiner Erfahrung sind es gerade die besten Therapeuten, die sich so zeigen und dadurch eine Grundlage schaffen können, schwierige Beziehungsmuster wirklich zu verstehen und zu bearbeiten. Damit verbindet sich ein Plädoyer für weniger subtile Feindseligkeit, weniger Anspruch auf Unfehlbarkeit, weniger unverarbeitete Wunden und weniger Rückzug hinter professioneller Autorität – und zugleich für mehr emotionale Verbundenheit, Authentizität

tät, Akzeptanz und Neugier. Dies knüpft an die Diskussion um eine offener Fehlerkultur in der Psychotherapie an (Schleu, 2021). Ein Klima, das Unsicherheiten, Irrtümer, Verwicklungen und auch Grenzverletzungen anerkennt, kann dazu beitragen, Unvollkommenheit nicht als Makel, sondern als Ausgangspunkt für Entwicklung zu begreifen (Schleu, 2021; Gumz, 2023).

Bei Interesse an Workshops zum Modifizierten Allianz-fokussierten Training mit Doppeln für approbierte Therapeuten wenden Sie sich an: a.gumz@phb.de

Förderung: Eine Klinische Studie zum Modifizierten Allianz-Fokussierten Training mit Doppeln (MAFT-D) wird von der Deutschen Forschungsgemeinschaft (DFG) gefördert (Projektnummer 504346851, Prof. Dr. Antje Gumz). Eine vorhergehende Pilotstudie wurde von der Heigl-Stiftung gefördert.

ACKNOWLEDGEMENTS: Ich bedanke mich sehr herzlich bei dem beteiligten Therapeuten, der der Verwendung anonymisierter Ausschnitte aus seiner therapeutischen Arbeit und Supervision zugestimmt hat und damit ein wertvolles Beispiel für professionelle Reflexionsbereitschaft und Lernkultur zur Verfügung stellt.

ZITIERTER LITERATUR

- Berger, J.A., Kästner, D., & Gumz, A. (2024). Therapeutische Eigenanteile in der Gegenübertragung. *Forum der Psychoanalyse*, 40 (2), 233–252. DOI 10.1007/s00451-023-00525-9.
- Berger, J., Kalmbach, L.K., Bahr, N.S., Strauß, B., & Gumz, A. (2025). Between Personal and Professional Involvement: A Qualitative Interview Study on Insights of Novice and Experienced Therapists in Alliance Ruptures. *Psychology and Psychotherapy*, 98 (3), 743–762. DOI 10.1111/papt.12587.
- Berger, J.A., Martinez Moura, C., Schmidt-Janning, B., Reczkowski, A., Rücker, J., Strauss, B., & Gumz, A. (under review). Inside the Scene: A Deep Hermeneutic Inquiry into the Therapist's Involvement in Enactments. *The International Journal of Psychoanalysis*.
- Brosan, L., Reynolds, S., & Moore, R.G. (2008). Self-evaluation of cognitive therapy performance: Do therapists know how competent they are? *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 36 (5), 581–587. DOI 10.1017/S1352465808004438.
- DiCaccavo, A. (2003). Investigating individuals' motivations to become counselling psychologists: The influence of early caretaking roles within the family. *Psychology and Psychotherapy*, 75, 463–472. DOI 10.1348/147608302321151943.
- Eubanks, C.F., Muran, J.C., & Safran, J.D. (2018). Alliance rupture repair: A meta-analysis. *Psychotherapy*, 55 (4), 508–519. DOI 10.1037/pst0000185.
- Eubanks-Carter, C., Muran, J.C., & Safran, J.D. (2015). Alliance-focused training. *Psychotherapy*, 52 (2), 169–173. DOI 10.1037/a0037596.
- Freud, S. (1912/2000). Zur Dynamik der Übertragung. *Gesammelte Werke Bd. VIII*, (S. 364–374). Frankfurt am Main: Fischer.
- Gumz, A. (2025a). Modifiziertes Allianz-Fokussiertes Training mit Doppeln (MAFT-D): ein Fallbeispiel. *Die Psychotherapie*. DOI 10.1007/s00278-025-00819-9.
- Gumz, A. (2025b). Psychodynamische Kompetenzen. In A. Gumz & S. Hörz-Sagstetter (Hrsg.), *Lehrbuch der Psychodynamischen Psychotherapie* (2. Aufl., S. 159–170). Beltz Verlag.

- Gumz, A. (2024). Messen und Trainieren therapeutischer Kompetenzen. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 74 (12), 491–497. DOI 10.1055/a-2407-1694.
- Gumz, A. (2023). Trainieren und Messen therapeutischer Beziehungskompetenzen. *Psychodynamische Psychotherapie*, 22 (3), 204–2016. DOI 10.21706/pdp-22-3-204.
- Gumz, A. (2020). Kompetent mit Spannungen und Krisen in der therapeutischen Beziehung umgehen: Techniken und didaktische Konzepte. Vandenhoeck & Ruprecht. DOI 10.13109/9783666459177.
- Gumz, A. (2019). Mit Spannungen und Krisen in der Therapiebeziehung kompetent(er) umgehen. *Psychotherapie im Dialog*, 20 (4), 39–44. DOI 10.1055/a-0771-7934.
- Gumz, A., Geyer, M., & Brähler, E. (2014). Psychodynamic therapy from the perspective of Self-Organisation. A concept of change and a methodological approach for empirical examination. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 21, 299–310. DOI 10.1002/cpp.1840.
- Gumz, A., Kästner, D., Reuter, L., Martinez, C., Ehlers, K., Daubmann, A., Eubanks, C.F., Muran, C., Anderson, T., Stöckl, R., Schwanitz, G., Stegemann, L., Rohr, L., Willutzki U., Jacobi, F., & Zapf, A. (2025). Modified Alliance-Focused Training with Doubling as an integrative approach to improve therapists' competencies in dealing with alliance ruptures and prevent negative outcomes in psychotherapy for depression: study protocol of a randomised controlled multicentre trial. *BMJ Open*, 16, 15 (7), e098343. DOI 10.1136/bmjopen-2024-098343.
- Gumz, A., Longley, M., Franken, F., Janning, B., Hosoya, G., Derwahl, L., & Kästner, D. (2024). Who are the skilled therapists? Associations between personal characteristics and interpersonal skills of future psychotherapists. *Psychotherapy Research*, 34 (6), 817–827. DOI 10.1080/10503307.2023.2259072.
- Gumz, A., Marx, C., & Rugenstein, K. (2025). Krisen in der therapeutischen Beziehung. In A. Gumz & S. Hörz-Sagstetter (Hrsg.). *Lehrbuch der Psychodynamischen Psychotherapie* (S. 625–635). Beltz Verlag.
- Gumz, A., Villmann, T., Bergmann, B., & Geyer, M. (2008). Übertragung – ein attraktiver Systemzustand. *Forum der Psychoanalyse*, 24, 229–245. DOI 10.1007/s00451-008-0353-1.
- Hafkenschied, A. (2012). Assessing objective countertransference with a computer-delivered impact message inventory (IMI-C). *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 19 (1), 37–45. DOI 10.1002/cpp.734.
- Hafkenschied, A., & Kiesler, D. (2007). Assessing objective countertransference: A comparison of two different statistical procedures in three different samples. *Psychotherapy Research*, 17 (4), 393–403. DOI 10.1080/10503300600702323.
- Hayes, J.A., Gelso, C.J., Goldberg, S., & Kivlighan, D.M. (2018). Countertransference management and effective psychotherapy: Meta-analytic findings. *Psychotherapy*, 55 (4), 496–507. DOI 10.1037/pst0000189.
- Hatfield, D., McCullough, L., Frantz, S.H., & Krieger, K. (2010). Do we know when our clients get worse? An investigation of therapists' ability to detect negative client change. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 17 (1), 25–32. DOI 10.1002/cpp.656.
- Hilliard, R.B., Henry, W.P. & Strupp, H.H. (2000). An interpersonal model of psychotherapy: Linking patient and therapist developmental history, therapeutic process, and types of outcome. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68 (1), 125–133. DOI 10.1037/0022-006X.68.1.125.
- Johns, R.G., Barkham, M., Kellett, S., & Saxon, D. (2019). A systematic review of therapist effects: A critical narrative update and refinement to review. *Clinical Psychology Review*, 67, 78–93. DOI 10.1016/j.cpr.2018.08.004.
- Jung, C.G. (2014). *Fundamental Questions of Psychotherapy* (1951). In H. Read, M. Fordham, G. Adler, & W. McGuire (Eds.), *The Collected Works of C.G. Jung* (Vol. 16). Princeton University Press.
- Löffler-Stastka, H., Sell, C., Zimmermann, J., Huber, D., Klug, G. (2019). Is countertransference a valid source of clinical information? Investigating emotional responses to audiotaped psychotherapy sessions. *Bulletin of Menninger Clinics*, 83 (4), 353–375. DOI 10.1521/bumc_2019_83_02.
- Longley, M., Kästner, D., Daubmann, A., Hirschmeier, C., Strauß, B., & Gumz, A. (2023). Prospective psychotherapists' bias and accuracy in assessing their own facilitative interpersonal skills. *Psychotherapy*, 60 (4), 525–535. DOI 10.1037/pst0000506.

- Nikčević, A. V., Kramolisova-Advani, J., & Spada, M. M. (2007). Early Childhood Experiences and Current Emotional Distress: What Do They Tell Us About Aspiring Psychologists? *Journal of Psychology*, 141 (1), 25–34. DOI 10.3200/JRLP.141.1.25-34.
- Safran, J. D., & Muran, J. C. (2000). *Negotiating the therapeutic alliance: A relational treatment guide*. Guilford Press.
- Safran, J. D., & Muran, J. C. (1996). The resolution of ruptures in the therapeutic alliance. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 447–458. DOI 10.1037/0022-006X.64.3.447.
- Schleu, A. (2021). Umgang mit Grenzverletzungen. Professionelle Standards und ethische Fragen in der Psychotherapie, Reihe: Psychotherapie Praxis. Springer Verlag. DOI 10.1007/978-3-662-62265-0.
- Strauß, B. (2021). Scheitern in der Psychotherapie – der Aktuelle Wissensstand [Failure in psychotherapy – Current state of knowledge]. *Psychotherapeut*, 66 (4), 288–298. DOI 10.1007/s00278-021-00510-9.
- Walfish, S., McAlister, B., O'Donnell, P., & Lambert, M. J. (2012). An investigation of self-assessment bias in mental health providers. *Psychological Reports*, 110 (2), 639–644. DOI 10.2466/02.07.17.PRO.110.2.639-644.
- Winnicott, D. W. (1949). Hate in the countertransference. *International Journal of Psycho-Analysis*, 30, 69–75.
- Ziem, M., & Hoyer, J. (2020). Modest, yet progressive: Effective therapists tend to rate therapeutic change less positively than their patients. *Psychotherapy Research*, 30 (4), 433–446. DOI 10.1080/10503307.2019.1631502.

ABSTRACT: *Alliance ruptures in psychotherapy and their resolution.* – Alliance ruptures occur in all psychotherapy. They pose a high risk of treatment dropout and poorer outcomes. At the same time, they offer a significant opportunity. If we as therapists manage to enter into a constructive dialogue in challenging situations, we can offer a new relational experience. This, however, is often easier said than done. Therapists themselves frequently respond with subtle hostility and bring their own earlier relational experiences, vulnerabilities, and unmet needs into the therapeutic relationship. In this way, unresolved conflicts on the therapist's side also become apparent. This article describes ways of addressing ruptures in the therapeutic relationship. It highlights the particular importance of emotional connectedness, an authentic and non-authoritative stance, as well as a culture of acceptance and curiosity. A training program, the Modified Alliance-Focused Training with Doubling (MAFT-D), designed to foster competence in dealing with ruptures through the use of video recordings, role plays, and the psychodramatic technique of doubling, is introduced.

KEYWORDS: crises in the therapeutic relationship; alliance ruptures; countertransference; therapist factors; modified alliance-focused training with doubling

Kontakt: Prof. Dr. Antje Gumz, a.gumz@phb.de
Orcid-ID: orcid.org/0000-0002-2193-6540