

Der Beitrag des Analytikers zu den Prozessen der projektiven Identifizierung *

Juan Pablo Jiménez, Santiago de Chile.

*Das erste in der Ordnung des Seins ist
das letzte in der Ordnung des Erkennens
(Thomas von Aquin).*

Zusammenfassung. Der Autor schlägt vor, die als projektive Identifizierung benannten Phänomene primär als interaktive Prozesse aufzufassen. Nach einer Zusammenfassung der Beiträge von Bion und Rosenfeld, die das intrapsychische und monadische Konzept Melanie Kleins mit der Formulierung vom Begriff der "projektiven Identifizierung" im Dienste der Kommunikation erweitern, versucht der Autor, sich dem Beitrag des Analytikers zu jenen projektiven Prozesse zu nähern. Der Begriff der projektiven Identifizierung zielt auf bestimmte interaktionelle Phänomene ab und ist essentiell dyadischer Natur. Der Beitrag des Analytikers wird bezüglich zweier Aspekte betrachtet: erstens, der Umwandlung der Aggression des Patienten in konstruktive Mitteilungsprozesse, und zweitens, der Rolle, die die realen Persönlichkeitsanteile des Analytikers – externe wie interne – bei der Entfesselung der Projektionen des Patienten spielen. Die vorgeschlagenen Ideen zur Sichtweise werden anhand von zwei Fällen demonstriert.

Einleitung

Die Frage nach Gemeinsamkeiten bei aller Verschiedenheit der Schulen in der Psychoanalyse ist ein wichtiges und aktuelles Thema (Wallerstein 1988). Daß dieses nicht nur ein theoretisches Problem ist, habe ich persönlich erlebt. Nach einer in Chile abgeschlossenen vorwiegend Kleinianischen Ausbildung arbeitete ich 5 Jahre lang als Mitglied der Psychoanalytischen Arbeitsgemeinschaft Ulm, wo viele meiner psychoanalytischen Überzeugungen in Frage gestellt worden sind. Besonders die Übersetzung des zweibändigen Lehrbuches der psychoanalytischen Therapie von Thomä und Kächele ins Spanische hat von mir eine permanente Auseinandersetzung mit den Verfassern und Reflexion meiner eigener Auffassung gefordert. Die

* Eine kürzere Version wurde bei dem 36. psychoanalytischen Kongress in Rom vorgetragen.

vorliegende Arbeit über einen zentralen Begriff der Kleinianischen Lehre ist aus diesen Bemühungen hervorgegangen.

Die "projektive Identifizierung" ist nach wie vor einer der am meisten diskutierten Begriffe. Die Kritik geht hin bis zu der Forderung, seine Handhabung ganz aufzugeben, da die Ambiguität des Konzepts unvermeidbar zu Verwirrungen führt (Meissner 1980). Andere haben den Versuch gemacht, die Begriffsbestimmung der projektiven Identifizierung von der Metapsychologie der Lebens- und Todestribe abzulösen (Ogden 1979). Man hat auch versucht, sie in Begriffe anderer Abwehrmechanismen, wie z.B. der "Identifikation mit dem Aggressor" oder der "Umkehrung der Rollen" zu fassen (Porder 1987). Thomä und Kächele (1988) sind der Meinung, daß im Begriff der projektiven Identifizierung eine umschriebene und demgemäß einseitige Theorie zwischenmenschlicher Kommunikation enthalten ist, diese aber den Ansprüchen einer psychoanalytischen Theorie der Kommunikation nicht gerecht wird. Trotz der mannigfaltigen Kritik hat sich der klinische Gebrauch des Konzeptes der projektiven Identifizierung über die Grenzen der Kleinianischen Schule hinaus verbreitet. Es scheint besonders bei jenen Analytikern Verwendung zu finden, die mit schwer gestörten Patienten arbeiten (siehe Boyer, L.B. 1986, S.129f). Das erneuerte und kritische Interesse für dieses Thema zeigt sich auch in neurenen Publikationen (u.a. Kernberg 1987, Sandler 1988 [1987], Zwiebel 1988). Die praktische Anwendung in der Therapiesprache wird anscheinend von der Kritik der Theorie, die dem Begriff der projektiven Identifizierung zugrunde liegt, kaum berührt. Thomä und Kächele bemerken hierzu: "selbst gut begründete wissenschaftliche Kritik kommt bei vielen Analytikern wohl deshalb nicht an, weil die Praxissprache, die sich an diese Theorie anlehnt, eine starke Resonanz beim Patienten finden kann. Die Metaphern, die benützt werden, um dem gedanklichen Austausch Farbe zu geben, gehen auf körperliches Erleben zurück. Um nur einige Beispiele zu nennen: 'Es geht mir unter die Haut' 'Ich steck' dir was'. Ein bevorzugtes Verb der Kleinianischen Therapiesprache ist 'hineinstecken'. Damit werden sowohl orale, [anale], als auch phallische Konnotationen geweckt. Die Therapiesprache, die sich mit der projektiven Identifizierung verbindet, ist also eine akzentuierte 'action language' mit Betonung der Aggressivität" (1988, S. 151).

Das Problem

Die Phantasie, etwas von sich in einen anderen "hineinzustecken", einzudringen oder selbst durchdrungen zu werden, ist ein wesentlicher Teil anthropomorphen Denkens. Melanie Klein hat

diese Phantasie als den *Prototyp der aggressiven Objektbeziehung* (1946, S. 102) bezeichnet. In ihrem Werk "On Identification" (1955) beschreibt sie die projektive Identifizierung als eine Kombination von Spaltungsmechanismen, der späteren Projektion der abgespaltenen Anteile in die Person des anderen, mit dem entsprechenden Verlust jener Anteile und einer Veränderung der Wahrnehmungsprozesse des durch die Projektionen kontaminierten Objektes. Auf diese Weise wird das Objekt mit seinen unerwünschten Eigenschaften in einem Teufelskreisprozess reintrojiert. Nach dieser Beschreibung konzentriert sich die ganze Aktivität auf das projizierende Subjekt, wobei dem Objekt scheinbar keine Möglichkeiten bleiben, diesen unvermeidlichen und monadischen Prozess der omnipotenten Projektion zu modifizieren. Meiner Meinung nach führte diese monadische Beziehungskonzeption Grinberg (1956) dazu, den Begriff der "projektiven Gegenidentifizierung" zu formulieren, wo "der Analytiker nur ein 'passives Objekt' der Projektionen und Introjektionen des Patienten sein kann" (Grinberg 1979, S. 173).

In der monadischen Konzeption der projektiven Identifizierung wird vernachlässigt, daß das Objekt durch die "Verarbeitung" der Projektionen des Patienten durch den Analytiker aktiv modifiziert wird. Diese "Verarbeitung" der projizierten Selbsanteile des Patienten ist die *conditio sine qua non* der therapeutischen Wirksamkeit. Diese grundlegende klinische Erwägung führte Bion (1962a) und Rosenfeld (1970) zu einer Erweiterung des Konzepts der projektiven Identifizierung bis hin zu einer *projektiven Identifizierung im Dienste der Kommunikation*.

Das kommunikative, d.h. interaktionelle Element der projektiven Identifizierung bezieht sich auf den Vorgang, durch das "Hineinstecken" von Selbstanteilen in den Analytiker, Gefühle und Phantasien bei ihm auszulösen, um damit einen nicht zu verbalisierenden seelischen Zustand anzuzeigen und eventuell den Analytiker in irgendeine Richtung "in Gang zu setzen". Rosenfeld, auf Bions eigenwillige Denktheorie zurückgreifend, stellt die doppelte Funktion der projektiven Identifizierung auf folgende Weise dar: "alle projektiven Prozesse dieser Art haben einerseits eine abstoßende Qualität. Das Individuum versucht, manchmal auf eine sehr heftige Weise, sich von unerträglichen Gedanken und Gefühlen zu befreien und nimmt dafür *in seiner Phantasie* von anderen Besitz und kontrolliert sie gewaltsam. Andererseits kann man den Prozess der projektiven Identifizierung auch als einen *Kommunikationsversuch* ansehen. Ist der Analytiker in der Lage, die ausgestoßenen, oftmals chaotischen, unerträglichen Gedanken und Gefühle *bei sich zu behalten* (Bion 1962b), wird es möglich zu verstehen, was im Augenblick geschieht. Dies wiederum ermöglicht, die Gedanken und Phantasien aushalten zu können und dadurch deren Unerträglichkeit zu verringern" (Rosenfeld 1987, p.159). Die Fähigkeit des Analytikers, die

projektive Identifizierungen bei sich zu behalten, wurde von Bion 'alpha Funktion' genannt, während er den diffusen "Geisteszustand des psychotischen Patienten – und seine Art und Weise sich mitzuteilen – als 'beta-Elemente' bezeichnete, die unverständlich bleiben, bis der Analytiker sie durch seine haltende Funktion (*containing function*) in alpha-Elemente *umwandelt*" (S. 160; Hervorhebung vom mir).

Indem sie dem Analytiker eine aktive Rolle als Subjekt zuschrieben versuchten Bion und Rosenfeld die projektiven Prozesse über die monadische Beziehungskonzeption hinaus zu erweitern. Durch die "containing function" versucht der Analytiker den *circulus vitiosus* zu durchbrechen und zu verhindern, daß die Reintrojektion in derselben Weise wie die vorherige Projektion vollzogen wird. Obwohl die Überführung des Begriffs der projektiven Identifizierung in eine allgemeine Kommunikationstheorie zukunftsweisend ist, müssen verschiedene Bedenken aufgeworfen werden. Das wiedergegebene Zitat macht deutlich, daß Rosenfeld den Kontext, in welchem die Begriffsgeschichte beheimatet ist, unkritisch auf sich beruhen läßt.

Dementsprechend bleibt beispielsweise die ganze Problematik des Bionschen Denktheorie und seine Unterscheidung zwischen *alpha*- und *beta*-Elementen unreflektiert. Da die Kommunikation unter dem Gesichtspunkt der projektiven Identifizierung primär im Patienten entsteht wird eine darauf aufgebaute Kommunikationstheorie dem originären Beitrag des Analytikers m.E. nicht gerecht. Schon die Definition der projektiven Identifizierung als ein "Kommunikationsversuch" schreibt dem Analytiker eine zu passive Teilnahme am interaktiven Geschehen zu, wie ich im folgenden zu erläutern versuchen werde.

Das Schicksal einer bestimmten projektiven Identifizierung (d.h. Lähmung der Denkfähigkeit des Analytikers oder aber ein "Versuch", ihm ein nicht zu verbalisierendes unangenehmes primitives Gefühl zu vermitteln) ist m.E. letztlich *dyadischer Natur*. Das bedeutet, daß der Charakter einer gewissen projektiven Identifizierung nicht nur durch eine beim Patienten *a priori* angenommene "Absicht" bestimmt wird, sondern grundsätzlich von der Fähigkeit des Analytikers abhängt, die Gegenübertragungsgefühle (oder die persönliche Theorie über dieselben) in Verbindung mit der Gesamterfahrung mit dem Patienten zu verstehen und auf diese Weise zu "verdauen", d.h. zu dekodieren und irgendwie durch eine Deutung zurückzugeben. Dieser Prozeß ist jedoch viel reicher als das, was Bion mit dem Begriff der *alpha Funktion* zusammengefaßt hat. Nehmen wir an, daß es möglich ist, bestimmte Gegenübertragungserlebnisse als vom Patienten ausgehend einzuordnen und daß es möglich ist, diese Erlebnisse bis zu einer unbewußten Phantasie des Patienten, etwas von sich "hineinzustecken", zurückzuführen. Nehmen wir weiter an, daß

konkrete Träger (Worte, Verhaltenweisen, Gesten), die der Patient gebraucht, um in der Interaktion bestimmte Erlebnisse hervorzurufen, identifiziert werden können, dann muß noch entschieden werden, ob eine Projektion das Ziel hat, die Bindung zum Analytiker anzugreifen oder einen innerlichen Zustand zu vermitteln, der nicht verbalisiert werden kann.

Es wird verständlich, daß, wenn der Analytiker in seiner alpha Funktion versagt bzw. von dem ausgelösten Gefühl "überflutet" wird, er nicht mehr denken kann und sich verwirrt fühlt, die Kommunikation mit dem Patienten unterbrochen wird. Der Analytiker wird in diesem Fall zu der Annahme neigen, daß der Patient seine eigene Verwirrung in ihn "hineingesteckt" hat. Eine für diesen Fall mögliche Standarddeutung wäre, daß der Patient das Denkvermögen des Analytikers zerstören will. Wir können uns jedoch vorstellen, daß ein anderer Analytiker in der gleichen Situation mit einer anderen Theorie oder mit mehr Einfühlungsvermögen (oder der gleiche Analytiker in einer ähnlichen Situation, aber mit einer größeren Fähigkeit zur Selbstanalyse) durch dieselbe projektive Identifizierung nicht in Verwirrung gerät und in der Lage ist, die Projektion in einen breiteren Sinnzusammenhang einzubeziehen, in der Annahme, es handle sich um eine "unbewußte Botschaft". Die Wirkung ist in diesen beiden Situationen total entgegengesetzt. Im ersten Fall wird vielleicht Befriedigung durch Zerstören gedeutet, im zweiten Fall aber eine Art libidinöses oder aggressives Bedürfnis, das jedoch die Kommunikationsbindung nicht zerstört. Andererseits ist es eine allgemeine Erfahrung, daß, wenn der Analytiker in der Lage ist, einem Gegenübertragungserlebnis eine überzeugende Erklärung zu geben, dieses seinen dringenden Charakter verliert. Wenn er sich mit demselben Patienten in einer ähnlichen Situation gegenübergestellt befindet, wird er den Charakter der Interaktion schneller erkennen können, vielleicht sogar ohne affektiv besonders beteiligt zu sein. In diesem Fall denkt man gewohnheitsmäßig, daß die projektive Identifizierung in einem Prozess abnehmender Virulenz ist oder daß es dem Patienten einfach besser geht.

All das zeigt, daß die projektive Identifizierung ihrer Natur nach durch die Interaktion, durch die Dyade Analytiker–Patient, d.h. *a posteriori*, bestimmt ist. Der Beitrag des Analytikers (d.h. seine Realität, seine Persönlichkeit, seine eigene Begabung, seine Theorie und Technik, seine Gegenübertragung, usw.) ist dabei nicht weniger wichtiger als der des Patienten (s. Thomä und Kächele 1985). Deshalb scheint mir Grinbergs Versuch (1979, S.171) unangemessen, die projektiven Identifizierungen nach ihren Zielen jeweils in "kommunikative, wiedergutmachende, ausstoßende, destruktive, usw." zu klassifizieren, so als ob sie monadische, d.h. sich auf nur einer Person beziehende psychopathologische Phänomene wären. Läßt man die konkrete Interaktion

außer acht, ist es natürlich möglich, die universale Phantasie, in ein Objekt einzudringen und es von innen heraus zu kontrollieren, als projektive Identifizierung zu deuten, auch wenn der Therapeut kein Gegenübertragungserlebnis hat, das mit dieser in Konkordanz steht. Diese Möglichkeit ergibt sich z.B. bei der Deutung von Traumaktionen oder wenn wir auf andere Weise genügend Indizien zu haben glauben, um auf diese Phantasie schließen zu können. Es scheint mir jedoch, daß dieses nicht das relevante therapeutische Problem ist.

Da die projektive Identifizierung meistens als eine Erklärung für bestimmte Gegenübertragungserlebnisse im Analytiker bemüht wird, also zur Erhellung einer Wechselwirkung, eines originär dyadischen und zweipersonlichen Phänomens, wird ihr nur ein technisch-theoretisches Konzept gerecht, das die Interaktion in den Mittelpunkt stellt. Paula Heimann (1966, p.257) scheint auf das gleiche hinzuweisen, wenn sie schreibt: "‘Projektive Identifikation’ tritt als *Gegenübertragungsreaktion* dann auf, wenn der Analytiker in seinem Wahrnehmungsprozeß *scheitert*; anstatt rechtzeitig die Übertragung wahrzunehmen, introjiziert er unbewußt den Patienten, der in diesem Moment aus einer Identifizierung mit seiner zurückweisenden und überwältigenden Mutter heraus agiert, was letztlich zu einer Wiederinszenierung seiner eigenen Erfahrung in einem Rollentausch hinausläuft". Sie fügt hinzu: "Anderswo habe ich vorgeschlagen, daß die Gegenübertragungsstörungen sich oftmals von einer *Verzögerung in Denkprozessen des Analytikers* ergeben" (Hervorhebung von mir).

Freilich war Heimann der Meinung, daß die Bezeichnung der "projektiven Identifikation" nur deskriptiver Natur, wissenschaftlich aber völlig unzureichend sei. In ihren *Gedanken zum Erkenntnisprozeß des Psychoanalytikers* (1969) können wir lesen: "[...] in der Analyse seiner Gegenübertragung gewahrt [der Analytiker] vor allem etwas, das seinem Patienten eigentümlich ist. Die versäumte Wahrnehmung betrifft häufig die libidinösen oder destruktiven Impulse des Patienten, seinen Analytiker völlig zu besitzen, Körper und Seele, ihn zu überfallen, in ihn einzudringen und ihn völlig zu beherrschen. [...] Aber es ist eine Fehlbezeichnung, hier von "projektiver Identifizierung" zu sprechen. Es handelt sich um komplizierte Vorgänge, die von verschiedenen Motivationen determiniert sein können, von Hilflosigkeit, die die Phantasie der Rückkehr in den Mutterleib erweckt, bis zur diktatorischen Expansion. Ferner *verwechselt der Terminus "Identifizierung" in dieser Bezeichnung Subjekt und Objekt*. Dies ist in der Tat oft das, was der Patient wünscht und tut, aber die wissenschaftliche Terminologie muß klare Unterschiede zwischen Phantasie und Realität zum Ausdruck bringen" (Heimann 1969, S.11f; Hervorhebung von mir).

V. Zeppelin und Moser (1987) weisen auf folgendes hin, daß "projektive Identifizierung wird meistens als kognitiver Prozeß beschrieben [...]. Dieser Vorgang hat aber eine affektive Basis: ein Affekt wird auf dem Weg der affective resonance im Objekt induziert, dort dekodiert (entziffert) und via Induktion wieder übernommen. Das Objekt dient als Monitor eigener Gefühle, wobei diese zunächst als Gefühle des Objektes auftreten" (p.150).

Die Verwirrung besteht also darin, daß die Bezeichnung alles zu erklären scheint, obwohl sie eigentlich nur eine Beschreibung der Vorstellung, ja der Phantasie ist, die sich Patient bzw. Psychoanalytiker bezüglich einer bestimmten Interaktion machen. Wissenschaftliche Aufgabe ist es dann zu erklären, welche Mikrovorgänge der Kommunikation – in ihren affektiven und kognitiven Aspekten – der Phantasie der projektiven Identifizierung zugrunde liegen. Und als erstes dabei gilt es zu belegen, was und wie Patient und Analytiker zu der Entstehung dieser Phantasie der "Symmetrie" (Matte-Blanco 1975, 1988) beitragen.

Ich glaube jedoch, daß man, um der Vielschichtigkeit der Interaktion zwischen Analytiker und Patient gerecht zu werden, noch einen Schritt weiter gehen muß. M.E. läßt sich die Arbeit der therapeutischen Umwandlung nicht einfach auf die haltende Funktion reduzieren, mittels welcher der Analytiker die Projektionen des Patienten behält, d.h. introjiziert, dann "metabolisiert", indem er sie mit seiner eigenen Erfahrung vergleicht (was Bion die Fähigkeit der *reverie* nennt), und schließlich in Form einer mehr oder weniger passenden Deutung zurückgibt. Ich denke, daß dieses "Zurückgeben" nicht nur Verständigung auf höchstem verbalem Niveau voraussetzt, und zwar allein aufgrund des Deutungsinhaltes, sondern auch Projektionen des Therapeuten in den Patienten, denzufolge der Therapeut seinerseits sowohl neue Inhalte und Bedeutungen anbieten kann als auch Anteile seines Selbst "evakuiert" (wobei es sich bei den Rückgaben nicht nur um "Anteile" handelt, die vorher in ihn projiziert wurden), die der Patient je nach Wechselhaftigkeit seiner Aufnahme introjizieren kann oder nicht. Auf diese Weise kann sich der Patient von den "Deutungen-Analytiker" entweder verfolgt oder durch sie von innen her kontrolliert oder, bestensfalls, bereichert und so "behalten" fühlen. Damit möchte ich nahelegen, daß die Metapher der "Behälter" auch anders'rum betrachtet werden kann, so daß der Patient den Therapeuten "behält". Dieser Aspekt des Problems ist bisher erst wenig untersucht worden und wird im allgemeinen als Teil des Projektions- Reintrojektionskreises verstanden, wie ein Vorgang, der beim Patienten sowohl beginnt als auch endet, während die Beteiligung des Therapeuten mehr oder weniger im Schatten bleibt. Diese Art der Betrachtung der Dinge verleiht der Bionschen

Formel eine gewisse Stofflichkeit, denn zur Erklärung der konkreten Patient-Therapeut-Interaktion ist jetzt die unmittelbare subjektive Erfahrung des Therapeuten mit seinem Patienten notwendig, d.h. die Phantasien und Gegenübertragungsgefühle genauso wie seine persönliche Theorie und die seiner Schule. Bezüglich unseres Problems bin ich der Meinung, daß der Kommunikationscharakter, den der Therapeut bestimmten Projektionen des Patienten zuschreibt, nicht nur die Beifügung einer Bedeutung ist, sondern auch die Projektion in den Patienten der sog. analytischen Funktion, definiert als die Fähigkeit des Therapeuten, Probleme dadurch zu lösen, daß er sie in Zusammenhänge umfassenderer Bedeutung einfügt. Es ist sehr wahrscheinlich, daß jede Deutung, die wir als ein mehr oder weniger unbeflecktes Werkzeug zur Erzeugung von Einsicht beim Patienten betrachten, eine gute Dosis an Beeinflussung und projektiver Aktivität unserer selbst mit sich "herumschleppt", verfangen im paraverbalen Zusammenhang derselben. Um Mißverständnisse zu vermeiden: ich glaube, daß diese projektive Aktivität nicht nur unvermeidlich ist, sondern unter bestimmten Umständen, an der kurativen Handlung teilhat.

Im folgenden möchte ich klinisches Material vorstellen, um etwas von der enormen Aktivität aufzuzeigen, die in der therapeutischen Umwandlungsarbeit des Analytikers enthalten ist.

Klinisches Material 1. Fall.

Die folgende Vignette beschreibt eine Episode aus der Behandlung von Verónica, die wegen einer Konversionssymptomatik und Angstzuständen drei Jahre vorher zu mir gekommen war. Schon im Erstinterview erklärte sie, daß sie einen gescheiterten Therapieversuch hinter sich habe, weil der Therapeut sie nicht ertragen konnte. Die Patientin zeigte in der Psychoanalyse von Anfang an starke primitive Übertragungen, wobei die libidinösen Aspekte rasch den Charakter einer heftigen Erotisierung der Beziehung annahmen und die destruktiven Aspekte ebenfalls starke Gegenübertragungsgefühle erzeugten. Häufiger irritierte mich das Gefühl des Triumphes nach einer Sitzung, verbunden mit der Einschätzung, daß es der Patientin nicht gelungen war, mich zu lähmen, sondern daß sie schließlich sogar meine Ansichten akzeptiert hatte. Gelegentlich empfand ich am Ende einer Sitzung auch ein schwer definierbares Unbehagen, dessen Ursprung mir erst im späteren Verlauf klar wurde. So gewöhnte ich mich allmählich daran, daß Verónica in der Lage war, bei mir jede Art von Gefühlen auszulösen.

Die innere Welt, die mir Verónica vermittelte, hatte wenige wirklich menschliche Züge. Durch ihre Einfälle bekam ich Zugang zu einer "unterirdischen", traumhaften Vision der Stadt. Sie sprach von Tieren, insbesondere von herrenlosen Hunden mit unendlich traurigen Gesichtern, von ihrer extremen und resignierten Unterwerfung usw., als ob es sich um wirkliche Menschen handelte. Manchmal kam sie in großer Angst und Aufregung, weil sie gesehen hatte, wie ein Hund von einem Auto überfahren worden war. Die Assoziationen mit Tieren waren so häufig, daß ich mich schließlich fragte, warum mir fast nie Hunde auf der Straße aufgefallen waren. Meine Phantasie war, daß Verónica und die Stadt ein lebendiges, miteinander in Kommunikation stehendes Ganzes bildeten, in dem sie leicht mit einzelnen Aspekten und vollkommen am Rand stehenden Figuren Kontakt aufnehmen konnte, was mich gleichzeitig faszinierte und beunruhigte.

Es handelte sich ohne Zweifel um einen Borderline-Fall, und ich hatte das Gefühl, daß jede Sitzung etwas Heroisches hatte, weil das Arbeitsbündnis ständig prekär blieb. Bei Verónica hatte ich dauernd das Gefühl, daß die allgemeinen Beziehungsregeln und die normale Betrachtungsweise für sie nicht selbstverständlich waren, was mich oft zu folgender Art von Interventionen führte: "Es scheint für Sie nicht selbstverständlich zu sein, daß dies mein Arbeitszimmer und nicht Ihre Privatwohnung ist. Wenn Sie wie heute mit den Stiefeln voller Dreck kommen, zwingen Sie mich, die Couch und den Teppich hinterher zu putzen". Obwohl in Chile, genau wie in Deutschland, Analytiker und Patient normalerweise "Sie" zueinander sagen, duzte mich Verónica von Anfang an. Ich behielt während der 4jährigen Dauer der Analyse das "Sie" bei und deutete den Unterschied der Anrede zwischen uns, was allerdings an der Situation nichts änderte. Die Eindeutigkeit meiner Konfrontationen hatte den Zweck, die Grenzen der therapeutischen Beziehung klarzustellen. Mein Versuch, die starke Destruktivität der Patientin im Rahmen einer positiven therapeutischen Beziehung zu behandeln und zu deuten, erforderte viel Toleranz, gleichzeitig aber auch eine klare und feste Führung der Behandlung. Als die Patientin es nicht duldete, daß ich während der Sitzung ein paar Notizen machte, und sie von der Couch aufsprang, um mir den Kugelschreiber aus der Hand zu reißen, reagierte ich sehr bestimmt: "Wenn Sie mir nicht augenblicklich den Kugelschreiber zurückgeben, ist die Behandlung mit sofortiger Wirkung beendet".

Besonders am Anfang wechselten Sitzungen, in denen sie als Reaktion auf eine Deutung oder auch ohne sichtbaren Anlaß aufstand und sich auf das andere Ende der Couch setzte, um mich für den Rest der Stunde schweigend anzustarren, mit Sitzungen, in denen sie einfach nicht sprechen konnte, oder wieder anderen, in denen sie fast wie bei einer "normalen" Analyse assoziierte und

ich in Ruhe denken und das Material der Träume und Assoziationen deuten konnte. Im ersten Jahr der Behandlung war die Patientin selten fähig, die ganze Stunde auf der Couch liegen zu bleiben. Am häufigsten kam es vor, daß sie verängstigt durch das Zimmer ging, wobei sie mir von Zeit zu Zeit Blicke zuwarf, die manchmal wütend und manchmal böse waren, gleichzeitig aber eine enorme Hilflosigkeit ausdrückten. Mehr als einmal saß die Patientin zusammengekauert zu meinen Füßen, und ich blieb sitzen, duldete nicht nur diese Verhaltensweisen, sondern versuchte auch, sie zu verstehen und die Gefühle zu deuten, die meiner Meinung nach in dieser präverbalen Weise zum Ausdruck kamen, im allgemeinen eine große Angst und Phantasien einer unmittelbar bevorstehenden Katastrophe. In der Hoffnung, daß Verónica selbst die für sie besten Bedingungen einer angemessenen therapeutischen Regression bestimmen könnte, bestand ich nicht auf einer rigiden Einhaltung dieses Teil des Settings. Nach einer sehr emotionsgeladenen Sitzung kam sie in der Regel nicht zur nächsten.

Andererseits war die Patientin überraschenderweise zu fruchtbarer therapeutischer Arbeit fähig. Sie brachte Träume, die, trotz des Vorherrschens einer Welt von Körpersprache, die Deutung und die analytische Arbeit zuließen. Dadurch wurde die Hoffnung aufrechterhalten, daß sich die Behandlung lohnen würde, was sich andererseits durch Fortschritte in ihrem täglichen Leben, besonders in einem Abnehmen der fast ständigen Angst mit paranoider Färbung und dem Verschwinden der Konversionssymptomatik bestätigte. Meine Fähigkeit, die Ruhe zu bewahren, mich nicht zu massivem Mitagieren hinreißen zu lassen, kurz gesagt, nicht in Verwirrung zu geraten und systematisch zu deuten, erweckte in der Patientin große Bewunderung.

Im dritten Jahr der Analyse und am Anfang einer zweiten Stunde in der Woche schaute die Patientin, ehe sie sich auf die Couch legte, mir mit einem langen und starren, ja penetrantem Blick in die Augen, was bei mir eine große Wirkung hinterließ, obwohl ich nicht recht verstehen konnte warum. Es folgte ein langes Schweigen, und auf die Frage, woran sie denke, sagte sie, was sie schon viele Male geäußert hatte: an ihren sexuellen Wunsch nach mir. Diesmal hatte diese direkte Äußerung im Gegensatz zu früheren Anlässen die Wirkung, in mir lebhaft sexuelle Phantasien zu wecken, was großes Unbehagen bei mir auslöste. Meine erste Reaktion war, daß ich mich provoziert fühlte, aber nicht durch die direkte Äußerung ihres sexuellen Wunsches, sondern in schwer definierbarer Weise. Es folgte ein langes Schweigen, während dessen ich zuerst darum kämpfte, mich von meinen Phantasien zu distanzieren und als mir das nur schwer gelang, versuchte ich zu verstehen, was diesmal geschehen war und was mich dazu gebracht hatte, mich gefühlsmäßig so stark zu engagieren.

Ich fragte die Patientin nochmals, was sie in diesem Augenblick beschäftige. Sie antwortete, sie erinnere sich an etwas, was sie vor einigen Jahren in Spanien erlebt habe. In einer Burg aus dem Mittelalter war sie an einem sehr heißen Tag mit einer Gruppe von Touristen in die Krypta hinabgegangen. Dort war es sehr kühl, es herrschte eine sehr angenehme Atmosphäre. In der Krypta war ein steinerner Sarkophag mit einer schönen liegenden Figur, die irgendeinen Prinzen darstellte. Sie fühlte eine Faszination für die schöne Figur und im selben Augenblick eine große Sehnsucht, sie zu besitzen, verbunden mit Wut darüber, daß sie so vielen dummen Touristen zur Verfügung stand. Durch diese Assoziation und auf Grund meiner sexuellen Phantasien (in denen sich die Patientin mir näherte, sich zu meinen Füßen zusammenkauerte und mich streichelte, wobei ich außer des schon beschriebenen Unbehagens ein Gefühl des Triumphes und sexuelle Erregung empfand) kam ich zu folgender Deutung: "Ich glaube, Sie möchten meinen Körper und meinen Geist, die für Sie ein und dieselbe Sache sind, ganz für sich allein haben. Nur für Sie allein, ohne mich mit den anderen dummen Patienten teilen zu müssen. Mich für sich haben und mich irgendwie erforschen, untersuchen, abtasten, ganz genau kennenlernen, meine Gedanken lesen, um endlich zu erfahren, was in mir steckt". Als Antwort fügte die Patientin hinzu, daß die Phantasie, die sie damals hatte, sich in dem Gedanken fortgesetzt habe, daß sie in den Sarkophag eindringe, daß es im Inneren des Sarkophags viel angenehmer sei, und daß sie von dort aus doch die Illusion habe, daß der Prinz ihr allein gehöre. Ich sagte: "Ja, für Sie allein, aber in einen Leichnam verwandelt. Sie haben die Vorstellung, daß Sie mich nur ganz besitzen können, wenn Sie mit mir schlafen. Dies aber soll auf meine Initiative, auf meinen Wunsch, Ihren Körper zu besitzen, geschehen. Gleichzeitig ist Ihnen jedoch klar, daß ich mich in dem Augenblick, in dem es Ihnen gelingt, mich bis zu einer sexuellen Beziehung zu reizen, in einen toten Analytiker verwandle, als Analytiker sterbe". Nach dieser Deutung spürte ich in dramatischer Weise, daß meine Erregung und mein Unbehagen verschwand. Im Laufe der Sitzung ergänzte ich die Deutung: "Ich glaube, daß Sie den starken Wunsch nach einer totalen Beziehung sehr schwer ertragen und diesen Zustand nur dadurch erträglicher für sich machen können, daß Sie versuchen, mir das gleiche Gefühl zu vermitteln. Das Gefühl ist die Sehnsucht nach mir, die Sie gelähmt und gefesselt an die Couch hält, wie die liegende Figur auf dem Sarkophag. Nur indem diese Sehnsucht auch in mir zustande kommt, können Sie mir dieses starke Gefühl vermitteln".

Zu Beginn der folgenden Sitzung sagte die Patientin, daß die Deutung in der vorangegangenen Stunde sie "gelb vor Wut" gemacht habe. Ich erwiderte, daß der richtige Ausdruck "gelb vor Neid" sei, daß die Farbe der Wut rot sei. Nach ein paar Minuten des Schweigens erzählte die

Patientin den folgenden Traum aus der vorangegangenen Nacht: Sie war ein ganz kleines Kind und kauerte zu Füßen eines älteren Herrn, der sehr gut Märchen erzählen konnte. Sie war von den Erzählungen begeistert, gleichzeitig machte es sie wütend, daß der alte Mann so befähigt war. Dann begann sie an seinem Körper hochzuklettern, bis zu seinen Augen, und versuchte seine Augäpfel zu zerquetschen, indem sie ihre Finger hineinsteckte. Der alte Mann jedoch wich, ohne daß er sie offen zurückwies, ihren Versuchen sehr geschickt aus, und so gelang es ihr nicht, ihn zu blenden.

Durch den Traum war es mir möglich, die früheren negativen therapeutischen Reaktionen der Patientin und ihre Art projektiv zu identifizieren zu verstehen. Wie sie sich an der Fähigkeit des Analytikers begeisterte, ihr Geschichten über ihre eigene seelische Realität zu erzählen, Geschichten, die irgendwie die chaotische Vielzahl von menschlichen und anthropomorphen Figuren strukturierten und ihr Sinn und Kontinuität gaben; wie aber diese Begeisterung in ihr eine große Gier und Neid erweckte, verbunden mit dem Gefühl, sehr klein und hilflos zu sein. Durch dieses Gefühl der Hilflosigkeit wuchs in ihr das Bedürfnis, diesen gefährlichen Unterschied zu beseitigen, indem sie seine Quelle, d.h. die Fähigkeit des Analytikers, in die Patientin hineinzusehen, zerstörte. Gegen diesen Unterschied wehrte sich die Patientin wiederum durch den Versuch, in den Analytiker sexuelle Wünsche, die ihn verwirren konnten, "hineinzustecken". Als die Patientin merkte, daß der Analytiker trotz ihrer Versuche seine Arbeitsfähigkeit behielt, fühlte sie sich einerseits erleichtert, andererseits verstärkte sich aber der Teufelskreis. Die Tatsache, daß die Patientin diesmal keine negative therapeutische Reaktion zeigte, sondern im Gegenteil in der Lage war, einen Traum mitzubringen, der die früheren negativen therapeutischen Reaktionen erklärte, ist m.E. ein Zeichen dafür, daß dieser Teufelskreis in dieser Episode unterbrochen war. Die Bestätigung dafür fand sich im späteren Verlauf der Behandlung. Die Patientin vertraute jetzt darauf, daß ihre von Neid getragene Aggressivität, die sie selbst am meisten fürchtete, vom Arbeitsbündnis getragen werden könne. Sie wußte aus Erfahrung, daß der Analytiker in der Lage war, starke Emotionen zu ertragen und mit ihr in die Tiefe einer Krypta hinabzusteigen, ohne damit seine Einsichtsfähigkeit zu verlieren.

Die projektive Identifizierung als dyadischer Begriff

Das Material zeigt eindeutig eine Patientin mit primitiven Objektbeziehungen und entsprechenden Übertragungsmustern. Auf diesem Niveau primitiver Objektbeziehungen wird

von Melanie Klein die projektive Identifizierung als Prototyp des aggressiven Beziehungsmusters beschrieben. Die Heftigkeit der Beziehung veranlaßte mich mehrfach, ihren Angriffen mit entsprechender Deutlichkeit Grenzen zu setzen. Vielfach war es mir erst nach den Sitzungen, manchmal erst monatelang danach, möglich, den Sinn der Übertragung in jenen Momenten zu verstehen. Verborgen blieb vorerst, daß diese projektiven Identifizierungen zugleich auch kommunikativen Charakter hatten, unabhängig von der jeweiligen Interaktion. In der Kommunikationstheorie geht man davon aus, daß in einer Zweipersonen- und Zweikörperinteraktion immer etwas mitgeteilt wird und darüber hinaus, daß die Nicht-Kommunikation einfach unmöglich ist. Dieser Sachverhalt ergibt sich, weil die Beteiligten permanent – und in einer Art spontaner Aktivität –, dem Verhalten des anderen einen Sinn zuweisen. Dieser Sinn wird manchmal so mitgeteilt, daß ein Konsens erreicht wird, der den Dialog ausmacht. Vor diesem Hintergrund scheint es überflüssig, einer besonderen Verhaltensweise wie der projektiven Identifizierung den besonderen Charakter einer Mitteilung zu erteilen. Verónica war sich darüber bewußt, wie aggressiv und destruktiv sie sein konnte. Sie verfügte über eine Art Erkenntnis, daß ihre Phantasie, mich zu kontrollieren, mich gleichzeitig vernichten würde, insbesondere in meinen analytischen Fähigkeiten, d.h. jenen Aspekten meiner Person, die ihr zu helfen vermochten. In der Behandlung jedoch glaube ich, nie ein Indiz für ihr "Wissen" gefunden zu haben, daß diese Weise, mit mir in Beziehung zu treten eine Art war, mir etwas zu verstehen geben zu wollen.

Natürlich müssen wir annehmen, daß bei einem Patienten in Behandlung eine allgemeine Bereitschaft vorhanden ist, sich mit seinem Analytiker zu verständigen; dieses Grundmotiv ist andererseits den Schwankungen seines Widerstandes ausgesetzt. Gewohnheitsmäßig schreiben wir diese Bereitschaft zur Mitarbeit den reiferen Aspekten des Ichs zu, mit denen wir das sogenannte Arbeitsbündnis eingehen. Wenn wir der Meinung sind, daß der Mechanismus der projektiven Identifizierung zu den primitivsten Formen der Objektbeziehung gehört, scheint es nicht kongruent, ihr eine spezielle kommunikative "Absicht" zu unterstellen, unabhängig vom Rest der Persönlichkeit des Patienten und von der sinngebenden Aktion des Analytikers.

Der Akt der therapeutischen Umwandlung steckt gerade im Sinn, den der Analytiker jener aggressiven Beziehung gibt; und indem er ihn in einer für den Patienten überzeugenden Weise zeigt, nimmt er ihr den destruktiven Charakter. Vereinfacht dargestellt: Ich denke, daß in Patienten mit vorwiegend neurotischen Mechanismen die sinngebenden Kontexte, d.h. die Verbindungen zwischen den verschiedenen unbewußten Elementen, früher verdrängt worden

sind. In diesem Fall zielt die Deutung des Analytikers auf einen Sinn hin, der schon verdrängt im Unbewußten des Patienten da war. Bei schwer gestörten Patienten jedoch, bei denen projektive Identifizierungen und andere primitive Abwehrmechanismen überwiegen, ist die Lage völlig anders: der Analytiker bietet ihnen aktiv – und ich betone die Aktivität – neue Sinnmöglichkeiten, die imstande sind, die chaotische unbewußte Objektwelt zu umfassen und zu tragen. Dies stellt den wesentlichen Beitrag des Analytikers bei dieser Gruppe von Patienten dar. In bezug auf die Analysierbarkeit schlägt Bachrach (1983, S.199f.) drei Typen von Patienten vor: 1. die, die wesentlich aufgrund des reifen Ichs analysierbar sind; 2. die, die nicht analysierbar sind, weil sie nicht zur therapeutischen Mitarbeit fähig sind, und 3. Patienten, die in der Mitte stehen, d.h. diejenigen, für die "das Schicksal der analytischen Arbeit überwiegend von der Person und von den speziellen Fähigkeiten des Analytikers abhängt." Ich glaube, Verónica gehört zur letzten Gruppe.

Projektive Identifizierung und Realität

In Hinblick auf das Verhältnis zwischen projektiven Mechanismen und Realität vertrat Freud die Ansicht: die Patienten "projizieren sozusagen *nicht ins Blaue* hinaus, nicht dorthin, wo sich nichts Ähnliches findet, sondern sie lassen sich von ihrer Kenntnis des Unbewußten leiten und verschieben auf das Unbewußte des Anderen die Aufmerksamkeit, die sie dem eigenen Unbewußten entziehen." (1922b, GW 13, S.199; Hervorhebung von mir). Bei der Beschreibung einer Paranoia fügt er hinzu, daß der Eifersuchtsanfall "sein Material [...] aus der Beobachtung der *kleinsten Anzeichen* bezog, durch welche sich die völlig unbewußte Koketterie der Frau, einem anderen unmerklich, ihm verraten hatte. Bald hatte sie den Herrn, der neben ihr saß, unabsichtlich mit ihrer Hand gestreift, bald ihr Gesicht zu sehr gegen ihn geneigt oder ein freundlicheres Lächeln aufgesetzt, als wenn sie mit ihrem Mann allein war. Für all diese Äußerungen ihres Unbewußten zeigte er eine außerordentliche Aufmerksamkeit und verstand sie immer richtig zu deuten, so daß *er eigentlich immer Recht hatte* [...]" (S.198s; Hervorhebung von mir). Meiner Meinung nach ist dies nicht nur für das pathologische Projizieren eines Paranoiden gültig: die Projektion des Patienten entfesselt sich *immer* in Verbindung mit den realen internen und externen Aspekten des Analytikers (s. hierzu Thomä et al. 1986).

Das folgende klinische Material stammt aus der Analyse eines perversen Patienten. Hierbei handelt es sich um eine Zusammenfassung der 80.Stunde einer Analyse, die mit vier Sitzungen

pro Woche durchgeführt wird. Die Texte in Klammern entsprechen meinen Überlegungen während der Sitzung.

Klinisches Material. 2. Fall

Wenige Sekunden, nachdem sich der Patient auf die Couch gelegt hat, sagt er, daß er, als er mich begrüßte, an meinem Gesichtsausdruck gesehen habe, daß ich sehr deprimiert sei.

(Ich fühle mich jedoch ganz ausgeglichen, ohne jedes Gefühl von Depression.)

Er fügt hinzu, daß es sich um einen subjektiven Eindruck handeln könnte, etwas, das wie bei früheren Gelegenheiten durch die vorhergehende Stunde bestimmt sein könnte. Ich frage ihn, was er damit meine. Er antwortet, daß er am Tag zuvor ganz deutlich gesagt habe, ich sei ihm nicht 100% sympathisch. Nach der Sitzung habe er über meine gestrige Frage nachgedacht, warum er meine, daß ich ihm nicht 100% sympathisch sei. Er sagt, das sei eine schwer zu beantwortende Frage, weil es um eine sehr vage Empfindung gehe. Er habe aber doch einige Dinge gedacht, z.B., daß ihm Leute, die nicht fröhlich wirken, nicht gefallen und ich ein solcher Mensch sei. Meistens habe er den Eindruck, ich sei traurig. Für ihn sei das Aussehen auch wichtig. Es gebe Gesichter, die ihm einfach nicht gefielen. Ich z.B. hätte für seinen Geschmack zu viele asiatische Züge. Er stelle sich vor, daß ich eine Mischung von europäischem und asiatischem, sicher chinesischem, Blut sei.

(Diese Behauptung überraschte mich sehr, weil ich nie gedacht hatte, daß jemand sagen könnte, ich sähe wie ein Chinese aus, und ich fühlte mich als verachteter Ausländer.)

Ich frage ihn, warum Chinese. Er wisse sicher, daß die Ureinwohner Südamerikas asiatischen Ursprungs seien, und, daß das die asiatischen Züge eines Südamerikaners erklären könnte, aber warum sage er Chinese und nicht Indianer. Er antwortet, daß er seine Vorstellung von den Indianern aus einem Film habe, wo die Indianer mit europäischen Zügen erscheinen, aber er

wisse, daß sie in Wirklichkeit eher wie Asiaten aussehen, allerdings mit rötlicher Hautfarbe. Ich dagegen hätte eine gelbliche Hautfarbe.

(Ich merke, daß mein Unbehagen mit seinen rassistischen Bemerkungen zunimmt, und widerstrebend denke ich, daß ich mich mit meinem eigenen Narzissmus beschäftigen müsse, daß der Patient mein eigenes Bild von mir als Europäer, nach dem Satz von Borges "wir Südamerikaner sind Europäer im Exil", angreift, daß auch ich rassistische Vorurteile in bezug auf meine Landsleute habe. Ich fühle mich vom Patienten sehr abgelehnt, denke an Rassendiskriminierung, an Rassismus und seine Folgen, und in meinem Kopf taucht die mit Angst verbundene Phantasie auf, daß ich im Hier und Jetzt in statu nascendi den seltsamen Widerspruch zwischen extremen Minderwertigkeitsgefühlen und einem Komplex rassistischer Überlegenheit, der zu den Vernichtungslagern der Nazis führte, beobachte. Ich dachte mit Angst, daß diese Phantasie, wenn wir nicht im Jahr 1987, sondern im Jahr 1937 wären, auf brutale Weise hätte ausagiert werden können. Gleichzeitig dachte ich mit Scham und Traurigkeit an jene Sitzung mit meiner jüdischen Analytikerin in Chile, als ich ihr von den antisemitischen Vorurteilen meiner Familie erzählte, und wie ich es sofort bereute und ihr sagte, sie sei jedoch nicht wie die anderen Juden, worauf sie etwas wie, das habe man in der Nazizeit in Deutschland sehr oft gehört antwortete. Ich erinnerte mich an den Schreck, den diese Bemerkung bei mir auslöste.)

Er sagt, er fühle einen starken, unangenehmen Druck im Hals und Kopf. Ich sage, für einen Deutschen sei es sicher nicht leicht, seine rassistischen Phantasien zum Ausdruck zu bringen, weil sie sich schnell in Vernichtungsphantasien verwandeln könnten. Er stimmt zu und sagt, es sei erschreckend für ihn festzustellen, wie rassistisch er sei; er habe sich immer mit seinem Vater wegen dessen Antisemitismus gestritten. — "Wissen Sie, er war im Krieg" —. Beide Elternteile seien antisemitisch. Er habe jetzt gerade entdeckt, daß er in Wirklichkeit sehr ähnlich denke, obwohl er immer offen die Gegenposition verteidigt habe, daß alle gleich seien usw. Ich entgegne, daß, wenn er mich als Chinesen klassifiziere, er betone, wie verschieden von ihm ich sei, wie weit entfernt er mich empfinde, in den Antipoden von Deutschland, und wie schwierig es für ihn sei, diesen Unterschied zu ertragen. Er stimmt zu, daß meine Sprachschwierigkeiten, mein Aussehen usw. bewirken, daß er mich als sehr verschieden und entfernt empfinde. Ich füge hinzu, daß er mich, und auf Grund seiner rassistischen Bemerkungen, nicht nur als entfernt, sondern auch als unterlegen, einer niedrigeren Rasse angehörig empfinde. Durch seine Ablehnung oder vielmehr Verachtung wegen meines niedrigeren Ursprungs versuche er, mir deutlich zu machen, wie er sich in der Beziehung mit mir und oft auch im Alltag fühle. Es sei hier ein Versuch, sein extremes Minderwertigkeitsgefühl zu überwinden. Er gibt einen tiefen Seufzer der Erleichterung von sich, und mit einem Zittern in der Stimme fügt er hinzu: — "Machmal fühle ich mich sogar

auf dem Hauptbahnhof meiner eigenen Stadt so verschieden und weit weg von den anderen, als ob ich ein Chinese wäre, der erst vor kurzem nach Deutschland gekommen ist". Danach dreht sich das Gespräch um die Unterschiede, die er in der Beziehung zu mir und den anderen empfindet, wie unerträglich die Unterschiede für ihn sind, wie er Beziehungen sucht, bei denen er das Gefühl hat, daß es keine Unterschiede gibt, daß beide Partner gleich sind, wie er die Leute, die Schwäbisch sprechen, die aus seinem Dorf, aus seiner Straße, aus seiner Clique sind, bevorzugt.

(Damit drückt er einen sehr intensiven Verschmelzungswunsch aus und gleichzeitig die Katastrophe, die die Wirklichkeit, die wesentlich Unterschied ist, für ihn bedeutet. Gleichzeitig wird die Dynamik seiner sozialen Isolierung deutlich.)

Ich zeige seinen Konflikt mit mir, seit dem Augenblick, als er zur Behandlung kam; er habe einerseits etwas Neues, anderes und Hilfreiches erwartet, dies habe jedoch andererseits in ihm eine große Antipathie, Haß und Vernichtungsphantasien erweckt, weil er sich wegen der Unterschiede ausgesetzt und abgelehnt fühle, verbunden mit dem Gefühl, sehr allein und isoliert zu sein. Dadurch sei er sehr deprimiert, was er heute in meinem Gesicht widergespiegelt gefunden habe. Er stimmt meiner Deutung zu und sagt er wisse, daß dies alles Teil seiner Vorurteile sei. In Wirklichkeit gebe es eigentlich keinen Grund, warum ich ihm unsympathisch sei. Ich hätte ihm nie etwas zuleide getan, er habe nichts gegen mich persönlich. Ich deute, daß gerade das heute sein Konflikt sei, er ständig Angst habe, ich könnte diesen Zwiespalt in ihm nicht verstehen und seine Angriffe persönlich nehmen und gekränkt reagieren. Er antwortet, er habe das Gefühl, daß der Druck im Hals und Kopf wie ein heftiger Kampf zwischen zwei Parteien in ihm sei. Fast am Ende der Stunde sagt der Patient: "So ein Druck war seit langem nicht mehr vorhanden". Ich frage nach, ob das Wort "war" bedeute, daß der Druck schon weg sei. Er sagt: "Nein. Man sagt einfach so, z.B. sagt man auch 'so schön wie heute war es seit langem nicht mehr'. Der Sinn wird mir sofort klar, und nach ein paar Sekunden sage ich: "Sie haben 'so schön wie heute' gesagt. Also...trotz aller Anstrengungen..." Er unterbricht mich: "Ja, heute war es eine gute Stunde".

Kommentar

Dieses Material zeigt, wie es dem Patienten gelingt, ausgehend von meinem Äußeren tief in mein Inneres einzudringen. Anfangs scheint der Patient schon mit der Phantasie eines deprimierten Analytikers zu kommen. Nach der letzten Sitzung waren mutmaßlich unbewußte Prozesse in ihm in Gang gekommen, als deren Resultat ich schon die Züge angenommen hatte, die sich am Ende der Sitzung als seine eigenen Anteile herausstellten. Diese Prozesse, die sich mit der Definition Melanie Kleins der projektiven Identifizierung fassen lassen, können jedoch als Ausgangspunkt verstanden werden, der zu einem späteren Zeitpunkt in der Stunde therapeutisch Relevantes ermöglicht.

Meine unleugbare Eigenschaft als Ausländer eignet sich natürlich gut als Projektionsfläche für Gefühle von Zwiespalt und Isolierung, Gefühle, die der Patient immer dann hat, wenn er seine omnipotenten Verschmelzungsphantasien aufgibt und sich mit der Realität des Alltags konfrontiert sieht. Es ist deutlich, daß, wie der Patient selbst bemerkt, daß meine Redeweise, mein Aussehen, einige Züge meiner Verhaltensweise usw., ihn daran hindert, omnipotente, ihn beruhigende, Verschmelzungsphantasien mit mir zu haben. Während der Sitzung entwickelte sich sehr rasch ein Prozess, in welchem ich mich zusehends von intensiven Affekten und einer Kette von Assoziationen gepackt fühlte, die mich zu meinem eigenen Position als Patient zurückkehren ließen, meine ehemalige Analytikerin in ihrer Eigenschaft als eine von mir verschiedene Person angreifend. In diesem Moment wurde die Beziehung mit meinem Patient sehr symmetrisch, vielleicht mit dem Unterschied, daß ich mir das, was vor sich ging, bewußter vergegenwärtigen konnte. Die Auflösung dieser symmetrischen Konstellation gelang mir, indem ich meine eigenen Gefühle als vom Patienten projiziert, d.h. ursprünglich ihm zugehörige, Erlebnisse deutete. Nach der Deutung atmete er erleichtert auf und war auch imstande, aus der symmetrischen Position herauszukommen. Diese Deutung war die eigentlich kreative therapeutische Leistung, zumal sie sich nicht logisch aus dem Interaktionsprozess ableiten ließ.

Verónicas Haltung war, meine Reaktionen bis in die kleinsten Details hinein auszuforschen, wodurch sie ein Wissen über meine Realität und meine Reaktionen erlangte, das ihr sichere Voraussagen ermöglichte. Auch ihre ambivalenten Versuche, mich zu sexuell zu erregen, in denen sich ihr Verschmelzungswunsch und die Angst davor verquickten, hatten Erfolg als wir im Laufe der Behandlung in unserer Beziehung genug "synchronisiert" waren. Zu diesem Zeitpunkt war ich fähig, mit ihrer inneren Welt "mitzuschwingen". Als es Verónica gelang, Aspekte meiner eigenen omnipotenten Sexualität zu berühren (und als ich mich von ihr berühren ließ), war ich in

der Lage, nicht nur den zugehörigen Affekt, sondern auch eine tiefe Einfühlung in ihren Verschmelzungswunsch zu empfinden.

Schluß

Der Beitrag des Analytikers zur analytischen Situation und zum analytischen Prozess ist, wenn auch mit Ausnahmen, systematisch vernachlässigt worden (siehe Thomä und Kächele 1985). Freuds Spiegelmetapher der analytischen Therapie bzw. die Metapher des kühlen Chirurgen, d.h. die Anlehnung an ein Naturwissenschaftsideal, zeigt andauernde Folgen. Es gibt auch andere Gründe, den subjektiven Rahmen zu verlassen: Als ich diese Arbeit schrieb, hatte ich oft das unangenehme Gefühl bei der Schilderung des konkreten Verlaufs der Behandlung dieser Patienten zuviel zeigen zu müssen. Von dieser Erfahrung ausgehend glaube ich, daß die monadische Konzeption, d.h. die Annahme, daß alles vom Patienten –via projektiver Identifizierung– herrührt, unsere persönliche und berufliche Intimität schützt. Diese Zurückstellung des Beitrags des Analytikers zeigt sich in Bions Werk am deutlichsten. Seine Empfehlung, Gedächtnis und Wunsch aufzugeben, ist offensichtlich orientiert an dem Ideal einer fundamentalen Offenheit in der analytischen Einstellung, fordert vom Analytiker aber eine so radikale Selbstentleerung, daß sie letztlich die Überwindung aller Gegenübertragung bedeuten würde. Der Prozess, durch den sich gemäß Bions schematischer Formel die Verwandlung der alpha-Elemente in beta-Elemente vollzieht, ist aber einer, in dem der Analytiker aktiv seine ganze Persönlichkeit aufs Spiel setzt. Mit Hilfe seiner kognitiven Ich-Funktionen sucht er gleichzeitig nach neuen Verknüpfungen und umfassenderen Verbindungen. Wie dieses erreicht wird, sei es *per via di porre* oder *per via di levare*, ist eine andere Diskussion. Auf jedem Fall vollzieht sich in den erfolgreichen Prozessen therapeutischer Umwandlung das, was Sterba (1929) als "gemeinsame Arbeit" bezeichnete, von nun an wird das *neue Objekt* von der Patient-Analytiker Dyade gebildet.

Trotzdem kann das Konzept der projektiven Identifizierung als eine Mitteilung der positiven Einstellung des Analytikers dienen, weil es ihn zur aktiven Suche nach einem Sinn veranlaßt, auch bei den bizarrsten Verhaltensweisen des Patienten. Wie im Vorangegangenen beschrieben, wird aber dieses Konzept nicht mit der Involvierung beider Seiten in die reale Interaktion gerecht, die Racker folgendermaßen zusammenfaßte: "So wie in seiner Beziehung zum Analytiker die Gesamtpersönlichkeit des Analysanden *mitschwingt*: sein gesunder und sein neurotischer Teil,

Gegenwart und Vergangenheit, Wirklichkeit und Phantasiewelt, so *schwingt in seiner Beziehung zum Analysanden* auch die Gesamtpersönlichkeit des Analytiker *mit*, wenn auch mit Unterschieden quantitativer und qualitativer Art. Die Beziehung der beiden unterscheiden sich vor allem durch die Verschiedenheit der äußeren und der inneren Situation von Analysand und Analytiker in der psychoanalytischen Behandlung und durch den Umstand, daß einer der beiden bereits analysiert worden ist" (Racker 1978 [1948], S. 125; Hervorhebung im spanischen Original)

The contribution of the analyst to the processes of projective identification

Abstract. The author conceives of the so called projective identification phenomena primary as interactive processes. After a brief presentation of the contribution of Bion and Rosenfeld, who expanded the rather one-person-psychology fomulation of Melanie Klein into the concept of *projective identification as communication*, the author tries to come closer to the contribution of the analyst to those projective processes. The concept of projective identification points out to interactive phenomena and is essentially of dyadic nature. The contribution of the analyst is considered under 2 aspects: first, the transformation of the patient's aggression into constructive communication processes, and second, the analyst's real aspects the real aspects – internal and external – that play a role by the triggering of projections in the patient. These ideas are illustrated by means of two clinical vignettes.

Literatur

- Bachrach, H.M. (1983) On the concept of analyzability. *Psychoanal. Q.* 52: 180-204.
- Bion, W.R. (1962a) The theory of thinking. In: *Second Thoughts*. London: Heinemann, 1967.
- (1962b) *Learning from Experience*. London: Heinemann.
- Boyer, L.B. (1986) Aspectos técnicos del tratamiento de los pacientes regresivos. *Revista de Psicoanálisis*. 63: 1293-1311.
- Freud, S (1922b) Über einige neurotische Mechanismen bei Eifersucht, Paranoia und Homosexualität. *GW*. 13.
- Grinberg, L. (1956) Sobre algunos problemas de técnica psicoanalítica determinados por la identificación y contraidentificación proyectiva. *Revista de Psicoanálisis*. 13: 507-511.

- (1979) Countertransference and projective counteridentification. In: Epstein L, Feiner AH (eds) Countertransference. New York: Aronson, pp. 169-191.
- Heimann, P. (1966) Comment on Dr Kernberg's paper: Structural derivatives of object relationships. *Int. J. Psychoanal.* 47: 254-260.
- (1969) Gedanken zum Erkenntnisprozeß des Psychoanalytikers. *Psyche* 23:2-24
- Kernberg, O. (1987) Projection and projective identification: Developmental and clinical aspects. *J. Am. Psychoanal. Assoc.* 35:795-819.
- Klein, M. (1946) Notes on some schizoid mechanisms. *Int. J. Psycho-Anal.* 27: 99-110.
- (1955) On identification. In: *New Directions in Psycho-Analysis*, M. Klein et als. (eds.) London: Tavistock, 1955.
- Matte-Blanco, I. (1975) *The unconscious as infinite sets*. London, Duckworth.
- Matte-Blanco, I. (1988) *Thinking, Feeling, and Being. Clinical reflections on the fundamental antinomy of human beings and world*. London, Routledge.
- Meissner, W.W. (1980) A note on projective identification. *J. Am. Psychoanal. Assoc.* 28: 43-64.
- Ogden, T.H. (1979) On projective identification. *Int. J. Psycho-Anal.* 60: 357-373.
- Poder, M.S. (1987) Projective identification: An alternative hypothesis. *Psychoanalytic Q.* 56: 431-451.
- Racker, H. (1978 [1948]) *Übertragung und Gegenübertragung*. München, Basel. Ernst Reinhardt Verlag.
- Rosenfeld, H.A. (1970) Contribution to the psychopathology of psychotic states: the importance of projective identification in the ego structure and object relations of the psychotic patient. In: *Problems of Psychosis*, P. Doucet, C. Laurin (eds.). The Hague: Excerpta Medica, pp. 115-128.
- (1987) *Impasse and Interpretation*. London, New York: Tavistock.
- Sandler, J. (1988 [1987]) Das Konzept der projektiven Identifizierung. *Zeitschr. f. psychoanal. Theorie und Praxis.* 2:147-164.
- Sterba, R.F. (1929) Zur Dynamik der Bewältigung des Übertragungswiderstandes. *Int. Z. Psychoanal.* 15:456-470.
- Thomä, H. Kächele, H. Jiménez, J.P. (1986) La contratransferencia en una perspectiva histórico-crítica. *Revista de psicoanálisis.* 43: 1237-1272.
- Thomä, H. Kächele, H. (1985) *Lehrbuch der Psychoanalytischen Therapie. 1: Grundlagen*. Berlin. Heidelberg, New York, Paris, London, Tokio: Springer-Verlag.
- & —— (1988) *Lehrbuch der Psychoanalytischen Therapie. 2: Praxis*. Berlin. Heidelberg, New York, Paris, London, Tokio: Springer-Verlag.
- V. Zeppelin, I., Moser, U. (1987) Träumen wir Affekte? Affektive kommunikation im Traumprozeß. Teil 1: Affekte und manifester Traum. *Forum Psychoanal.* 3:143-152.
- Wallerstein, R. (1988) One psychoanalysis or many? *Int. J. Psycho-Anal.* 69:5-21.

Zwiebel, R. (1988) Einige klinische Anmerkungen zur Theorie der projektiven Identifizierung. Zeitschr. f. psychoanal. Theorie und Praxis. 2:165-186.

Juan Pablo Jiménez
Génova 2122
Providencia
Santiago de Chile

Juan Pablo Jiménez, Dr. med., Psychiater und Psychoanalytiker, ist ordentlicher Mitglied der chilenischen und der deutschen psychoanalytischen Vereinigung (IPV) und Professor (assoc.) für Psychiatrie an der Medizinischen Fakultät der Universidad de Chile. Nach fünf Jahre Aufenthalt an der Abteilung Psychotherapie der Universität Ulm (Prof. H. Thomä und Prof. Kächele), wo er ein Forschungs projekt über psychoanalytischen Prozess führte, ist er zur Zeit part-time an der Universidad de Chile tätig und part-time Psychoanalytiker in eigener Praxis. Jiménez beschäftigt sich mit Problemen der psychoanalytischen Behandlungstechnik und der therapeutischen Prozessforschung.