

### 3 Gegenübertragung

- 3.1 Konkordante Gegenübertragung
- 3.2 Komplementäre Gegenübertragung
- 3.3 Nachträglichkeit und Zurückphantasieren
- 3.4 Teilhabe des Patienten an der Gegenübertragung
  - 3.4.1 Erotische Gegenübertragung
  - 3.4.2 Agressive Gegenübertragung
- 3.5 Ironie
- 3.6 Narzisstische Spiegelung und Selbstobjekt
- 3.7 Projektive Identifikation

## Vorbemerkungen

Wie wir im entsprechenden Kapitel des Grundlagenbands (Kap. 3) ausgeführt haben, exemplifiziert die Geschichte der Gegenübertragung die Wiederentdeckung der Komplementarität als Grundprinzip sozialer Interaktion in der Psychoanalyse. Rechnet man Heimann (1950) das Verdienst zu, ausdrücklich die positive Bedeutung der Gegenübertragung begründet zu haben, so darf man als die nächste Station die Einführung des Interaktionsbegriffs in die psychoanalytische Theoriediskussion betrachten:

Nun ist psychotherapeutische Interaktion jeder Provenienz zweifellos wechselseitige Einwirkung, aber das Tun des einen ist nicht auch das Agieren des anderen; . . . insbesondere sind die Reaktionen auf Seiten des Therapeuten durch Reflexion, durch Nachdenken über die intendierten, erwünschten, erwarteten und befürchteten Reaktionen, die der Patient auslösen möchte, partiell aufgehoben, 1) weil im Sinne Freuds das Denken, das Nachdenken in der psychotherapeutischen Situation, ein Probehandeln ist, und 2) weil die affektiven Auslöser *unvermeidlich* irgendeine Wirkung auch in der professionellen Beziehung tun (Thomä 1981, S. 391).

Von den verschiedenen Interaktionstheorien sind für die Psychoanalyse besonders jene nützlich, die Blumer (1973) durch den glücklichen Terminus "symbolischer Interaktionismus" zusammengefasst hat. Nach Weiß (1988) wird damit ein Forschungsansatz bezeichnet, dessen hauptsächliche Prämisse darin besteht, daß Menschen gegenüber Subjekten und Objekten auf der Basis jener Bedeutungen handeln, die diese Subjekte und Objekte für sie haben. Die Phänomene der Gegenübertragung werden auch durch die Kenntnis der Theorien über die *Intersubjektivität*, wie sie von Joas (1985) zusammengefasst wurden, verständlicher. Wir zitieren aus dem Werk Meads, einem führenden Vertreter des symbolischen Interaktionismus, den folgenden Abschnitt.

Wir sehen uns mehr oder weniger unbewußt so, wie andere uns sehen. Wir wenden uns unbewußt so an uns, wie sich andere an uns wenden . . . Wir lösen in der anderen Person das gleiche aus wie in uns selbst, so daß wir unbewußt diese Haltungen übernehmen. Wir versetzen uns unbewußt in die Rolle anderer und handeln so wie sie. Ich möchte hier nur den allgemeinen Mechanismus herausarbeiten, weil er für die Entwicklung von Bewußtsein und Identität von äußerst fundamentaler Bedeutung ist. Wir lösen ständig, insbesondere durch vokale Gesten, in uns selbst jene Reaktionen aus, die wir auch in anderen Personen auslösen, und nehmen damit die Haltungen anderer Personen in unser eigenes Verhalten herein. Die kritische Bedeutung der Sprache für die Entwicklung der menschlichen Erfahrung liegt eben in der Tatsache, daß der Reiz so beschaffen ist, daß er sich auf das sprechende Individuum ebenso auswirkt wie auf andere (G. H. Mead 1934; aus 1968, S. 108).

## Rolle und Selbst

Die Bereicherung unseres begrifflichen Repertoires durch die Rollentheorie für die Neufassung der Übertragungs-Gegenübertragungs-Prozesse liegt in der Einführung des unauflösbar miteinander verbundenen Begriffspaares von Rolle und Selbst:

In der Umgangssprache rückt das Rollenspielen in die Nähe des Theaters, und von diesem Verständnis der Rolle her möchten viele unser berufliches Tun in seiner menschlichen Ernsthaftigkeit nicht eingestuft sehen [obwohl das Rollenkonzept von dort entlehnt ist; Einfügung von uns]. Immerhin muß es zu denken geben, daß das Bühnenmodell etwa von Habermas zur Interpretation der psychoanalytischen Situation herangezogen wird. Tatsächlich sprechen wir in der klinischen Situation ganz naiv davon, welche Rolle wohl der Psychoanalytiker jetzt in der Übertragung des Patienten spiele (Thomä 1974, zit. nach 1981, S. 392).

Wir haben das Bühnenmodell unter gebührender Würdigung von Mead im Grundlagenband unter 3.4 erweitert. Zur professionellen Rolle des Psychoanalytikers gehört, daß er sensibel sowohl für die Emotionen des Patienten als auch für die eigenen Affekte ist, ohne sie - und

dies ist das Wesentliche bei der sogenannten Kontrolle der Gegenübertragung - in Aktion umzusetzen. Indem der Psychoanalytiker interpretiert, erfüllt er seine berufliche Rolle und läßt sie zugleich hinter sich. Denn in seiner Sprache enthüllt sich sein Denken und damit er selbst auch dann, wenn er nur zu einem winzigen Detailproblem eines Patienten deutend Stellung nimmt und meint, sich selbst völlig zurückgenommen zu haben.

Rolle und Selbst konkretisieren sich demnach in der sozialen Interaktion und sind dort fassbar. Entsprechend konnten Sandler et al. darauf hinweisen, daß sich "die Übertragung nicht auf die illusionäre Apperzeption einer anderen Person . . . zu beschränken braucht, sondern daß dazu auch die unbewußten (oft subtilen) Versuche gehören, Situationen mit anderen herbeizuführen oder zu manipulieren, die eine verhüllte Wiederholung früherer Erlebnisse und Beziehungen sind" (1973, S. 43).

### *Bewusstsein und Einstellung zur Rolle*

Im deutschen Sprachraum wurden Phänomene der Symmetrie und Asymmetrie in der Rollenzuweisung der Übertragung-Gegenübertragungs-Konfiguration im diagnostischen Urteilsprozess systematisch von Beckmann (1974) erhoben, ohne daß diese Untersuchung klinisch rezipiert worden wäre. Er weist auf die Bedeutung des Wiederholungszwangs hin, durch den die Komplementarität zu jener verfestigten Rollenbeziehung wird, die der Analytiker als Mitspieler auf der Bühne der analytischen Situation am eigenen Leibe erlebt. Unbewusste Rollenbeziehungen führen zu "cyclical psychodynamic patterns", wie sie auch Strupp u. Binder (1984, S. 72 ff.) beschrieben haben. Bei dieser Erklärung wird die Psychodynamik aus sich wiederholenden zwischenmenschlichen Transaktionen verstanden, die sich - in einem Circulus vitiosus - perpetuieren. Dies ist auch das fundierende Moment der psychoanalytischen Interaktionsdiagnostik, zu deren Verwirklichung der Analytiker nach Sandler (1976) die Bereitschaft zur Rollenübernahme mitbringen muß, um diese jeweils induzierte Rolle durch Erkenntnisschritte zu ergänzen.

Das Angebot einer relativ gleichmäßigen Situation in der Behandlung ermöglicht die Aktualisierung erstarrter Schemata, die das Erleben des Patienten geprägt haben. Durch die besondere Aufgabenstellung des Analytikers wird neben der komplementären die konkordante Identifizierung mit dem Patienten begünstigt. Diese beiden Einstellungen laufen im Sinne einer Figur-Grund-Beziehung ab, bei der wir einmal die eine, ein andermal die andere Ebene hervorgehoben sehen.

### *Anpassungs- und Steuerungsprozesse*

Übertragungs- und Gegenübertragungsreaktionen können auf diesem Hintergrund als Kommunikations- und Interaktionsprozesse verstanden werden, bei denen sich unbewußte Reaktionsbereitschaften selektierend auf die Wahrnehmung äußerer Auslöser, also auf den Stellenwert situativer Komponenten auswirken. Das bekannte Gleichnis über das Zusammenpassen von Schloss und Schlüssel läßt sich vielfältig variieren. Je eindeutiger ein Patient auf ein bestimmtes Beziehungsmuster festgelegt ist, desto stärker wird der Druck auf den Analytiker sein, eine dazu passende komplementäre oder konkordante Rolle zu übernehmen. Schlüssel und Schloss sind aufeinander angewiesen. Wittgenstein prägte für Freuds "Idee" den Aphorismus: "Das Schloss ist im Wahnsinn nicht zerstört, nur verändert; der alte Schlüssel kann es nicht mehr aufsperrern, aber ein anders gebildeter Schlüssel könnte es" (Wittgenstein 1984, S. 496). Anstatt die Metaphorik weiter auszudehnen, ziehen wir das vorliegende Wissen über Steuerungsprozesse der affektiven und kognitiven Mikrointeraktion

heran (Krause 1983; Moser u. von Zeppelin 1991, 2004; s. auch Grundlagenband 9.3). Dies steht im Einklang mit den Ergebnissen der modernen entwicklungspsychologischen Forschung, die überzeugende Beweise für die Intersubjektivität zwischen Mutter und Kind erbracht hat (Stern 2005; s. Grundlagenband 1.8).

In den ersten beiden Abschnitten (3.1 u. 3.2) geben wir Beispiele zur konkordanten und komplementären Gegenübertragung. Wir folgen der Feststellung Rackers, daß die Identifizierung des Analytikers mit dem Objekt, mit dem der Patient ihn identifiziert, der damit verbundene pathologische Vorgang so kurzlebig sein und so maßvoll bleiben müsste, daß sie die analytische Arbeit nicht beeinträchtigen (s. Racker 1978, S. 78).

Dem Thema der Nachträglichkeit und des Zurückphantasierens (3.3) kommt eine grundlegende Bedeutung zu. Der umstrittenen Frage, in welcher Weise der Analytiker seinen Patienten an der Gegenübertragung teilhaben läßt oder wie er sich durch Ironie ganz unwillkürlich zu schützen versucht, diskutieren wir an Hand von Beispielen in gesonderten Abschnitten (3.4 u. 3.5). Das selbstpsychologische Verständnis der Gegenübertragung wird durch eine kritische Stellungnahme zu unserem Beispiel vertieft (3.6). Schließlich gelangen wir zum Thema der projektiven Identifikation (3.7) bei der Erklärung der Gegenübertragung. Für die belastende Seite der Gegenübertragung trifft besonders zu, was Racker so eingängig im Rückgriff auf ein bekanntes Nestroy-Zitat formuliert hat:

Wir geben also zu, daß wir ihn [den Verstand] manchmal verlieren, allerdings nicht völlig, aber immerhin soweit, daß wir unsre pathologische Gegenübertragung bemerken und diagnostizieren können, um diese Wahrnehmung dann später, wenn wir die Gegenübertragung in der Gewalt haben, für die Analyse der Übertragungsvorgänge beim Patienten zu nutzen (S. 76).

Was immer ein Patient im Analytiker auslöst, es ist dessen Sache und Verpflichtung, den therapeutischen Aufgaben im Interesse des Patienten gerecht zu werden. Die Rolle im Rahmen dieses "unmöglichen Berufs" in Einklang zu bringen mit dem persönlichen Ich und dem Privatleben, ist nicht leicht. Es ist ein doppeltes, ein vielfältiges Leben, an dem wir teilhaben und das einer der philosophischen Väter des Bühnenmodells, Schopenhauer, im Sinn hatte, wenn er sagt:

Hier im Gebiet der ruhigen Überlegung erscheint ihm [dem Menschen] kalt, farblos und für den Augenblick fremd, was ihn dort ganz besitzt und heftig bewegt: hier ist er bloßer Zuschauer und Beobachter. In diesem Zurückziehen in die Reflexion gleicht er einem Schauspieler, der seine Szene gespielt hat und, bis er wieder auftreten muß, unter den Zuschauern seinen Platz nimmt, von wo aus er, was immer auch vorgehen möge, und wäre es die Vorbereitung zu seinem Tode (im Stück), gelassen ansieht, darauf aber wieder hingeht und tut und leidet, wie er muß. Aus diesem doppelten Leben geht jene von der tierischen Gedankenlosigkeit sich so sehr unterscheidende menschliche Gelassenheit hervor, mit welcher einer nach vorhergegangener Überlegung, gefasstem Entschluß oder erkannter Notwendigkeit das für ihn Wichtigste, oft Schrecklichste kaltblütig über sich ergehen läßt oder vollzieht: Selbstmord, Hinrichtung, Zweikampf, lebensgefährliche Wagstücke jeder Art . . . (zit. nach Schopenhauer 1973, Erstes Buch, S. 139).

### 3.1 Konkordante Gegenübertragung

Im Grundlagenband haben wir unter 3.4 in Anlehnung an Racker (1957) beschrieben, daß bei einer konkordanten Gegenübertragung als Folge einer Identifizierung mit dem Patienten der Analytiker ähnliche Gefühle erlebt wie dieser. Bei einer Klassifikation der miterlebten Emotionen im Rahmen der psychoanalytischen Theorie gibt es nach Racker konkordante Identifikationen, die sich auf die Über-Ich-, Ich- oder Es-Anteile der Persönlichkeit beziehen. Wir berichten nun aus 2 Behandlungsstunden über konkordante Gegenübertragungen.

Herr Ignaz Y befindet sich nach einer Scheidung in einer schwierigen Lebenslage. Fortlaufend gibt es neuen Ärger bei der juristischen Regelung der Schulden, die durch den ihm von seiner geschiedenen Frau aufgezwungenen Lebensstil entstanden sind. Die äußere und innere Notlage hat die Sehnsucht nach einem fürsorglichen Vater und eine entsprechende Übertragung intensiviert. Der in der Schweiz aufgewachsene Patient fühlt sich erneut heimatlos. Er sucht mehr Rückhalt in der Analyse. Mehrfach wurde eine Erhöhung der Frequenz von 3 auf 4 Sitzungen erwogen. Herr Ignaz Y bezahlt das Honorar aus eigenen Mitteln. Krankheitswertige Symptome, die eine Psychotherapie im Rahmen der Krankenversicherung gerechtfertigt hätten, lagen nicht vor. Eine Erhöhung der Frequenz hätte zu weiteren Belastungen geführt, so daß Aufwand und Ertrag sorgfältig abzuwägen waren.

Es sind neue finanzielle Forderungen auf ihn zugekommen, und er muß dringend seinen Rechtsanwalt aufsuchen. Er müsse sich dagegen anstemmen, daß er nicht immer wieder mit neuen finanziellen Forderungen belastet werde, und er sagt wörtlich: "Irgendwo muß doch mal 'ne Grenze sein." Bei dem Wort "Grenze" denke ich an die Belastbarkeit des Patienten. Wie wird er diesen Druck durchstehen? Wird er über die Landesgrenze gehen, um in der Schweiz neu anzufangen?

Tatsächlich spricht der Patient nun von seiner Familie. Seine Schwester hat ihm einen Brief geschickt: "Na, wenigstens ein Lichtblick." Sie habe inzwischen auch - so wie er zu Beginn seines Studiums - den elterlichen Wohnort in der Schweiz verlassen, sei in eine größere Stadt näher zur BRD gezogen und damit für ihn leichter erreichbar.

Mich beschäftigt, daß er bisher von seiner Schwester wenig gesagt hat. Ich weiß, daß sie von den Eltern als legitimes Kind bevorzugt wurde; der Patient ist unehelich geboren. Seine Eltern heirateten erst, als er in die Schule kam.

Ohne daß ich hierzu etwas sage, fährt Herr Ignaz Y fort: Ein Vorgesetzter von ihm, Schweizer wie er selbst, habe ein attraktives Angebot, in einem Entwicklungsprojekt mitzuarbeiten, er würde die rechte Hand eines Ministerialbeamten. Eine Stimmung des Misstrauens und der Missgunst wird spürbar, die ich mit dem Gefühl begleite: Aha, er strebt zurück in die Heimat. Hieraus entwickle ich eine erste Intervention derart, daß für ihn die Last kein Ende nehme, für andere gestalte sich das Leben günstiger. Er seufzt und geht nochmals auf seine mit dem Hausverkauf verbundenen finanziellen Probleme ein, die er durch Überstunden zu lösen versucht. Auf der einen Seite ist er auf diesen Nebenverdienst angewiesen, auf der anderen Seite sind seine ausufernden nächtlichen Nebentätigkeiten auch Ausdruck seiner Selbstüberschätzung. Die damit einhergehende Vernachlässigung des beruflichen Alltags rächt sich und bringt Konflikte mit Mitarbeitern und Vorgesetzten am offiziellen Arbeitsplatz mit sich.

Mich überzeugen seine Überlegungen zur Lösung dieser Probleme nicht, da es m. E. auch um ungelöste Konflikte in Bezug auf Potenz und Kreativität geht. Bevor mir klar wird,

ob ich dieser Überlegung folgen soll, fängt der Patient an, von seinem Vater zu sprechen, der von dem erneuten Debakel um das verkaufte Haus nichts wissen dürfe. Dieser würde sich sonst nur die Hände reiben und sagen: Siehst du, was du doch für einen Mist in der Fremde gebaut hast. Der Patient wird sehr lebhaft und führt mit dem kritisierenden Vater einen heftigen, von Enttäuschungen geprägten fiktiven Wortwechsel.

A.: *Vielleicht tragen Sie sich mit dem Wunsch, nach Hause zurückzukehren, um einen Vater vorzufinden, der all das beiseite schieben würde, was Sie in der Fremde an Mist gebaut haben.*

P.: *Ja, so einen Vater habe ich mir gewünscht, doch nie gehabt.*

Er erinnert sich, daß er in seiner Kindheit und Jugend nie eine enge Beziehung zum Vater gespürt habe, exemplifiziert daran, daß er niemals vom Vater 5 Franken zugesteckt bekommen hätte. Statt dessen habe er sich an seine Mutter gehängt, die ihn mit Geldgeschenken an sich gebunden habe. Er sei dann schließlich von zu Hause weggegangen, weil er dieses Gebundensein, dieses Gefangener-seiner-Mutter-Sein sattgehabt habe. Zum Vater habe er den Weg nicht gefunden. In der letzten Zeit sei ihm nun deutlich geworden, daß sein Vater ein alter Mann und friedlich geworden sei und Sehnsucht habe, seinen Sohn wiederzufinden.

Die Mitteilungen des Patienten runden ein Bild in mir ab: die Sehnsucht, daheim als der verlorene Sohn aufgenommen zu werden. Mir fällt ein, daß Herr Ignaz Y in der Pubertät eine Zeitlang den Wunsch hatte, Priester zu werden. Ich erinnere ihn an die Geschichte des verlorenen Sohnes.

Der Patient, sehr lebendig, freudig, malt sich ein Festmahl aus: "Vielleicht sollte ich wieder mehr in der Bibel lesen."

Zum ersten Mal haben wir in der Stunde eine religiöse Stimmung, ein Vertrauen in die Kraft der alten Bilder. Er hat bisher nie über die Reste seiner Religiosität gesprochen, außer daß er nun eine naturphilosophische Gottesvorstellung habe.

Seine Angespanntheit läßt nach, es wird spürbar harmonischer zwischen uns, der Patient scheint mir immer schwerer auf der Couch zu liegen, und ich werde zunehmend schläfrig. Ich habe dabei das Gefühl einer wohligen Wärme, in die ich mich zurückziehe. Der Patient malt sich weiter die Heimkehrszene aus; als er die Schwester in den Tagtraum hineinkomponiert, ändert sich die Stimmung wieder. Das sei eine Möglichkeit der Heimkehr.

Mir fällt ein Gedicht des israelischen Dichters David Rokeach ein, besonders die Schlusszeile: ". . . und am Ende aller Wege steht die Heimkehr nach Jerusalem." Ich erlebe meine Schläfrigkeit als eine angenehme Stimmung, als einen Moment der Entspannung, indem ich dem Patienten nichts deute, sondern ihn seinen Heimkehrphantasien überlasse. Beim weiteren Verfolgen meiner Gedanken erinnere ich eine Passage vom Anfang der Behandlung. Der Patient hat mich als strengen Analytiker phantasiert, der ihm niemals erlauben würde aufzustehen und herumzugehen. Daraus entwickle ich nun folgende Deutung: "Sie malen sich eine Heimkehrszene aus, in der Sie die Beziehung zum Vater genauso gestalten, wie Sie es sich immer gewünscht haben. Dabei stehen Sie hier in einer Belastungssituation, bei der Sie sich mehr Hilfestellung wünschen, um den Mangel auszugleichen: der zeitliche Abstand zur letzten Stunde, der Hinweis auf die mangelnde 4. Stunde. Sind das nicht Appelle an einen sorgenden Vater, der Ihnen ein Zuhause bereiten soll, in dem Sie sich wohlfühlen und zu dem Sie heimkehren können, wann immer Sie möchten?"

Der Patient ist berührt. Zweifelnd sagt er: "Das fällt mir schwer, an so etwas überhaupt glauben zu können. So einen Vater habe ich doch nie gehabt, so ein Gefühl, mich zu Hause fühlen zu können."

Dann entsteht ein Schweigen, aus dem mich der Patient holt, indem er mich darauf hinweist, daß die Stunde bereits um einige Minuten überzogen ist. Ohne daß ich es bemerkte, habe ich offenbar den Wunsch des Patienten nach Verlängerung der Stunde in die Tat umgesetzt und agiert.

Die Idee der Heimkehr bleibt in den folgenden Stunden lebendig und verbindet sich bei dem Patienten mit der Vorstellung, wieder mehr Ordnung in sein Leben bringen zu wollen. Er möchte den gegenwärtigen Ort seiner ihn belastenden Lebenssituation wechseln oder zumindest den Ort seiner Schandtaten wieder entschütten. Er berichtet dann einen Traum, in dem ein unbestimmt gehaltener Mann eine mit Gerümpel angefüllte Kirche aufräumt. Dabei entdeckt er Spielzeug, das er auf dem Altar niederlegt.

Der Patient hat in seiner Jugend Geborgenheit, die er zu Hause nicht gefunden hatte, eine Zeitlang in der Kirche und in der tröstlichen Vorstellung gesucht, Priester zu werden. Er hat sich des öfteren angeklagt, daß er mein Sprechzimmer mit seiner Unordnung anfülle. Es liegt also nahe, die Kirche als Metapher für die Therapie zu sehen. Wir kommen erneut auf meine Rolle in seinem Leben, die von dem unbestimmt gehaltenen Mann im Traum dargestellt wird. Im ersten Jahr der Therapie benutzte Herr Ignaz Y die Stunden vorwiegend dazu, mit meiner Hilfe sein aus den Fugen geratenes Leben zu ordnen. Zeitweise hatte ich vorwiegend eine haltgebende Funktion. Um nicht im Chaos zu versinken, orientierte sich Herr Ignaz Y häufig mit Hilfe meiner Sicht und Einschätzung über seine Lebenslage. In seiner narzißtischen Selbstüberschätzung war er für viele private und berufliche Bereiche seines Lebens ziemlich blind und fiel aus allen Wolken, wenn er sich scheinbar plötzlich in einer Sackgasse befand. Wir waren tatsächlich beide in verschiedener Weise mit dem Aufräumen befasst. Hierbei hatten wir für ihn kostbares Spielzeug aus der Kindheit entdeckt, das er auch selbst schon dem Zugriff von außen entzogen hatte. Wie wir unter 7.3 darstellen werden, hat der Patient als Kind eine Privatsprache entwickelt. Hinweise des Patienten zum Traum bringen mich auf den Gedanken, in dem unbestimmt gehaltenen Mann ein Mischgebilde aus uns beiden zu sehen. Über diesen Gedanken verwundert, fällt mir ein, daß ich vor einigen Tagen ein Buch gelesen habe, dessen Titel *The pronouns of power and solidarity* mich anspricht. Es könnte sein, daß ich in der Spannung von Macht und Solidarität die ambivalente Stimmung des Patienten erspüre, daß er viel gibt und ich es annehme, ohne daß sicher ist, was er dafür bekommt. Bevor ich aus diesen Überlegungen zu einer Deutung gelange, fällt dem Patienten eine Fernsehsendung ein, bei der das Bild der gesuchten Terroristin A. S. gezeigt wurde: "Wenn wir von der befreit würden, das wäre eine Erlösung."

Er hatte sich zeitgleich mit Aufnahme der Behandlung von seiner ihn vollkommen beherrschenden Frau und deren Familie äußerlich befreit, fürchtet aber, noch einmal in eine ähnliche Lage zu geraten. Ich deute deshalb im nächsten Schritt: "Wenn Sie sich endgültig von den Trümmern Ihrer missglückten Ehe befreit haben . . ." Der Patient fällt mir ins Wort: "Dann würde ich für Sie in meinem Heimatdorf in der Wallfahrtskirche ein Bild stiften." Er vergleicht nun die Behandlung mit einem Kreuzweg, einem dornenvollen Weg. Ich weise ihn darauf hin, daß für sein Erleben dieser Vorgang sehr schmerzlich sei, einseitig und voller Unklarheit, was ihn am Ende erwarte. Dem Patienten fällt nun sein Vater ein, der ihm wenig Gutes getan habe; er habe ihn immer spüren lassen, daß er ein Bastard sei und nicht wirklich gewollt. Nur einmal, als er als kleines Kind krank gewesen sei, habe der Vater ihn auf den Armen herumgetragen. Ich schließe diese Passage mit dem Hinweis, daß er sich bei der schwierigen Suche nach einem Behandlungsplatz als Bastard gefühlt haben könne, da einige Therapeuten, die er konsultiert hatte, ihm bedeutet hätten, er solle zuerst sein äußeres Leben in Ordnung bringen, bevor man an eine analytische Behandlung denken könne.

### 3.2 Komplementäre Gegenübertragung

Aus Abschnitt 3.4 im Grundlagenband übernehmen wir zur Einführung folgende zusammenfassende Beschreibung: Durch den Ausdruck "komplementäre Identifizierung" hat H. Deutsch (1926) eine Identifizierung des Analytikers mit den Übertragungsobjekten des Patienten beschrieben. Der Analytiker fühlt dann wie die Mutter oder wie der Vater, während der Patient Gefühle wieder belebt, wie er sie früher in der Beziehung zum jeweiligen Elternteil empfunden hat.

Herr Erich Y kommt in aufgeräumter Stimmung in die 249. Sitzung, das Leben sei wieder lebenswert. Seinen angenehmen Traum beschreibt er gefühlvoll:

P.: *Ich war in der Firma und hatte ein sehr gutes Verhältnis mit meinem Chef. Das ist so weit gegangen, daß wir uns beim Telefonieren abgewechselt haben. Ich habe zuerst gesprochen, dann hat er weitergemacht, und dann hat der Abteilungsleiter, und das weiß ich nicht genau, war es ein Eis oder irgend etwas, dann weiter zu sich genommen.*

A.: *In Ihrer Anwesenheit beim Telefonieren, oder wie?*

P.: *Ja, als er das Telefon übernommen hat, hat er den Kaugummi oder was immer zu sich genommen.*

A.: *Ja, hat er Ihren Kaugummi oder Ihr Eis gegessen, so daß ein sehr intimer Austausch zustande kam?*

P.: *Genau.*

Überlegung: Die harmonische und intime Stimmung des Traumes färbt unsere Beziehung. Ich gehe auf diese Stimmung ein, und es ergibt sich wie von selbst, daß ich die Übertragungswünsche des Patienten aufnehme. Es liegt mir daran, der unbewußten Sehnsucht auch sprachlich gerecht zu werden und die Intimität des Austauschs spürbar zu machen. Darin liegt meine Absicht, die sich auch in späteren oralen Deutungen niederschlägt. Es passierte mir aber unabsichtlich, daß ich den Kaugummi primär dem Patienten zuschrieb, so als hätte er diesen zuerst im Mund gehabt. Ich bemerkte, daß der Patient bei der Beschreibung des intimen Austauschs gezögert hatte, und er kam selbst vom Eis zum Kaugummi. Aber es kam durch mein unbewußt gesteuertes *Verhören*, daß ich ihm den *Kaugummi* in den Mund legte. In welcher Weise meine Gegenübertragung zum Verhören geführt hat, entzieht sich meinem bewussten Zugang. Die Übertragung des Patienten, die sich im Traum darstellt, erlebe ich auf verschiedenen Ebenen. Die Vatersehnsucht drückt sich in einem oralen Beziehungsmodus aus. Unterbrechungen oder Unklarheiten in der Wiedergabe könnten auf einen Widerstand gegen latente phallische Strebungen hinweisen. Mein emotionales Mitschwingen hat den Patienten offenbar ermutigt, seinen Widerstand aufzugeben. Alles ging so selbstverständlich vor sich, daß ich den Lapsus erst beim Lesen des Transkripts bemerkte. Dazu mag beigetragen haben, daß der Patient meine Interpretation der Szenenfolge sofort bestätigend aufnahm, indem er sagte: "Genau".

Nach diesem "Genau" des Patienten folgt meine Ergänzung.

A.: *Er wurde Ihr Kumpan durch diesen intimen Austausch.*

P.: *Es ist eine besondere menschliche Zuneigung. Dann entsteht auch etwas, angezogen zu sein und nicht abgestoßen und auch gleichwertig zu sein. In einer solchen Stimmung stört es mich dann auch gar nicht, wenn unser kleiner Sohn misslaunig ist, was mir sonst wehtut.*

Der Patient befasst sich dann mit seinem Stimmungsumschwung. Auch vor der Sitzung hat es eine kurze negative Phase gegeben, als ein Arzt im Wartezimmer auftauchte und der Patient, obwohl er kaum in Sichtweite saß, hin- und hergerissen war, ob er nun grüßen solle



oder nicht, ob der Arzt sich ihm freundlich zuwenden würde oder nicht etc. Sofort geriet er in eine Spannung und Verkrampfung, und schon war das Symptom da.

Überlegung: Den Einfällen des Patienten entnehme ich, daß ich sein Suchen nach harmonischer Einheit und Gemeinsamkeit zutreffend erraten hatte. Das Auftauchen eines Arztes beendet beim Patienten deshalb die Harmonie, weil er dann hin- und hergerissen ist, ob er gesehen wird, ob er grüßen soll, ob er aufstehen muß usw. Kurz, er beschreibt die entstehende Spannung, die deshalb zustande kommt, weil nun das Vergleichen einsetzt: groß - klein, bedeutend - unbedeutend. Der hinzugekommene Arzt hat tatsächlich eine eindrucksvolle Figur.

Herr Erich Y beschreibt dann, daß die Spannung wieder nachließ, als er sich gedanklich auf eine gemeinsame menschliche Ebene mit dem hinzugekommenen Arzt begeben hatte - von Mensch zu Mensch. Dann beschreibt er sein Schwanken zwischen extremen Polen.

Überlegung: Es geht mir darum, die unbewußte Sehnsucht an intimen Vorgängen des Austauschs noch deutlicher zu machen. Ich greife deshalb auf genetisch frühe Muster des Austauschs und auf den Traum zurück.

*A.: Ja, da ist der Traum ein Gegenbild. Da sind Sie ja ein Herz und eine Seele. Da gibt es keine Spannung. Der nimmt Ihren, Sie nehmen seinen Kaugummi. Was der im Mund hat, haben Sie im Mund. Das ist wie zwischen Vater und Kind oder wie zwischen Mutter und Kind, nämlich wenn die Mutter etwas in den Mund nimmt und sagt, oh das ist gut, und es dann dem Kind in den Mund schiebt.*

*P.: Selbst im Traum habe ich in diesem Augenblick angehalten und konnte es nicht fassen. Ich bin zurückgetreten und habe nochmals hingeschaut, ob das stimmt, ob das tatsächlich so ist, daß er den Kaugummi weiter benutzt.*

*A.: Ja, und Sie haben auch interessanterweise, wahrscheinlich aus einer Art von Beschämung, erst gesagt, Sie wüßten es nicht mehr genau. Es könnte auch Eis gewesen sein, das zerläuft. Das kann man nicht zweimal in den Mund nehmen. Dann erst sind Sie auf den Kaugummi gekommen, so als hätten Sie erst mir gegenüber sagen müssen, es war doch ganz appetitlich. Mit dem Kaugummi ist das sozusagen intimer. Da nimmt man was in den Mund, was der schon im Mund hatte. Oder wie sehen Sie es?*

*P.: Richtig, genau richtig.*

Der Patient beschreibt nun auch seinen Widerstand, der schon während des Träumens einsetzte. Selbst wenn Herr Erich Y mir nur aus Gefälligkeit entgegenkäme, so sprechen doch seine Einfälle dafür, daß ich seine unbewußten Wünsche erraten habe. In den nächsten Deutungen verstärke ich versuchsweise die orale Objektbeziehung, um den verbalen Austausch zu materialisieren, und stelle Beziehungen zur Oralität stark in den Mittelpunkt, um ihn emotional anzureichern.

Herr Erich Y versucht, seine Sehnsucht zeitweise wieder abzuschwächen:

*P.: Ich hab mir schon wieder gedacht: Oh du liebe Zeit, solche Gefühle, so etwas wird in mir erweckt, was denken Sie wohl darüber.*

*A.: Ja, daß Ihnen das nicht nur widerfährt, sondern daß Sie selbst etwas suchen, was der Abteilungsleiter hat. Sie nehmen ja auch daran teil, wenn wir hier Worte hin- und herwechseln. Das ist ja dann kein Kaugummi, aber es hat mit dem Mund zu tun und mit der Beziehung, mit Worten, die hin- und herfliegen und verbinden. Was fällt Ihnen noch alles dazu ein? Vielleicht gibt es noch mehr Phantasien, wenn Sie sich etwas mehr zutrauen und wenn Sie nicht mehr so erschreckt sind, ja um Gottes Willen.*

*P.: Ich bin etwas abgelenkt worden im Augenblick.*

*A.: Wodurch?*

P.: *Ich bin wieder unruhig geworden. (Ein Zittern ist aufgetreten.)*

A.: *Ja, ich habe mich gerade einbezogen. Wie war die Ablenkung gefühlsmäßig?*

Nun kommt Herr Erich Y auf den Traum zurück, und ich scheine mit dem Abteilungsleiter eine Einheit zu bilden. Er sagt: "Selbst im Traum habe ich in diesem Augenblick angehalten und konnte es nicht fassen. Ich bin zurückgetreten und habe nochmals hingeschaut, ob er tatsächlich den Kaugummi weiter benutzt." Mein Hinweis auf seine Beschämung, die zu einer Unterbrechung führte, ermutigt ihn, seiner tiefen Vatersehnsucht mehr Raum zu geben. Mir ist schon länger in den Sinn gekommen, daß der Patient in der Pubertät homosexuell verführt wurde, und ich vermute, daß er vom Trauminhalt in der Übertragung beunruhigt ist. Deshalb weise ich darauf hin, daß der ungewöhnliche und unanständige Austausch im Traum zwischen Kind und Mutter bzw. Vater üblich und natürlich sei und sich diese Natürlichkeit auch in der Sexualität des Erwachsenen fortsetze. Absichtlich beschreibe ich die Oralität recht allgemein.

P.: *Sehen Sie, wenn Sie solche Dinge sagen, werde ich wieder unruhig, als wenn sich etwas dagegen sträubte.*

A.: *Ja, mit diesen Worten scheint es fast schon so zu sein, als ob meine Zunge in Ihren Mund reinkäme und mein Kaugummi, und der ist dann so ein Zwischenglied.*

P.: *Ja, ich glaube, daß Gedanken, die von Ihnen ausgehen, meine eigenen sein könnten und ich in meiner Schlechtigkeit von Ihnen entdeckt und als pervers hingestellt werde.*

A.: *Ja, das ist fast eine Furcht, als wären Sie pervers, wenn Sie Ihre Vatersehnsucht spüren.*

P.: *Ich habe Ihnen ja schon erzählt, daß mir ein Junge damals gezeigt hat, was es alles gibt.*

A.: *Der an Ihrem After rummachte.*

P.: *Ja.*

A.: *Und auch wollte, daß Sie sein Glied in den Mund nehmen, oder was meinen Sie?*

Zu oralen Praktiken war es damals nicht gekommen und auch nicht zur gegenseitigen Onanie, wie der Patient nun ergänzend mitteilt.

Das Zögern des Patienten läßt mich vermuten, daß er verunsichert ist, weil sich Intimität unbewußt mit Perversion verknüpft, weshalb ich auch das Wort ausspreche. Es ist mir wichtig, die Angst, daß seine oralen Sehnsüchte, die im weiteren Verlauf der Stunde noch weiter ausgeschmückt werden, pervers sein könnten, abzuschwächen. Deshalb gebe ich Hinweise auf die Natürlichkeit dieser Wünsche in der Beziehung zwischen Kind und Eltern. Hierbei zeigt sich auch erneut, daß seine Frau wegen ihres tatsächlichen Verhaltens seine triebeinschränkenden Instanzen und seine Schuldgefühle verstärkt.

Von der Erinnerung an seine Nöte während der Pubertät kommt Herr Erich Y nun wieder in die Gegenwart, die den Tagesrest bei der Traumentstehung abgab. Gestern Abend war er in einem Fernsehfilm von einer sexuellen Szene gefesselt: Ein Mann beobachtete eine sich ausziehende Frau durch das Schlüsselloch. Seine Frau war irgendwo in der Wohnung, und er hatte Angst, daß sie ihn erwischen könnte.

Überlegung: Wie so häufig steht seine Frau hier als Repräsentantin einschränkender Über-Ich-Figuren. Ihr tatsächliches Verhalten erleichtert diese Zuschreibung. Daraus ergeben sich unvermeidliche Enttäuschungen und reale Konflikte. Ich vermute, daß die Zurückweisung durch seine Frau die Vatersehnsucht verstärkt hat oder, anders gesagt, daß eine Regression von der heterosexuellen auf eine homosexuelle Beziehungsform durch den Tagesrest und die tatsächliche spätere Abweisung seiner Frau eingeleitet wurde, wobei der Mann zugleich eine mütterliche Funktion übernimmt: orale Regression. Auf der latenten Traumebene wird ein oraler Verkehr dargestellt.

Im Sinne meiner Gegenübertragungsgefühle und meiner Überlegung interpretiere ich diesen Zusammenhang, indem ich sage: "Ja, das könnte schon sein. Sie haben ja nicht genauer hinschauen dürfen und haben sich im Traum dann getröstet."

Kommentar: Wir möchten darauf aufmerksam machen, daß diese Sitzung nicht nur eine *komplementäre Gegenübertragung* illustriert, sondern auch wegen des Mitsprechens des körperlichen Symptoms aufschlußreich ist. Solche Beobachtungen der Aktualgenese ermöglichen einen Einblick in psychodynamische Zusammenhänge. Der Analytiker versucht den körperlichen Bedürfnissen möglichst nahezukommen, indem er Analogien zwischen dem verbalen und dem materiellen Austausch herstellt. So kommt man zwar nicht dem Körper als Gegenstand der naturwissenschaftlichen Medizin nahe, wohl aber dem Körperbild, also dem körpergebundenen Erleben eines Menschen (Schilder 1935).

### 3.3 Nachträglichkeit und Zurückphantasieren

Das nachfolgende Beispiel aus der Behandlung von Herrn Erich Y gehört zu einem umfassenden Thema, das in der Überschrift dieses Abschnitts benannt wird. Selbstverständlich können wir durch eine kurze kasuistische Mitteilung den Leser nicht mit allen Problemen vertraut machen, die im Titel enthalten sind. Um aber den Austausch zwischen Herrn Erich Y und seinem Analytiker nachvollziehen zu können, ist es erforderlich, einige Aspekte der Theorie zu kennen, in deren Kontext *Zurückphantasieren* und *Nachträglichkeit* gehören. Um den Leser über die kaum zu überschätzende Bedeutung der Nachträglichkeit im Vokabular Freuds zu unterrichten, begeben wir uns am Ende dieses Sitzungsberichts auf einen Exkurs.

Die 254. Behandlungsstunde von Herrn Erich Y begann außerhalb des Sprechzimmers auf dem Parkplatz. Wir waren zusammen angekommen und hatten unsere Autos in einiger Distanz voneinander geparkt. Er touchierte die Stoßstange eines bereits dastehenden Autos, was ich aus der Ferne beobachtete.

Der Vorfall wird von Herrn Erich Y zunächst übergangen. Er beginnt die Sitzung mit einem Traumbericht, in dessen Mittelpunkt eine defekte Wasserleitung mit den dazugehörigen Folgen stand. Nachdem die Leitung abgestellt war, ergab sich bei der Besichtigung des Schadens, daß das Rohr in der Wand in einer Länge von etwa 20 cm an- oder abgesägt war. Das umgebende Mauerwerk hatte den Defekt so lange verdeckt.

Der Patient betont, daß er den Schaden im Traum nüchtern und sachgemäß beurteilt habe - es sei ja auch nicht sein Haus gewesen, in diesem Fall hätte er das Kleine ganz groß gemacht und dem Schaden eine ungeheure Bedeutung gegeben.

Sofort sehe ich im Traum eine Selbstdarstellung: In Wirklichkeit ist der Patient zur Zeit intensiv mit dem Umbau seines Hauses befasst. Er hat neue Rohre verlegt und auch Reparaturen am Leitungssystem durchgeführt. Ich phantasie über das Körperbild des Patienten und sehe in der Wasserleitung eine Darstellung des Urogenitalsystems und dessen Beschädigung, die sich in den Dismorphophobien des Patienten, also in seinen Vorstellungen, ein zu kleines Kinn etc. zu haben, manifestiert. Zunächst bleibe ich auf der Ebene, die der Patient anbietet, und gehe darauf ein, daß von ihm kleine Beschädigungen immer noch (wegen des Selbstbezugs und der unbewußten Begleitphantasien) in gewaltiger Vergrößerung erlebt werden.

Ich beschränke mich auf eine dramatisierende Wiederholung der erlebten Größe des Schadens: "Von altersher geht es bei Kränkungen und Verletzungen gleich um Sein oder

Nichtsein und auch um Ihre körperliche Ganzheit, krumme Nase, kleines Glied und Angriffe, Beschädigung, Verletzung."

Herr Erich Y erweitert meine Anspielungen durch Analogien, die ihn schließlich auf den Vorfall beim Einparken bringen: "Mit meiner Stoßstange habe ich den Gummipuffer des anderen berührt, nur so angebumst. Da war nur der Staub weg. Das sah ich schon beim Aussteigen, weshalb ich nicht näher hingegangen bin. Da kommt mir der Gedanke, ob Sie das auch gesehen haben, und die Andeutung eines schlechten Gewissens, weil ich weggegangen bin."

Unter meinen Augen hat sich der Schaden in seinem Erleben vergrößert. Es ist anzunehmen, daß für den Patienten unbewußt auch solche harmlosen Berührungen schwerwiegende Kollisionen signalisieren, weil er unter einem hohen Aggressionspotential steht. Deshalb fühlt er sich auch sofort beobachtet und bestraft.

Wir sprechen über seine eigene Urteilsfähigkeit und darüber, daß er trotzdem noch den Segen brauche und hören wolle, daß alles in Ordnung sei. Der große Schaden im Traum mit seinem unbewußten Hintergrund wird in Beziehung gesetzt zu dem harmlosen Verhalten und zu seinem schlechten Gewissen.

Herr Erich Y erweitert das Thema, indem er lange seine Abhängigkeit von Bestätigungen beschreibt. Aber da gibt es noch eine andere Seite, seine Eigenwilligkeit und sein Perfektionismus bei der Durchführung von Arbeiten, an deren Planung und Verwirklichung er niemand teilnehmen lasse. Er weiht auch seine Frau nicht ein.

Überlegung: Sein Perfektionsdrang ist als eine fortgesetzte Wiedergutmachung entstandenen Schadens anzusehen, sei es des Schadens, den er als Opfer am eigenen Körper erlebt, sei es des Schadens, den er selbst zufügt. Auch wenn unbewußte Absichten ihr Ziel nicht erreichen, weil Abwehrvorgänge hemmend eingreifen, so genügen doch auch Gedanken und unbewußte Phantasien, um ein schlechtes Gewissen zu machen und Wiedergutmachungen zu fordern. Die vielen Reaktionsbildungen des Patienten sind - wie auch gelegentliche Ausbrüche von Wut - ein Anzeichen dafür, daß bei ihm ein hohes Aggressionspotential in Schach gehalten werden muß.

In der nächsten Deutung rücke ich das Wort "Kratzer" in den Mittelpunkt und stelle eine Beziehung zum Körpergefühl des Patienten her (s. 5.2).

A.: *Wenn da irgendwo ein Kratzer ist, dann ist es so, als wäre er Ihnen zugefügt worden; Sie sind das Opfer, und Sie können nichts dagegen machen. Je größer der Schaden ist, den Sie an sich selbst erleben, desto größer ist dann auch wieder die Wut. Das schaukelt sich gegenseitig hoch, wie damals, als ich Ihnen einen Kratzer zufügte durch die Forderung eines Eigenanteils am Honorar . . . Was da alles passiert ist in den Träumen . . . Dann muß alles wieder gutgemacht werden.*

P.: *Ja, diese Perfektion. Den gleichen Gedanken hatte ich heute morgen auch schon. Aber warum sind diese äußeren Beschädigungen oder wenn was passiert sofort auf mich und meinen Körper bezogen, mit den so tief greifenden Wirkungen, ohne daß ich es zunächst wahrnehmen und spüren kann?*

A.: *Ja, schauen Sie diesen Schaden im Traum an. Die körperliche Wasserleitung ist das Wasserlassen, und da ist man sehr empfindlich, wenn man da getroffen wird. Das hat alles mit der Wasserleitung zu tun, mit dem Haus, das man selber ist, und da hat jemand böswillig dran gesägt, im Traum durchgesägt.*

P.: *Es war schon beschädigt eingesetzt.*

A.: *Schon beschädigt eingesetzt, aha.*

Überlegung: Zwischen der Mitteilung des Patienten, daß das Rohr schon beschädigt eingesetzt war, und meiner verstärkenden Wiederholung seines Gedankens hatte ich eine theoretisch gesteuerte Idee: Also lebt der Patient mit der unbewußten Phantasie, als wäre er schon in utero beschädigt worden, daß schon bei seiner Herstellung irgendetwas schief gegangen sein könnte. Ich bin nicht wenig überrascht, daß der Patient nun eine Erinnerung bringt, die durch Wiederholungen seiner Mutter *nachträglich* lebendiggehalten wurde, nämlich daß sein Kopf bei der Geburt deformiert wurde. Bis an den Beginn des Lebens wird also von ihm die Körperbildstörung, insbesondere die Deformierung seines Kopfes, zurückphantasiert. Diese regressive Phantasie sehe ich als einen Versuch an, einen Status quo ante herzustellen, im Sinne Balints den vortraumatischen Zustand wiederzuerlangen. Es ist ein Neubeginn in der Phantasie. Tatsächlich bringt der Patient weitere Einfälle, die ausdrücklich auf die erste Beschädigung Bezug nehmen.

Der Patient greift meine Wiederholung "schon beschädigt eingesetzt" auf und ergänzt:

P.: *Wie gesagt, da war bereits bei der Erstellung der Fehler mit eingebaut, es liegt tiefer, und da kommt ganz einfach der Vergleich zur Geburt. Ich werde daran erinnert, meine Mutter sagte mir, es sei eine sehr schwere Geburt gewesen. Man mußte mich mit der Zange holen, und das war so schwerwiegend, daß sich mein Kopf verformt hat.*

A.: *Das heißt, da wurde schon was deformiert geschaffen und hergestellt.*

P.: *Im Entstehen (lange Pause) Das ist ganz komisch, als wenn ich so weit zurückliege im Bauch meiner Mutter, in dieser Höhle. Aber das ist alles so sauber, rein, so gleichmäßig. Und jetzt kommt sofort der Sprung ein paar Jahre weiter, im Kindergarten, bevor der Krieg ausgebrochen ist. Da kommt die erste Beschädigung. Ich weiß nicht, ob ich das schon einmal erzählt habe. Mein Bruder und ich, wir spielten hinterm Haus, wir spielten auf dem Bauernhof. Da war eine abschüssige Wiese. Da standen auch Fahrzeuge herum. Ich habe die Bremsen eines Leiterwagens losgemacht. Er kam ins Rollen, überfuhr meinen Bruder, der aber zum Glück in einem großen Hühnerloch spielte, so daß der Wagen über ihn wegfuhr, ohne ihn zu treffen.*

A.: *Hm, wurde nur gekratzt. Der Wagen . . .*

Der Patient beschreibt dann weiter, wie der Wagen den Abhang hinunterraste und in einem Schuppen zum Halten kam, wo der Zusammenstoß ziemlichen Schaden anrichtete.

Die lebhaftete Schilderung des Patienten belebt in mir ziemlich analoge Erinnerungen an meine Kindheit. Die Intensität meines Zurückphantasierens ist so stark, daß ich mich nicht an den vom Patienten erwähnten Sachschaden und den von ihm ausgelösten Aufruhr halte. Ich gebe eine gegenübertragungsbedingte Deutung, die unmittelbar anschließt an die Beschreibung des Patienten.

A.: *Weil Sie beinahe den Bruder umgebracht hätten. Da wären Sie der Brudermörder gewesen, Kain und Abel.*

Nach einer längeren Pause entdeckt der Patient im Rückblick noch eine andere Seite.

P.: *Ich war auch so etwas wie der kleine Held, der mit 3 oder 4 Jahren schon so etwas zuwege bringt.*

A.: *Ja, was Sie alles in Gang setzen können. Und dann ist man auch selig und glücklich, wenn alles gutgegangen ist und gesagt wird, es ist nicht so schlimm. Und so war es auch heute morgen, wo Sie mich auch gerne herangezogen hätten als Zeugen dafür, daß kein Schaden entstanden ist, daß nichts passiert ist, daß der entstandene Schaden wieder gutgemacht wird - der selbst verursachte, aber auch der Schaden, den man gar nicht tatsächlich begangen hat, obwohl man meint, ihn als Täter auf dem Gewissen zu haben.*

Seiner Beschreibung, daß er wohl auch als kleiner Held dastand, entnehme ich, daß ich dem Patienten mit meiner gegenübertragungsbedingten Kain-Abel-Deutung zu viel zugemutet habe. Offenbar hatte der Patient hinsichtlich der affektiven Intensität genug für heute, denn den Rest der Sitzung widmet er oberflächlicheren Schadensfällen aus dem Erwachsenenleben.

Rückblick (unmittelbar nach der Sitzung diktiert): Meine Phantasie über die Entstehung des "eingebildeten" Schadens begegnete seiner durch die Mutter lebendig erhaltenen Vorstellung, daß die Beschädigung seines Kopfes auf die Geburt zurückgehe. Zum Glück sagte ich nichts. Meine Überraschung war groß, daß der Patient nicht länger von seiner schweren Zangengeburt sprach, sondern sich der Beschreibung der harmonischen Situation im Mutterleib hingab. Wir haben also in dieser Stunde die Möglichkeit, Verschiedenes zu sehen, den Neubeginn und die Zurückverlegung des harmonischen Zustands vor das erste Trauma, das der Patient als Geburtstrauma beschreibt. Sein Erlebnis und meine Überraschung fallen zusammen. Die Frage ist, wer hat hier mit dem Phantasieren angefangen, der Patient oder ich? Ganz wesentlich ist auch die Auslösung seiner Einfälle durch das rezente Ereignis vor der Sitzung auf dem Parkplatz. Schließlich habe ich mich in den Patienten und die mir bereits bekannte Rivalität mit seinem Bruder hineinversetzt und im Zurückphantasieren eigene Erinnerungen belebt, die mich zu einer gegenübertragungsbedingten Kain-Abel-Interpretation motiviert haben.

Kommentar: Der behandelnde Analytiker hat durch einen Stundenrückblick, den er unmittelbar nach der Sitzung diktiert hat, ebenso wie in den später geschriebenen Begleitkommentaren deutlich gemacht, daß er sich in eine konkordante Gegenübertragung eingelassen hat. Er hat am Zurückphantasieren des Patienten partizipiert und analoge Kindheitserlebnisse erinnert. Eindrucksvoll ist aber auch, daß diese gegenseitige Induktion von Ideen geprägt wird, die zur psychoanalytischen Heuristik gehören und die somit als Suchbilder nicht nur der gemütvollen Empathie des Analytikers, sondern durchaus auch seinem Kopf entsprungen sind.

### *Anmerkungen zur Nachträglichkeit*

Der Ausdruck "nachträglich" und die substantivische Form "Nachträglichkeit" werden von Freud in Verbindung mit seiner Konzeption der Zeitlichkeit und der psychischen Kausalität häufig verwendet. Schon in einem Brief an Fließ vom 06. 12. 1896 schreibt Freud: "Ich arbeite mit der Annahme, daß unser psychischer Mechanismus durch Aufeinandererschichtung entstanden ist, indem von Zeit zu Zeit das vorhandene Material von Erinnerungsspuren eine Umordnung nach neuen Beziehungen, eine Umschrift erfährt" (1950 a, S. 185). Laplanche u. Pontalis erwägen die Ansicht, "daß alle Phänomene, denen man in der Psychoanalyse begegnet, das Zeichen rückwirkender Aktivität, sogar rückwirkender Illusion trügen. So spricht Jung vom Zurückphantasieren: nach ihm reinterpretiert der Erwachsene seine Vergangenheit in seinen Phantasien, die ihrerseits ebenso oft symbolischer Ausdruck seiner aktuellen Probleme sind. Nach dieser Auffassung ist die Reinterpretation für das Subjekt ein Mittel, vor den ‚Forderungen der Realität‘ in eine imaginäre Vergangenheit zu fliehen" (Laplanche u. Pontalis 1972, S. 314). Ohne diese Ansicht zu verwerfen, betonen Laplanche u. Pontalis, daß Freuds Konzeption der Nachträglichkeit viel genauer sei: Nicht das Erlebte werde insgesamt nachträglich umgearbeitet, sondern selektiv das, was in dem Augenblick, in dem es erlebt worden sei, nicht vollständig in einen *Bedeutungszusammenhang* integriert werden konnte. Das Vorbild für ein solches Erleben sei das *traumatisierende Ereignis* .

Freud hat sich den Gedanken des Zurückphantasierens zu eigen gemacht. Der Ausdruck erscheint im Kontext der Nachträglichkeit an mehreren Stellen:

Ich gebe zu, daß diese Frage die heikelste der ganzen analytischen Lehre ist. Ich habe nicht der Mitteilungen von Adler oder Jung bedurft, um mich mit der Möglichkeit kritisch zu beschäftigen, daß die von der Analyse behaupteten, vergessenen Kindererlebnisse - in unwahrscheinlich früher Kindheit erlebt! - viel mehr auf *Phantasien* beruhen, die bei späteren Anlässen geschaffen werden . . . kein Zweifel hat mich mehr in Anspruch genommen, keine andere Unsicherheit entschiedener von Publikationen zurückgehalten. Sowohl die Rolle der Phantasien für die Symptombildung als auch das *Zurückphantasieren* von späteren Anregungen her in die Kindheit und das nachträgliche Sexualisieren derselben habe ich als erster kennen gelehrt, worauf keiner der Gegner hingewiesen hat (Freud 1918 b, S. 137).

Wir gehen davon aus, daß diese Wiedergabe ausreicht und einen tiefen Eindruck auf den Leser machen wird. Wir können jedenfalls die Begeisterung des behandelnden Analytikers beim Zurückphantasieren und bei der Wiederentdeckung der Nachträglichkeit als eine der großartigsten Leitideen Freuds nachvollziehen. Deshalb war es sicher folgenreich, daß Strachey diesen Ausdruck mit "deferred action" übersetzte. Mit Hinweis auf unsere Ausführungen unter 1.4 des Grundlagenbands wollen wir im Sinne der Argumentation von Wilson (1987) betonen, daß Strachey Freud nicht erfunden hat und die gegenwärtige Lage der Psychoanalyse nicht darauf zurückgeführt werden kann, daß in der *Standard Edition* das Werk Freuds in der angloamerikanischen Wissenschaftssprache Stracheys umgestaltet wurde. Daß Strachey Nachträglichkeit als "deferred action" übersetzte, ist mehr als einer der vielen Fehler, die nun allenthalben nachgewiesen werden. Denn die Freudsche Konzeption von "nachträglich" kann nicht auf den Begriff der aufgeschobenen Handlung reduziert werden. Lassen wir dahingestellt, welche Auswirkungen diese sinnentstellende Übersetzung für das Verständnis des Werkes im angloamerikanischen Sprachraum haben mag. Auch dort, wo das Original erhalten blieb, führte der Weg unaufhaltsam vom *Zurückphantasieren* zum *Zurückdatieren* der Entstehungsbedingungen seelischer und psychosomatischer Erkrankungen bis zur ersten Stunde und davor. Der Begriff der Nachträglichkeit verbietet es, die Geschichte des Subjekts auf einen linearen Determinismus, der lediglich den Einfluß der Vergangenheit auf die Gegenwart beachtet, zu reduzieren. Die Tendenz, die Ursachen seelischer Erkrankungen immer weiter zurückzudatieren, ist im Laufe der Jahrzehnte stärker geworden, so als würde das Schicksal des Menschen schon in den ersten Lebensmonaten, ja bereits intrauterin entschieden - wohlgemerkt nicht aufgrund des erbgenetischen Codes, nicht aufgrund der Erbanlage, sondern wegen angenommener Umwelteinflüsse. Hierbei handelt es sich um eine universale, also sprach- und übersetzungsunabhängige Entwicklung, die auch dort zu finden ist, wo die Bedeutung der Nachträglichkeit voll rezipiert wurde, wie beispielsweise durch Lacan, der Freuds Idee mit Heideggers Philosophie der Zeitlichkeit verbunden hat (s.a. Green 2003). Das persönliche Zurückphantasieren kann auf die Metaphorik von Märchen und Mythen zurückgreifen (Thomä 1990; Thomä u. Cheshire 1991).

Dieser Exkurs zeigt, daß das schlichte konkordante Zurückphantasieren einen bedeutungsvollen Kontext hat. Der Erkenntnisprozess des Psychoanalytikers wird von vielen Voraussetzungen getragen, auch wenn ihm diese in der Sitzung selbst nicht gegenwärtig sind. So wird es wohl auch in der oben zusammengefassten Sitzung gewesen sein, die recht gefühlvoll und keineswegs kopflastig verlief.

### 3.4 Teilhabe des Patienten an der Gegenübertragung

Angeborene biologische Grundmuster bringen es mit sich, daß lebhaft erotische oder aggressive Szenen insbesondere dann, wenn der Analytiker in der Übertragung einbezogen wird, eine unwillkürliche psychophysiologische Resonanz finden. Die Einfühlung in die vom Patienten beschriebenen Szenen versetzt den Analytiker in Stimmungen, deren Qualität auf einem breiten Spektrum liegt. Scheler hat schon 1913 in seinem Werk *Zur Phänomenologie und Theorie der Sympathiegefühle und von Liebe und Haß* auf die primäre Objektbezogenheit und die bipersonale Natur dieser tief ins Körperliche reichenden Vorgänge aufmerksam gemacht (s. hierzu Scheidt 1986). Unter psychoanalytischen Gesichtspunkten richtet sich der Blick auf die unbewußten Vorformen dieser Phänomene. Man benötigt keine physiologischen Messdaten, um in der Gegenübertragung zu spüren, daß die partielle Identifikation mit dem Erleben des Patienten eine animierende Wirkung hat. Diese ist zum einen abhängig von der Art der Szenen und zum anderen von der allgemeinen Reaktionsbereitschaft oder der speziellen Resonanzfähigkeit des Analytikers. Es kommt also im Analytiker im Grunde zu all jenen affektiven Reaktionen, die zur Natur des Homo sapiens gehören und die Darwin, Freud, Cannon und Lorenz in ihren Affekt- und Triebtheorien zu erklären versuchen.

Die beruflichen Aufgaben und Verpflichtungen bringen mit sich, daß Sympathiegefühle, daß Liebe und Haß in der Gegenübertragung in abgeschwächter Form auftreten. Der Analytiker steht sozusagen nur mit einem Bein in der jeweiligen Szene, mit seinem Standbein und v. a. mit seinem Kopf bleibt er, nach den oben zitierten Worten Schopenhauers, "im Gebiet der ruhigen Überlegung", um kenntnis- und hilfreich einspringen zu können. Auch wenn hier keine Diskussion über die menschliche Triebnatur geführt werden kann - ein unerschöpfliches interdisziplinäres Thema zwischen Psychoanalyse und philosophischer Anthropologie, wie die Schrift von Marquard (1987) zeigt -, so wird doch von keiner Seite bezweifelt, daß dieser Natur auch Psychoanalytiker unterworfen sind. Deren Empfänglichkeit für sexuelle oder aggressive Phantasien ist sogar erhöht, weil sie sich dafür schulen, die feinsten, dem Patienten als Sender noch gänzlich unbewußten Mikrosignale wahrzunehmen.

Unausgesprochen wissen selbstverständlich alle Patienten, daß auch ihr Analytiker biologischen Gegebenheiten unterworfen ist. Die behandlingstechnischen Probleme beginnen bei der Frage, in welcher Weise anerkannt wird, daß der Analytiker von den sexuellen oder aggressiven Phantasien seiner Patienten in ähnlicher Weise berührt wird wie alle anderen Menschen. Ohne eine solche Anerkennung der Bipersonalität von Emotionen verwirrt man den Patienten.

Dessen gesunder Menschenverstand orientierte sich bisher an Erfahrungen, die er nun in Frage gestellt sieht: Sofern überhaupt eine Beziehung zwischen 2 Menschen besteht, lassen die Emotionen des einen den anderen nicht kalt. Der Patient spürt zumindest in vager Weise etwas von den Gegenübertragungen seines Analytikers, und er benötigt dessen emotionale Resonanz ebenso wie dessen klaren Kopf. Die darin liegende Spannung anzuerkennen, bewahrt vor jenen zahlreichen Sackgassen, die mit dem Stillstand oder dem Abbruch von Behandlungen enden. Wir führen das Scheitern nicht weniger Behandlungen darauf zurück, daß der Patient, insgeheim von der Unglaublichkeit seines scheinbar unberührten Analytikers überzeugt, vielfache Proben aufs Exempel wiederholt und bis zum Beweis intensiviert. Die Variationsbreite dessen, was bei diesen Überführungsversuchen als Beweis gilt, ist groß.

Spontane Reaktionen averbaler Art oder auch Deutungen, die Rückschlüsse auf die Stimmung des Analytikers erlauben, dienen dem Patienten als Indizien dafür, daß der Analytiker aggressiv oder sexuell gereizt sein könnte. Nun ist der Beweis erbracht, und der Analytiker hat sich unglaublich gemacht. Die Intensivierung aggressiver und erotisch-



sexueller Übertragungsphantasien stammt also partiell aus der Verleugnung des Analytikers. Es ist nicht leicht, aus dieser Sackgasse wieder den Weg ins Freie zu finden. Deshalb ist es ratsam, von Anfang an die eigene Emotionalität anzuerkennen und die beruflichen Aufgaben zu klarifizieren, die dem Analytiker abgemilderte affektive Reaktionsweisen ermöglichen. Gewährt man dem Patienten Einblicke in das ihn betreffende analytische Nachdenken, also beispielsweise in den Begründungszusammenhang von Deutungen, läßt die persönliche Neugierde nach. Dann fällt es unserer Erfahrung nach Patienten nicht schwer, das Privatleben des Analytikers zu respektieren und die Neugierde für die persönlichen und privaten Seiten seiner Stimmungen oder Gedanken einzuschränken. Es ist für Patienten eine ungeheure Entlastung, daß der Analytiker nicht Gleiches mit Gleichem vergilt und ähnlich intensiv reagiert wie die Menschen, mit denen sich der Patient im emotionalen Clinch befunden hat oder noch befindet. Die aufgrund des beruflichen Wissens abgemilderten Gegenreaktionen des Analytikers ermöglichen es dem Patienten, neue Erfahrungen zu machen. Dann hat der Analytiker die Probe aufs Exempel in therapeutischer Weise bestanden, anstatt durch eine falsch verstandene und widernatürliche Abstinenz und Anonymität unglaublich zu sein und den vorhin skizzierten Teufelskreis auszulösen.

Betrachten wir nun einige Einzelheiten. Was heißt es, wenn Ferenczi (1919) die Bewältigung der Gegenübertragung in der fortwährenden Oszillation zwischen freiem Spiel der Phantasie und kritischer Prüfung sieht? Was meinen Analytiker, wenn sie von ihrem Umgang mit der Gegenübertragung sprechen?

Zweifellos ist es etwas anderes, ob man nachträglich über dieses oder jenes Gefühl spricht, das in der therapeutischen Sitzung als Reaktion entstanden ist, oder ob man sich dem Patienten gegenüber befindet. Freilich geht es genau darum, wie der Analytiker damit umgeht, daß er einer Fülle von Reizen ausgesetzt ist. Der Beruf des Analytikers wäre tatsächlich unmöglich, wenn alle sexuellen und aggressiven Wünsche ungebrochen ihr Ziel erreichten und den Analytiker von der einen Höhe in die andere Tiefe rissen. So dacht das emotionale Engagement und der Austausch auch sein mögen, so bringt es die reflektierende Nachdenklichkeit des Analytikers doch auch mit sich, daß ihn die Emotionen des Patienten nur in abgeschwächter Form erreichen.

Gewiss ist er das Ziel der sexuellen Sehnsucht, der verzweifelte Hilferufe oder der Entwertung des Patienten - und er ist gemeint und berührt. Die Intensität seines Erlebens ist aber aus verschiedenen Gründen abgeschwächt. Das Wissen über die Prozesse der Übertragung bringt einen gewissen Schutz. Liebe, Haß, Verzweiflung, Ohnmacht waren ursprünglich auf mehrere Personen verteilt. Indem der Analytiker sich in den Patienten einfühlt, ist er schon nicht mehr das passive Opfer von dessen zynischer Kritik; vielmehr kann er am lustvollen Sadismus des Patienten partizipieren und eine geistige Befriedigung aus der Aufklärung solcher Verhaltensweisen ziehen. Die ruhige Nachdenklichkeit, die mit einem hohen intellektuellen Vergnügen beim Herausfinden der Rollenzuschreibungen einhergehen kann, schafft eine ganz natürliche Distanz zur Nähe des Augenblicks.

Der Leser wird vielleicht überrascht sein, daß wir darin einen natürlichen Vorgang sehen, der nichts von einer Spaltung an sich hat, aber auch keine fortlaufende Sublimierung erzwingt. Daß sich die Gegenübertragungsprobleme über den von uns kurz skizzierten Weg, nicht aber über Sublimierungen lösen lassen, bedarf keines weiteren Beweises. Analytiker wären nach kurzer Arbeitszeit erschöpft und berufsunfähig, wenn sie ihre Kraft für eine Ich-Spaltung oder Sublimierung aufwenden müßten.

Aus unserer Auffassung ergibt sich, warum es die natürlichste Sache der Welt ist, daß der Patient in bestimmten Situationen erfahren darf - ja wissen muß -, welche Gegenübertragungen er im Analytiker ausgelöst hat. Nicht mit schlechtem Gewissen hat der

Analytiker etwas zu bekennen, und schon gar nicht kann es darum gehen, den Patienten mit eigenen Konflikten zu belasten oder Geschichten aus dem eigenen Leben als Beispiele mitzuteilen. Häufig nehmen freundschaftliche Beratungsgespräche aus den verschiedensten Gründen eine solche Wendung, so daß schließlich beide ihr Herz ausschütten. Auch viele Ärzte glauben, in der Sprechstunde Trost spenden zu können, indem sie Beispiele eigener Krankheits- und Lebensbewältigung geben. So wesentlich Identifikationen oder das Lernen am Modell in jeder Form von Psychotherapie sind, so entscheidend ist es andererseits, dem Patienten dazu zu verhelfen, daß er die ihm selbst möglichen und gemäßen Problemlösungen findet. Verleugnet ein Patient sein genuines Wissen, daß auch Analytiker dem Schicksal unterworfen sind, so gibt es hilfreichere Wege der Aufklärung als die von Bekenntnissen, die eher schaden als nützen, auch wenn sie mit guten Absichten abgelegt werden.

Es ist ein Charakteristikum allen Leidens - und besonders aller seelisch bedingten oder mitverursachten Erkrankungen -, daß zumindest im Bereich von Symptomen eine Hilflosigkeit eingetreten ist. Der Patient (der "Leidende") klagt über Beschwerden, gegen die er machtlos ist und die sich seelisch aufdrängen oder ihm von seinem Körper bereitet werden. Oft werden Klagen zu indirekten Anklagen. Besonders bei allen seelischen und psychosomatischen Erkrankungen werden die Klagen bald zu Anklagen, die sich gegen Eltern und Angehörige richten. Um nicht missverstanden zu werden betonen wir, daß Klagen und Anklagen darüber, was einem Menschen widerfahren ist und angetan wurde, ernstzunehmen sind. Die langjährige Abhängigkeit des Kindes geht mit einer eindeutigen Verteilung von Macht und Ohnmacht einher. Im Überlebenskampf findet auch das ohnmächtige Opfer noch Mittel und Wege, um sich zu behaupten. Die psychoanalytische Theorie bietet eine Fülle von Erklärungsmustern an, die das therapeutische Verstehen besonders an jenen Punkten erleichtern, die dem Patienten selbst unbewußt sind. Der gemeinsame Nenner, der diese Punkte miteinander verbindet, liegt in den unbewußten Einflussnahmen, die der Patient, so viel ihm auch immer angetan wurde, selbst ausübt.

Unsere Ausführungen begründen die Notwendigkeit, den Patienten unter bestimmten Umständen an der Gegenübertragung teilhaben zu lassen. Die Notwendigkeit dieser Teilhabe ergibt sich theoretisch aus der Fortentwicklung der Objektbeziehungstheorie in eine Zweipersonenpsychologie. Die große therapeutische Bedeutung der Teilhabe an der Gegenübertragung ergibt sich überall dort, wo Patienten blind dafür bleiben, wie sich ihre verbalen und averbalen Mitteilungen, ihre Affekte und Handlungen auf ihre Mitmenschen und auf den Analytiker auswirken. Wahrscheinlich ist es sogar so, daß manche Übertragungsdeutungen, mit denen eine gewisse Distanz geschaffen wird, den Patienten dazu stimulieren, das Objekt endlich zu vermenschlichen und hierbei die Grenzen der eigenen Macht zu erproben.

Indem wir mit Bedacht von der Teilhabe des Patienten an der Gegenübertragung des *Analytikers* sprechen, bringen wir zum Ausdruck, daß diese nur partiell dem Funktions- und Gestaltkreis des Patienten zugehört. Gerade weil der Analytiker nicht voll mitmacht, sondern in allem Ernst in der oben beschriebenen Weise mitspielt, entdeckt der Patient die unbewußten Aspekte seiner Intentionen. Intuitive Psychoanalytiker, die noch dazu den Mut hatten, mit ihren Erfahrungen vor die Öffentlichkeit zu treten, haben schon immer gewußt, daß diese Art der Teilhabe nichts mit Bekenntnissen aus dem Privatleben zu tun hat. Es ist überhaupt unangemessen, im Zusammenhang mit der Gegenübertragung von Bekenntnissen oder Eingeständnissen zu sprechen. Diese Bezeichnungen belasten den natürlichen Umgang mit der Gegenübertragung. Denn der Analytiker legt weder in der Berufsgemeinschaft eine Beichte ab, noch geht es um Bekenntnisse persönlicher Art dem Patienten gegenüber. Darauf haben wir schon im Grundlagenband unter 3.5 hingewiesen. Den Patienten ggf. an der

Gegenübertragung teilhaben zu lassen, halten wir für die angemessene Beschreibung eines eminent bedeutungsvollen Vorgangs, der neue therapeutische Möglichkeiten eröffnet, aber auch die Erkenntnis vertieft.

Unsere Ausführungen tragen vielleicht dazu bei, den Schock abzuschwächen, der noch immer von der Offenheit ausgeht, mit der Winnicott (1949), Little (1951) und Searles (1965) über ihre Gegenübertragung schrieben. Unmissverständlich heißt es:

In bestimmten Phasen mancher Analysen wird der Haß des Analytikers vom Patienten tatsächlich gesucht, und es ist dann nötig, diesen Haß zu objektivieren. Wenn der Patient wirklichen und gerechtfertigten Haß sucht, muß er auch fähig sein, diesen zu erreichen, sonst kann er auch nicht spüren, daß er auch wirkliche Liebe finden kann (Winnicott, 1949, S. 199).

Wir geben nun 2 Beispiele, die deutlich machen, daß das Partizipieren des Patienten an der Gegenübertragung eine heilsame Wirkung haben kann.

### ***3.4.1 Erotische Gegenübertragung***

Gegen Ende ihrer mehrjährigen Analyse überraschte mich die Patientin Rose X nach längerem Zögern mit einer direkten Frage nach meiner Reaktion auf ihre Sexualität. Sexuelle Phantasien und Erlebnisse hatten immer eine große Rolle gespielt. "Übertragung auf den ersten Blick", eine starke Erotisierung und damit verbundene Hemmungen und Vermeidungen hatten die Analyse über lange Zeit geprägt. Die zum Vorschein kommenden Enttäuschungen, Trennungsängste und aggressiven Spannungen bildeten ein oft schwer in seine Bestandteile auflösbares Geflecht mit sexuellen Wünschen.

Starke angstneurotische und anorektische Phasen bestanden seit dem 11. Lebensjahr. Mit sexuellen Gefühlen und Vorstellungen hatte sie sich schon als Mädchen, besonders in Pubertät und Adoleszenz, allein gefühlt. Meine Zurückhaltung und die analytische Situation förderten in der Behandlung diese Gefühle von Alleingelassenwerden v. a. in Aspekten der Beziehung zum Vater. Dieser war mit dem kleinen Mädchen lange sehr zärtlich gewesen, hatte sich aber mit Beginn der Pubertät zurückgezogen und war ihren Fragen nach dem "Sinn des Lebens" ausgewichen. Seine Verhaltensänderung war ihr einerseits unverständlich, andererseits bezog sie seine Abwendung auf ihre geschlechtliche Entwicklung.

Die "Übertragung" und die realistischen Aspekte der analytischen Beziehung waren auf diesem Hintergrund besonders spannungsreich. Frau Rose X war häufig zu Fragen nach meinen persönlichen Reaktions- und Erlebnisweisen veranlasst - Fragen, die jedoch vorwiegend indirekt zum Ausdruck gebracht wurden. Zu diesem Vermeiden hatte ich, wie sich nun im Rückblick aus der späten Phase der Analyse erkennen ließ, unbeabsichtigt beigetragen. Denn ich war gerade wegen der starken positiven, oft erotisierten Übertragung in dem Sinne entlastet, daß sich die Patientin an den gesetzten Rahmen hielt und Grenzen respektierte, die letztlich im Inzesttabu ihre psychosoziale Begründung haben. Meine retrospektiven Übertragungsdeutungen bezogen sich dementsprechend auf ihre ödipalen und präödipalen Enttäuschungen und deren Neuaufgabe durch den Rückzug des Vaters, der allerlei Fragen über das Leben auswich und diese nicht von Mensch zu Mensch beantwortete. Diese Verhaltensänderung bildete einen unbegreiflichen Kontrast zu den Verwöhnungen, ja Intimitäten, die der Vater bis zur Präpubertät mit dem hübschen Mädchen ausgetauscht hatte.

Sie war als Einzelkind den Besonderheiten der Eltern verstärkt ausgesetzt. Die Fürsorge des Vaters nahm sie als Kind eher passiv auf. In vieler Hinsicht übernahm der Vater auch eine mütterliche Rolle und sorgte für einen Ausgleich der Traumatisierungen, die sie durch

mehrere schwere Erkrankungen während ihrer Kindheit erlitten hatte. Die angsthysterische und abergläubische Mutter blieb zeitlebens vom Großvater innerlich abhängig, was die eigene Ehe und auch die Fürsorglichkeit dem Kind gegenüber komplizierte. Die Enttäuschungen, die Frau Rose X durch die Mutter erlebte, verstärkten ihre Zwiespältigkeit und das damit verbundene Spannungsfeld von unbewußt gewordener Aggressivität und manifesten, aber in der Herkunft dunklen Schuldgefühlen. In der Symptomatik setzte sich z. T. die ambivalente Beziehung zur Mutter in typischer Weise fort.

Aus dieser psychodynamischen Zusammenfassung läßt sich leicht ableiten, daß retrospektive Übertragungsdeutungen an rezenten Enttäuschungen bei einer Unterbrechung der Analyse oder bei imaginierten Trennungen ihren Ausgang nehmen konnten und persönliche, konkrete Fragen lange Zeit nur am Rande anklangen. Diese wurden wohl auch vermieden, um die Beziehung nicht zu belasten. Zwischen Tür und Angel warf Frau Rose X oft einen eindringlichen Blick auf meine Mimik und mein Ausdrucksverhalten, gelegentlich machte sie Anspielungen, die z. B. ihre Besorgnis über mein "ernstes" Gesicht betrafen. Wir zerbrachen uns dann den Kopf über die Entstehung ihrer Angst- und Schuldgefühle.

Die ins Auge gefasste Beendigung der Behandlung stand nun bevor. In dieser Phase kamen neben aggressiven vermehrt sexuelle Vorstellungen auf, größtenteils auch als Rückblicke auf Phantasien (z. B. aus Träumen und Tagträumen), von denen die Patientin früher nicht hatte sprechen können.

Nach einer Kritik an meiner beruflichen Rolle als "unpersönlicher analytischer Apparat" fragte mich Frau Rose X nun direkt, wie ich mit ihren hunderttausend sexuellen Phantasien und Andeutungen umgehe, ob ich nicht doch auch erregt sei oder mir sekundenweise etwas Ähnliches vorgestellt habe. Dies bezog sie besonders auf sexuelle Wünsche und Erlebnisse, die sie selbst als lustvoll empfand - Szenen, in denen sie durch eigene Exhibition den Mann zu aggressiver Sexualität stimulierte. Nun wollte die Patientin wissen, was ich mir wünsche oder vorstelle und ob ich ähnliches empfände wie andere Männer.

Wenn früher sexuelle Gedanken angeklungen waren, besonders mit einer Implikation für mich, so hatte ich diese zwar nicht zurückgewiesen, aber als konkret bezogene Gedanken entweder übergangen oder um Erläuterungen gebeten und schließlich retrospektive Übertragungsdeutungen oder Deutungen des latent aggressiven, aktuellen Gehalts gegeben. Zum Zeitpunkt der Endphase dieser Behandlung war ich aufgrund früherer Erfahrungen zu der Auffassung gelangt, daß es möglich und sinnvoll ist, Patienten an der Gegenübertragung teilhaben zu lassen, ohne in Verwicklungen und Vermischungen der beruflichen mit der persönlichen Rolle hineinzugeraten. Im Gegenteil, dieses Teilhabenlassen trägt zur Klarifizierung und zur Entlastung bei. Denn zunächst hatte ich mich ja real tatsächlich zurückhaltend wie der leibliche Vater verhalten, der unpersönlich geworden war und eine Grenze gezogen hatte, wo durchaus noch persönlicher Spielraum gewesen wäre. Oder anders gesagt: Aus der eigenen Furcht vor Grenzüberschreitungen hatte möglicherweise der Vater der Patientin abrupt auf Anonymität umgeschaltet, ebenso wie ich selbst eine unpersönliche Haltung bereits im gedanklichen Vorfeld möglicher sexueller Handlungen eingenommen hatte. In der Behandlungsbeziehung mussten in diesem Fall für die Patientin die reale Erfahrung mit mir und die "traumatische" mit dem Vater so zusammenfallen, daß in ihrem Erleben der Charakter einer "Übertragung" von der Realerfahrung nicht mehr zu differenzieren war.

Mit solchen Überlegungen im Hintergrund gab ich also etwa folgende Antwort, die Teil eines längeren Gedankenaustauschs zwischen uns wurde. Ich sagte wahrheitsgemäß, daß mich ihre Gedanken und Phantasien, die sie selbst als aufreizend, erregend usw. bezeichnet hatte, nicht kalt ließen; im übrigen spreche schon ihre eigene Lebenserfahrung dafür, daß ich

mich nicht wesentlich von anderen Männern unterscheide. Ein gewisses Mitschwingen und gefühlsmäßiges Reagieren sei auch nötig, sonst könne ich mich ja nicht in ihre seelische Situation so weit hineinversetzen, daß ich daraus meine Folgerungen ziehen und Deutungen formulieren könne. Eine gewisse Distanzierung von meinen eigenen Wünschen und Phantasien sei für die Therapie notwendig. Freude und Genuss zöge ich daraus, daß ich bei mir entstandene Phantasien nicht in Wünsche oder Handlungen umsetze, sondern gute, möglichst hilfreiche Deutungen daraus mache, die ihr, hoffentlich, wieder zugute kommen und schließlich eine Behandlung dann zu einem guten Abschluß bringen können. Das Wesentliche aber war die Mitteilung, daß ich etwas fühle, auch gewisse sexuelle Vorstellungen als Reaktion auf ihre Phantasien entwickle. Ich ergänzte, daß wir so im Augenblick entdeckt hätten, was wir beide während einer langen Phase der Therapie zwar wahrgenommen, jedoch in dem Sinne nie ausgesprochen hätten: daß wir uns gegenseitig anregen und gelegentlich auch ich von ihrer erotischen Anziehungskraft angesprochen sei.

Frau Rose X war über diese Antwort überrascht und erleichtert. Sofort brachte sie einen Nachtrag zu einem am Anfang der Stunde berichteten Traum - einer von vielen mit sexuellen und aggressiven Inhalten, in dem es um die Begegnung mit einem dem Vater ähnlichen Mann und einer fremden Frau, aber auch um die Gefahr ihrer Vergiftung ging. Assoziationen über die böse Stiefmutter und die Vergiftung im Märchen von Schneewittchen waren die ersten Einfälle gewesen. Nach ihrer Teilhabe an meiner Gegenübertragung folgten weitere Assoziationen und auch Deutungen der Patientin selbst. Sie sei kolossal entlastet und könne bisher verschwiegene sexuelle Inhalte offener aussprechen - mit der Folge, daß weniger Spannung und mehr Deutungsarbeit möglich war. Der Traum konnte in seiner Bedeutung als Symbolisierung der traumatisch empfundenen Einzelkindsituation mit dem erotisch verführerischen, zugleich aber sehr zurückhaltenden Vater und der in diesem Dreieck mit Angst und Schuldgefühlen belegten Mutter verstanden werden. Von der Mutter hatte sich die Patientin emotional sehr abhängig gefühlt und sich in Kindheit und Jugend oft mit deren Innenleben beschäftigt. Die Mutter war im Verlauf der Analyse, etwa 1<sup>1</sup>/<sub>2</sub> Jahre vor Beendigung, an einer Krebserkrankung verstorben.

Diese Deutung, die in ihrem vergangenheitsbezogenen Anteil durchaus nicht neu war - sie bezog sowohl Aspekte der Beziehung zum Vater als auch zur Mutter ein, war v. a. aber eine Anerkennung ihres konkreten Anliegens, einen gewissen Einblick in die Gefühls- und Vorstellungswelt des anderen zu bekommen -, leuchtete der Patientin zum ersten Male wirklich ein, weil sie vor dem Hintergrund einer neuen Erfahrung stattfand: etwas über mein Inneres, über meine Verarbeitungsmöglichkeiten zu erfahren. Aus meiner Mitteilung konnte die Patientin eine *Anerkennung* ihrer eigenen Sexualität, Sinnlichkeit und Körperlichkeit ziehen. Ihre Zweifel, was ihre erregenden Phantasien in mir auslösen könnten, wurden gegenstandslos. Meine Deutungen, daß menschliche Empfindungen zugrunde liegen, befreiten die Patientin von dem Gefühl, ohnmächtig und ausgeschlossen zu sein oder sich schuldig gemacht zu haben. Im Verlauf der folgenden Stunden entspannte sich das Arbeitsklima deutlich. Die traumatischen Affekte in der Übertragung konnten offener in der Beziehung besprochen und aufgelöst werden, so daß die Analyse ein gutes Ende fand.

### 3.4.2 Aggressive Gegenübertragung

Wir geben zunächst eine Zusammenfassung der besonderen Probleme von Frau Linda X und schildern im Anschluss daran die Zuspitzung der Übertragungs-Gegenübertragungs-Konstellation in einer Sitzung, die vor einer längeren Unterbrechung lag.

Außergewöhnlich war schon die Anmeldung durch den Betriebsarzt einer Firma, in der die seinerzeit 23jährige Frau Linda X eine Ausbildung als pharmazeutisch-technische Assistentin absolvierte. Allein hätte Frau Linda X den Sprung nicht geschafft, weshalb der besorgte Kollege nicht nur die Anmeldung übernahm, sondern auch insistierte, die Patientin in die Sprechstunde zu bringen.

Frau Linda X legte größten Wert darauf, einen Termin bei dem Analytiker zu erhalten, dessen Vortrag sie vor einiger Zeit gehört hatte. Schüchtern, ängstlich und depressiv erwartete Frau Linda X, wie sie sofort nach der Begrüßung äußerte, schon nach wenigen Gesprächen fortgeschickt zu werden. Im Verhalten und in ihren Äußerungen drückte sich eine depressiv-ängstliche Haltung aus, die sich seit etwa 10 Jahren verfestigt hatte. Als Jüngste in einem Elternhaus mit pruder Sexualmoral aufgewachsen, erkrankte sie an einer Pubertätsmagersucht, die durch kränkende Bemerkungen ausgelöst wurde. Die ärztliche Ankündigung, der gefährliche Gewichtsverlust müsse durch Sondenfütterung ausgeglichen werden, führte dazu, daß die Patientin seinerzeit rasch wieder durch übermäßiges Essen von 36 kg auf 80 kg zunahm. Im 17. Lebensjahr unterdrückte sie ihre Freßsucht mit Appetitzüglern. Diese wurden durch Psychopharmaka abgelöst, von denen Frau Linda X seit Jahren abhängig ist. Im Wechsel nimmt sie verschiedene Benzodiazepinderivate und andere Tranquilizer ein, ohne die sie von Ängsten paralysiert wird.

Um vor ihrer Einsamkeit davonzulaufen und ihre Kontaktangst zu überwinden, stillt Frau Linda X ihre große Sehnsucht nach Zärtlichkeit durch kurzfristige, ziemlich wahllose und entsprechend gefährliche sexuelle Abenteuer. Außer einer momentanen Überwindung ihrer Einsamkeit und einem dumpfen Gefühl, für irgendwelche Versäumnisse der Eltern auf diese Weise Rache zu nehmen, bringen ihr die häufig wechselnden Beziehungen nichts. Ihre innere Leere und Verzweiflung hat in den letzten Jahren zugenommen und eine chronische Suizidalität hervorgebracht.

Trotz der schweren Symptomatik ist es Frau Linda X aufgrund ihrer Intelligenz gelungen, einen guten Schulabschluss zu erreichen und einen Ausbildungsplatz zu erkämpfen. Ihre Leistungen in den Kursen führen zu Anerkennung und Befriedigung. Aus dieser kurzen Beschreibung einer ziemlich schwierigen Lebenssituation ergeben sich verschiedene Fragen bezüglich der von uns vertretenen adaptiven Indikationsstellung zur Psychoanalyse. Hierbei befindet man sich schon deshalb auf unsicherem Boden, weil beispielsweise die Schwere der Gewöhnung und Abhängigkeit von Benzodiazepinderivaten und der daraus entstehende Teufelskreis am Anfang noch gar nicht abgeschätzt werden kann. Es ist nicht auszuschließen, daß sich die Ängste der Patientin auch ohne schwere Entziehungserscheinungen steigern, so daß sie dann gezwungen ist, immer mehr Tranquilizer zu nehmen. Trotz zumindest psychischer Abhängigkeit von Benzodiazepinpräparaten und einer chronischen Suizidalität wurde ein ambulanter Behandlungsversuch vorgeschlagen. Eine langfristige stationäre Behandlung hätte ihre Ausbildung unterbrochen und zusätzliche Belastungen mit sich gebracht. Tatsächlich befürchtete die Patientin, eingewiesen zu werden und damit den Anschluss an ihren Kurs zu verlieren. Das Absinken ihres Selbstwertgefühls aufgrund des Wegfallens der Anerkennung, die sie aus ihrer Tüchtigkeit zog, hätte während eines stationären Aufenthalts kaum ausgeglichen werden können. Die Kontrollmöglichkeiten des Medikamentenabusus und der Schutz gegen Selbstmordversuche sind im übrigen auch in stationären Einrichtungen beschränkt.

Bezüglich der Verschreibung von Psychopharmaka wurde die Vereinbarung getroffen, daß diese vom Analytiker übernommen wird. Der eingeschlagene Weg hat sich in diesem Fall voll bewährt. Die entstehenden Verwicklungen in Übertragung und Gegenübertragung ließen sich konstruktiv lösen. Es gelang, von den situativen Verschlimmerungen ausgehend, in die

Tiefe ihrer Ängste vorzudringen, wobei die nachdenkliche Patientin Schritt für Schritt sicheren Boden unter den Füßen gewinnen konnte.

Wie schon vor Beginn der Behandlung traten auch im Verlauf der mehrjährigen Therapie immer dann wieder suizidale Krisen auf, wenn sie Kränkungen durch die Eltern oder Freunde hinnehmen mußte, die meist mit Trennungen verbunden waren. Ferienbedingte Unterbrechungen der Behandlung gingen entsprechend mit Krisen einher und führten zu verschiedenen Notmaßnahmen wie vorübergehende stationäre Unterbringung in einem Reha-Heim oder später zu Ersatzterminen bei einem Kollegen.

Anläßlich einer relativ langen Unterbrechung der Behandlung, die frühzeitig angekündigt wurde, geriet die Patientin erneut in einen Zustand chronischer Suizidalität, für den sie indirekt den Analytiker verantwortlich machte. Die Weigerung der Patientin, die bis dahin zur Verfügung stehende Zeit so gut wie möglich zu nutzen oder Überbrückungshilfen während meiner Abwesenheit anzunehmen, machte mich zunehmend hilflos: meine Ohnmacht war von aggressiven Gefühlen gegen den Negativismus der Patientin begleitet. Meine interpretativen Versuche, bei denen die üblichen Register des Verständnisses narzißtischer Wut (Henseler 1981) gezogen wurden, scheiterten. Die Patientin hielt daran fest, daß alle Welt sie verlassen habe und sie sich deshalb nun endgültig umbringen werde.

Zu einer der letzten Stunden vor der Unterbrechung bringt sie einen Abschiedsbrief mit, den ich lesen soll. Da die Patientin sich daraufhin in ein Schweigen hüllt, bleibt viel Zeit zum Nachdenken. Der Brief liegt auf dem Tisch. Dabei fällt mir ihre schwarze Kleidung auf, und ich denke an Trauer und Tod.

*A: Wenn ich diesen Brief jetzt lesen würde, dann würde ich Ihren Abschied annehmen. Sie lassen mich, weil ich fortgehe.*

Das reaktionslose Schweigen der Patientin lastet auf mir. Es scheint ihr gar nicht klar zu sein, wie sehr mich ihre in der Selbstmorddrohung enthaltene Aggressivität trifft. Auch in ihren Beziehungen nimmt sie oft kaum wahr, daß sie ihr freundlich gesinnte Mitmenschen erheblich kränkt und verletzt. Verschiedene Möglichkeiten gehen mir durch den Kopf: Soll ich die Patientin zu ihrem Schutz und zu meiner Absicherung einweisen, oder soll ich, an Winnicotts Empfehlung (s. dazu 3.4) denkend, sie an meiner Gegenübertragung teilhaben lassen? Ich entschieße mich zu letzterem, weil ich außerdem befürchte, daß sie sonst mein Nichtlesen des Briefes als Gleichgültigkeit verstehen könnte. Darüber hinaus ist mir wichtig, ihr gegenüber die Kontinuität der Beziehung über die Unterbrechung hinaus zu vertreten. So kommt es zu einer relativ langen Deutung, in der ich meine Besorgnis auch dadurch zum Ausdruck bringe, daß ich der Patientin sage, ich befinde mich in einem solchen Dilemma, daß ich wütend auf sie sei.

*A.: Tatsächlich bin ich davon betroffen, daß Sie mit ihrer Drohung das Fortgehen erschweren und das Wiederkommen belasten wollen. Ich werde wiederkommen, und unsere Arbeit wird weitergehen. Deshalb lese ich Ihren Abschiedsbrief nicht.*

Damit wollte ich zum Ausdruck bringen, daß ich den Suizid als Abschied nicht akzeptierte. Nach einem sehr langen Schweigen fahre ich fort:

*A.: Sie schieben mir die Verantwortung über ihr Leben oder Sterben zu und muten mir damit sehr viel zu, zuviel, mehr als ich ertragen kann. Ich teile nicht Ihre Sicht, daß Sie Ihre Macht in so indirekter Weise im Selbstmord unterbringen sollten. Sie erproben dabei, welche Macht Sie über mich über den Tod hinaus haben.*

Ich mache die Patientin auf die in der Selbstdestruktion steckende, aber sehr verdeckte Lust aufmerksam. Obwohl die Patientin noch schweigt, wird spürbar, daß sie sehr berührt ist. Deshalb erinnere ich sie daran, daß die Therapie durch ihren Wunsch, gerade zu mir zu kommen, von Anfang an eine persönliche Note bekam. Um sie zu entlasten, bezeichne ich es

auch als einen Fortschritt, daß sie nun ihre Suiziddrohung nicht mehr mit Vorgängen draußen in Verbindung bringt, sondern mich direkt damit konfrontiert. Als ich von Fortschritt spreche, schaut die Patientin auf und erwacht aus ihrer Starre; sie schaut mich ungläubig an. Ich fasse für sie zusammen, wo ich überall Fortschritte sehe.

A.: *Vielleicht können wir doch noch herausfinden, was dieser Vorwurf alles von Ihren Wünschen und Bedürfnissen beinhaltet, damit Sie auch genauer wissen, was in der anderen Waagschale ist.*

P.: *Ja, das ist es, weil Sie weit weggehen können, weil Sie Erfolg haben und man sie anderswo haben will, das regt mich ungeheuer auf. Ich habe keine Hoffnung, keine Aussicht darauf, jemals richtig arbeiten zu können, so selbständig wie Sie, ich werde immer nur ein lästiges Anhängsel sein, das man materiell versorgen muß, obwohl man das Geld anderweitig viel besser verwenden könnte. Mit meiner Freundschaft ist das auch so eine Sache, das wissen Sie; mein Freund duldet mich nur und stößt mich zurück, wenn ich bei ihm Unterstützung suche, er will mich anders haben, und zwar selbstsicher, selbständig, schön und viel fraulicher, er mag mich so nicht, und Sie mögen mich so auch nicht, Sie schleppen mich auch nur durch. Meine Eltern wollen ihren Lebensabend genießen und sich nicht ständig um mich Sorgen machen müssen, wie mir mein Vater einmal sagte, und dann fügte er hinzu, "der Herr Analytiker kann ja nicht dauernd bei Dir sein".*

A.: *Ja, und nun geht der Analytiker auf Reisen, weit fort, er packt sozusagen sein Wohnmobil (eine Anspielung auf ihre Eltern, die in diesem Sommer eine sehr lange Europareise machen werden). Der Vater behält recht: Die, die's haben, die Sicherheit und das Geld, die packen ihre Sachen, und das steht zwischen uns, weil Sie inzwischen selbst diese Wünsche in sich gespürt haben. Das ist der Unterschied zu früher. Wissen Sie noch, am Anfang sagten Sie hier: Ich werde meine Eltern niemals loslassen, die sollen nicht meinen, daß sie schon genug an mir getan haben. Jetzt wären Sie selbst gerne eine reiselustige Frau wie Ihre Kollegin aus der Firma, wie der reiselustige Analytiker, der einmal weit weg fährt und kein schlechtes Gewissen hat, was die machen, die zurückbleiben.*

Diese Deutung ihres Neides, dem sie eine selbstdestruktive Wendung gegeben hatte, entlastet die Patientin, wie die nachfolgende Reaktion zeigt:

P.: *Ja, bei uns reicht es in diesem Sommer nur zu 14 Tagen Ferien in einem Häuschen, das seinen Eltern (des Partners) gehört, und die mäkeln dann wieder rum, wenn das so das ganze Leben weitergeht, das mache ich nicht mit, ich finde mich mit meiner Mittelmäßigkeit so nicht ab, und die ganzen Jahre der Krankheit haben mir auch alle Chancen versaut, wirklich was Gescheites zu studieren, und da stehe ich nun.*

A.: *Da ist der endgültige Abschied wenigstens noch was Besonderes, nichts Mittelmäßiges, das bricht dem Analytiker wenigstens einen Stein aus der Krone, ja das täte es wirklich.*

Die Anerkennung ihres Wunsches, etwas Besonderes zu sein und zu leisten - und sei es auch über die selbstzerstörerische Tat -, tut ihr gut; denn in der Tat hat die frühzeitig einsetzende schwere Störung ihrer Entwicklung auch vieles zerstört, was nicht aufzuholen ist. Das in der Kindheit durch Abhängigkeit an die Eltern verdeckte instabile Selbstgefühl hat ihr seit Beginn der Pubertät den Zugang zu vielen altersspezifischen Erfahrungen verbaut; statt dessen hat sie eine Fülle herabsetzender Körpererfahrungen und ihr Selbstgefühl beschädigende zwischenmenschliche Erfahrungen gemacht, die nur allmählich durch neues Erleben ausgeglichen werden können. Mit einer lebhaften Stimme kann sie nun fragen:

P.: *Wären Sie zurückgekommen zu meiner Beerdigung?*

A.: *Nein, denn Sie hätten unsere Beziehung schon zerstört, aber ich werde gerne zurückkommen, um mit Ihnen weiterarbeiten zu können. Vielleicht ist das auch eine Macht*



*und Kraft, die Sie haben, daß ich gerne zurückkommen werde; ich weiß, wie viel Mühe es Ihnen bereitet, Ihre vielfältigen Schwierigkeiten zu überwinden.*

Mit der Überwindung dieser kritischen Zuspitzung konnten wir gemeinsam über Mittel und Wege nachdenken, die ihr zur Verfügung stehen könnten, sollte sie während meiner Abwesenheit Überbrückungshilfen benötigen. Der weitere Verlauf der Behandlung brachte zwar immer wieder auch Rückfälle, aber die Patientin konnte aus der hier geschilderten Situation die Erfahrung ziehen, daß wir ihre Konflikte durchstehen und überleben konnten. Aus der nun 4jährigen Katamnese können wir berichten, daß die Patientin ihre Partnerschaft stabilisieren und sich auch beruflich weiter qualifizieren konnte.

### 3.5 Ironie

So willkommen es uns aus therapeutischen Gründen sein muß, wenn unterwürfige, masochistische oder depressive Patienten zu natürlicher Selbstbehauptung und Kritikfähigkeit gelangen, so schwierig ist es oft, ein Übermaß an Entwertung zu ertragen, das den Umschlag von Unterwerfung zum erhofften und erwünschten Aufbegehrens kennzeichnet. Es entstehen affektive Belastungen, die teilweise durch das analytische Wissen aufgefangen werden können. Einen weiteren Schutz bietet die Ironie (Stein 1985).

Von seinen besonders geliebten ethologischen Studienobjekten soll Konrad Lorenz einmal gesagt haben: "Gänse sind auch nur Menschen." Freilich genügt es u. E. gerade nicht, sich darauf zu berufen, daß Psychoanalytiker auch nur Menschen sind und es deshalb zu ihrer natürlichen Ausstattung gehört, auf Angriff mit Flucht, Totstellreflex oder Gegenangriff zu reagieren. Diese und ähnliche spontane Reaktionsweisen können durch das psychoanalytische Wissen gefiltert und gemildert werden. Der Analytiker ist trotzdem nicht immun gegen die Kritik seines Patienten. Er sollte aber dadurch nicht so stark getroffen sein, daß er therapeutisch handlungsunfähig wird oder es dem Patienten auf die eine oder andere Weise heimzahlt; dann wäre die Wiederherstellung einer fruchtbaren Zusammenarbeit sehr erschwert oder unmöglich. In dem Motto, "häufig betroffen, aber möglichst nicht nachhaltig so getroffen zu sein", daß die Gegenübertragung nicht mehr interpretativ fruchtbar gemacht werden kann, sehen wir eine gute Lösung eines Grundproblems der psychoanalytischen Behandlungstechnik.

Negative Gegenübertragungen äußern sich oft indirekt. Aus der Behandlung von Herrn Arthur Y wird über eine solche Entwicklung anhand eines zusammenfassenden Protokolls des behandelnden Analytikers berichtet.

Besonders wegen meiner langatmigen Deutungen war eine Sitzung total missglückt. Ich hatte u. a. versucht, eine weit zurückliegende Äußerung, die Herr Arthur Y vergessen hatte, begreiflich zu machen, denn erneut hatte er sich nach seinen Besserungs- und Heilungschancen erkundigt. Dieses Thema war schon oft auf allen möglichen Ebenen besprochen worden.

Besonders schwierig ist es, wenn sich die erwünschte Kritik eines Patienten mit einem destruktiven Zweifel vermischt, der sich nicht frei entfaltet. In einer früheren dramatischen Sitzung hatte Herr Arthur Y seinen Phantasien mit meiner Unterstützung freieren Lauf lassen können und eingeräumt, daß er mir doch nicht glauben würde, es sei denn, ich würde ihm die Namen anderer, erfolgreich behandelter Patienten preisgeben, was ich aus Gründen der Diskretion nicht könne - also eine ausweglose Lage.

Seine ausgeprägte Ambivalenz mit dazugehörigen Spaltungsprozessen führte dazu, daß der Patient mich - in Umkehrung eines Schicksals, das ihn selbst fast ereilt hatte - zum Bankrotteur machen wollte. Auf der anderen Seite setzte er seine ganze Hoffnung darauf, daß ich seiner Destruktivität standhalten, den Glauben an ihn, an mich selbst und an die Psychoanalyse nicht verlieren würde. Trotz meines Wissens um die ungünstige Wirkung von Ironie führte mein Affekt zu einer ironischen Deutung, die der Patient verständlicherweise total vergessen hatte und die mich Monate später in der erwähnten Sitzung zu verunglückten langatmigen Erklärungen veranlasste. Damals hatte ich dem Patienten auf seine penetrierende Neugierde in Bezug auf meine Erfolge gesagt, meine längste Behandlung hätte 100000 Stunden gedauert und sei erfolglos verlaufen.

Verständlicherweise war diese Deutung so beunruhigend gewesen, daß er sie vollständig verdrängt hatte. Meine nachträglichen Erläuterungen führten nicht weiter, sie ließen den Patienten in seiner Verwirrung. Es gelang mir nicht, ihm seine omnipotente Aggressivität, die als Annahme meiner damaligen Deutung zugrunde gelegen hatte, näherzubringen. Wahrscheinlich hängt dies damit zusammen, daß sich im Patienten sofort Gegenkräfte regten. Mit meiner Erfolglosigkeit wäre seine Omnipotenz, aber auch seine Hoffnungslosigkeit besiegelt. Er möchte mich also nicht so total entwerten, daß ich kein hilf spendendes Objekt-Subjekt mehr sein kann. Bemerkenswert ist, daß dem Patienten der Zugang zu diesem Problem immer noch schwer fällt, obwohl er erst vor wenigen Tagen phantasiert hat, wie er mich in der Öffentlichkeit bestrafen und durch seinen Suizid als Pfuscher bloßstellen möchte. In der Hand halte er alle Rechnungen, um mich als den anzuprangern, der an seinem Suizid schuld sei. Auch hatte er Phantasien, daß ich ihn nach Ablehnung durch die Krankenkasse erst einmal weitere 300 Stunden ohne Bezahlung behandeln müsse und er dann am Ende entscheide, ob und was er mir bezahle - eine Phantasie, die mit Hilfe einer Deutung noch dahingehend verschärft wurde, daß er ja darüber hinaus durch Reklamation die bisherige Bezahlung zurückfordern könne, weil die geleistete Arbeit schlecht gewesen sei. Längst habe er sich diese Rückforderung insgeheim ausgemalt.

Diese Stunde endet mit seiner Erinnerung, daß er sich vorkomme wie im Mathematikunterricht. Der Lehrer stehe vorn, schreibe kluge Formeln auf, und er verstehe nichts. Der Patient fügt hinzu, daß ihm alles heute von mir Gesagte als Quatsch vorkomme. Er wirft, durch die Kritik beunruhigt, die Frage auf, was er wohl tun könne und wie wohl der heutige Tag weitergehe. Die Deutung lautet dem Sinn nach: Viel hänge davon ab, ob er sich nun gleich wieder für seine Äußerung "Quatsch" bestrafe oder ob er es fertig bringe, sich zu behaupten gegen den Lehrer, ohne daß das Wort "Quatsch" die Beziehung zerstöre, und nicht alles kaputtgehe, wenn er sich wehre.

Ich war mit meiner Leistung in dieser Stunde sehr unzufrieden und mit mir selbst und dem Patienten im unreinen. Ich ärgerte mich, daß ich mich hatte in die Ecke treiben lassen, wobei die langen Deutungen zugleich eine Art von Wiedergutmachung für meine stimulierte Aggressivität darstellten. Es fiel mir auf, daß ich die bohrenden Fragen des Patienten eher unwirsch kommentierte, was der eigenen Entlastung diene. Dafür spricht ein weiteres Indiz: Ich überlegte mir nämlich nach der Stunde, daß ich einen Weg finden müsste, die Verschreibung von Valium loszuwerden. Ungünstig hatte es sich ausgewirkt, daß ich dem Patienten vor den Sommerferien kein Rezept ausgestellt hatte. Er hatte dies damals als Misstrauen aufgenommen, aber auch sich selbst anschließend dafür bestraft, indem er wochenlang nichts einnahm trotz zunehmender Verschlechterung, die mit der weggeschobenen Wut gegen mich zu tun hatte. Inzwischen hatte der Patient einen Arzt gefunden, der ihm bei einer Konsultation in anderer Sache mit leichter Hand 50 Tabletten Valium verschrieben hatte. Von diesen 50 hatte der Patient die meisten noch in der Packung, aber da nun eine Unterbrechung bevorstand und er schon angekündigt hatte, daß er diese 14 Tage wirklich anders und angstfreier erleben möchte als die Sommerferien, erwartete ich wieder einen Zweikampf vor der Unterbrechung. Ich befand mich also nach dieser Sitzung in einer negativen Gegenübertragungsstimmung. Die nächste Sitzung verlief entspannter und fruchtbarer.

Gut und Böse waren nun aufgeteilt, und zwar so, daß ich der Repräsentant des Bösen und der rezeptierende Arzt, den der Patient den "obskuren" nennt, zum Vertreter der unbeschwerten Lebenslust geworden war. Lebhaft beschreibt Herr Arthur Y, wie dieser andere Arzt das Verschreiben von Valium leicht nehme und ihm das Gefühl gebe, daß er von Abhängigkeit noch weit entfernt sei.

Herr Arthur Y bringt den Sündenfall und den Genuss des Apfels in Zusammenhang mit dem Verschreiben des Valiums. Das Rezept sei mit "erhobenem Zeigefinger" ausgestellt worden, den Genuss hätte ich ihm auf diese Art und Weise vermiest, meine drohende Gebärde habe ihm Angst gemacht. Herr Arthur Y betont, daß die Verschreibung und die Geste des erhobenen Zeigefingers ihm mehr Probleme geschaffen als gelöst hätten. An meine Stelle setzt Herr Arthur Y nun einen anderen Arzt, der in der Phantasie beispielsweise K. heißt, zu dem er geht und der ihm ein Mittel verschreibt mit der beruhigenden Bemerkung: "Kommen Sie in 4 Monaten wieder, dann ist alles vorbei, und dann reduzieren wir die Medikation." Er sucht also in dieser Phantasie den absolut zuständigen und voll die Verantwortung tragenden Arzt, der ihm versichert, daß alles gut werde. Obwohl ich dem Patienten schon vor einiger Zeit auf seinen unbegründeten Vorwurf gesagt hatte, daß ich ja Teilverantwortung für ihn schon allein dadurch übernommen und zum Ausdruck gebracht hätte, daß ich ihm eine Verschreibung ausgestellt hatte, wird nun erneut deutlich, daß die geteilte Verantwortung nicht ausreicht. Was er sucht, ist die totale Verantwortung und auch die absolut gültige Feststellung, was bis zu einem bestimmten Zeitpunkt erreicht sei. Ich hingegen hatte es ja ihm überlassen, bei Bedarf ein Valium zu nehmen, somit lagen Dosierung und also auch eine eventuelle Abhängigkeit in seiner eigenen Verantwortung.

Nun kommt die andere Seite ins Spiel. Nachdem er mir diese Vorwürfe gemacht hat, erwartet er, daß ich die Behandlung beende und ihn hinauswerfe. Er vergleicht mich mit seinen früheren Therapeuten, insbesondere mit Dr. X., der abweisend gewesen sei, wenn der Patient eine Andeutung machte wegen einer Verschreibung und jeder anderen Form von Hilfe als Psychoanalyse usw. Ich hätte mich also als ungemein großzügig erwiesen, hätte ihm etwas verschrieben, und nun sei er so undankbar, wo ich weit über alles hinausgegangen sei, was er je von Psychotherapeuten erlebt habe. Die Undankbarkeit, die er fühlt und deren Konsequenzen er befürchtet, wird unterstrichen durch die Beschreibung des überaus großzügigen Arztes, der ihm ohne viel Federlesens wiederum 50 Tabletten Valium verschrieben habe. Der habe nur gelacht, dieser Arzt, als er wegen der Gefahr der Abhängigkeit weitere Fragen gestellt habe.

Nach diesem Bericht denkt der Patient an den weiteren Ablauf des Tages und kommt wieder auf die Frage, was er noch tun könne und ob er sich besser fühle, weil er nun all dies gesagt habe. Ich mache ihn darauf aufmerksam, daß sein Befinden wahrscheinlich auch wie nach der gestrigen Stunde davon abhängt, ob nun eine Selbstbestrafung erfolge oder nicht. Es geht dem Patienten erneut um die Frage, was er tun könne, um von der hier gewonnenen Einsicht mehr umzusetzen.

Die Deutungsarbeit hat zu einer so wesentlichen Entlastung geführt, daß kein Rückfall eintrat und Herr Arthur Y von dem verschriebenen Mittel kaum Gebrauch machte.

### **3.6 Narzißtische Spiegelung und Selbstobjekt**

Der Narzissus-Mythos erschöpft sich nicht an der spiegelnden Oberfläche eines Teiches, in der sich der Jüngling selbstverloren und ob der ihm fremden Schönheit entzückt und entrückt ein anderes Selbst entdeckte. Heutzutage sind nicht nur stets Spiegel bei der Hand, in denen wir uns unseres Aussehens versichern können; die Selbstauslöser an Fotoapparaten haben es uns ermöglicht, Selbstportraits anzufertigen und Vergleiche zwischen dem Realselbst und dem Idealselbst auf der Ebene des konkreten Körperbildes anzustellen. Rehberg (1985) hat in Anlehnung an McDougall (1928) gezeigt, daß die Konsolidierung der Körperwahrnehmung durch das eigene Spiegelbild unterstützt wird.

Dem folgenden kasuistischen Beispiel lassen wir einige Bemerkungen über die Spiegelmetapher folgen. Der behandelnde Analytiker ist mit der Theorie Kohuts vertraut, ohne dessen behandlungstechnischen Empfehlungen im einzelnen zu folgen. Die Begründungen hierfür wurden im Grundlagenband gegeben. Freilich unterstreichen wir die Bedeutung des Selbsterlebens und die lebenslängliche Abhängigkeit des Menschen von der Anerkennung durch bedeutungsvolle Andere, auch wenn wir diese nicht in den Rahmen der Kohutschen Selbstobjekte stellen. Wir freuen uns, dem Leser eine ausführliche selbstpsychologische Diskussionsbemerkung vorlegen zu können, die an unseren Bericht anschließt.

Herr Arthur Y hat einen ungewöhnlichen Weg beschritten, um sich seines Körperbildes durch konkreten Augenschein zu vergewissern. Die Handlung des Patienten und seine Phantasien haben im Analytiker Gegenübertragungsreaktionen der verschiedensten Art hervorgerufen. Eine Frage des Patienten rief vorübergehend eine Unsicherheit hervor, die von einer auch therapeutisch fruchtbaren Erkenntnis abgelöst wurde.

Herr Arthur Y hat sich zur Verwirklichung eines Vorhabens durchgerungen, das er schon lange im Sinn hatte. Er hat sich durchgekämpft, hier darüber zu sprechen, ohne zu fordern, daß das Tonband abgestellt wird. Endlich habe er getan, was er längst vorhatte, nämlich sein Genitale mit der schon lange hierfür bereitliegenden Kamera aufzunehmen. Von den Aufnahmen sei eine sehr gut geworden. Eine spätere Wiederholung habe keine bessere Abbildung gebracht.

Mich überraschte und erfreute die Entschiedenheit, mit der Herr Arthur Y einen lange gehegten Plan endlich realisierte, ohne sich von mir und vom Tonband einschränken zu lassen. Der Patient gab einen ziemlich nüchternen Bericht gleich am Anfang der Sitzung, der alles offenließ. Weder beschrieb der Patient, wodurch sich die besonders gute Aufnahme auszeichnete, noch ließ er seine Motive und das Ergebnis, das er im Aktfoto suchte, erkennen. Ich blieb zurückhaltend, weil ich das Gefühl hatte, seine narzißtische Befriedigung durch nichts stören zu dürfen, obwohl es mich reizte zu erfahren, was bei dieser Objektivierung für ihn herausgekommen ist. Meine Vermutung war, daß er sein Glied in erigiertem Zustand und bei der Selbstbefriedigung fotografiert hat, aber ich unterdrückte meine Neugierde. Ich dachte darüber nach, daß es einen Unterschied macht, ob man an sich selbst hinunterschaut und das eigene Genitale immer nur unvollständig und in einer anderen Perspektive sieht als das Geschlechtsteil anderer Männer. Die dabei entstehende kognitive Differenz, so dachte ich, könnte eine Rolle bei den Vergleichen spielen, die insbesondere in der Pubertät und bei selbstunsicheren Männern eine so große Rolle spielen.

Meine Phantasien führten mich zu eigenen Vergleichen und endeten schließlich bei dem Gedanken an die Verborgenheit des weiblichen Geschlechtsteils, dessen Lage es Frauen ohne Spiegel nicht erlaubt, ihr Genitale zu betrachten. Schlussendlich bin ich in Sekundenschnelle bei der Theorie der *Aphanisis* von Jones (1928), die mich immer besonders fasziniert hat: das *Verschwinden* als Auslösung urchimlicher Ängste.

Es überraschte mich nicht, daß Herr Arthur Y seit dem Fotografieren, wie er im weiteren berichtete, unter einer erheblichen Symptomverschlechterung litt. Diese Verschlechterung ist wohl mit Sicherheit auf die Selbstbestrafung für die Aktfotos zurückzuführen, aber auch darauf, daß er sich als Verschwender und als Zerstörer seiner Familie vorkam, weil er mit einem Kunden in ein teures Lokal ging und dort für ein Abendessen einen mir relativ gering erscheinenden Betrag ausgab. Herr Arthur Y suchte geradezu verzweifelt nach weiteren Anlässen, sich selbst zu quälen und herabzusetzen. So genügte es in der Sitzung, daß ich das Wort "Selbstbestrafung" benützte, um die entsprechenden Tendenzen in ihm zu verstärken. Weiterhin kritisierte er sich dafür, daß der Anblick eines jungen und hübsch gekleideten

Mädchens ihm eine richtige Augenweide gewesen sei. Das geschah nach den Aktfotos. Deshalb stellte ich eine Beziehung von einem Betrachten zum anderen und der gemeinsamen Lust in der Verbindung zwischen beiden ebenso her wie den Kontext der Selbstbestrafung. Diese finde ihren Höhepunkt in seiner Furcht, daß er doch noch in der vollkommenen Isolation ende und ein Symptom so quälend werde, daß er kein einziges Wort mehr sprechen könne. Dem Patienten leuchtete ein, daß er offenbar für seine lustvollen Aktionen einen teuren Preis habe bezahlen müssen.

Mit ziemlichem Nachdruck forderte der Patient wieder eine Hilfestellung bei der Umwandlung seiner hier gewonnenen Einsichten im Handeln draußen - was er tun könne, um sich auch draußen im Leben anders zu verhalten. Ich erklärte ihm, warum ich keine Handlungsanweisungen gebe, und er akzeptierte meine Erklärung widerwillig. Er fügte hinzu, daß er wohl verstanden habe, warum ich ihm eine Antwort verweigere. Offensichtlich suchte der Patient mein Verbot.

In der folgenden Sitzung bestätigte sich eine Vermutung, die mir zum Aktfoto durch den Sinn gegangen war. Der Patient hatte zwischen den beiden Sitzungen seinen Selbstanschauungsunterricht fortgesetzt und sein Glied in erigiertem Zustand aufgenommen. Bei der anschließenden Selbstbefriedigung beobachtete er erneut und mit großer Angst den Austritt von Sekret aus der Harnröhre vor der Ejakulation. Dem Patienten war nicht bekannt, daß es sich dabei um Sekret aus der Prostata, aus der Vorsteherdrüse, handelt. Er wollte sich wegen seiner von jeher bestehenden Angst, ob in diesem Tröpfchen Flüssigkeit doch schon Samen enthalten sein könne und eine Schwängerung seiner Frau dadurch möglich sei, bei einem Fachmann erkundigen. Zunächst entsprach ich ein Stück weit seinem Informationsbedürfnis und teilte ihm auf seine Frage mit, daß für diese Frage die Dermatologie zuständig sei, in der es die Subspezialität Andrologie gäbe. In diesem Augenblick war es schon vorauszusehen, daß er mich um die Empfehlung eines kompetenten Spezialisten bitten würde, und ich hatte also etwas Zeit, mir Gedanken zu machen.

Dem Patienten war aufgrund seiner Lebenserfahrung längst geläufig, daß einem bei solchen heiklen Fragen bezüglich der Risikowahrscheinlichkeit von Ärzten so gut wie nie eine hundertprozentige Sicherheit testiert wird. Nachdem er sich dieses Wissen erneut vergegenwärtigt und über sein Ansinnen gelacht hatte, auch über die letzte unsichere Dezimalstelle in zwangsneurotischer Weise noch eine weitere Sicherheit zu erhalten, entschloss ich mich, seine Frage selbst zu beantworten: "Ich glaube kaum, daß ein Androloge Ihnen eine andere Auskunft geben würde als ich. Es ist höchst unwahrscheinlich, daß in dem Vorsekret Samen enthalten und dadurch eine Befruchtung möglich ist."

Nun kam seine Angst zur Sprache, abnorm oder geschlechtskrank zu sein. Die Auskunft, daß bei allen Männern das Prostatasekret im Vorstadium der Ejakulation austritt, beruhigte ihn. Es gab eine schwierige Situation, weil ich unsicher wurde, ob es mit der analytischen Neutralität zu vereinbaren sei, die Frage des Patienten, ob diese Ausscheidung auch bei mir auftrete, zu beantworten.

Persönlich war ich von Herrn Arthur Ys Frage nicht irritiert, eher von dem Mangel an Logik überrascht, und darauf machte ich den Patienten aufmerksam. Sofern ich nämlich zur Klasse der Männer gehöre, trete auch bei mir das Prostatasekret auf.

Der entstehenden gemeinsamen Heiterkeit schreibe ich im nachhinein eine tiefere Bedeutung zu. Hätte Herr Arthur Y nicht unbewußte Zweifel an seiner (und meiner) Geschlechtsrolle, hätte er sich von der Logik leiten lassen, und die Frage wäre ihm nicht in den Sinn gekommen oder er hätte sie sofort verworfen. Der Mangel an Selbstvertrauen geht stets mit Unsicherheiten den Mitmenschen gegenüber einher. Mit der Angst vor den eigenen

körperlichen Produkten sind viele bange Fragen verbunden, die der Patient während seiner Kindheit nicht zu stellen wagte.

Was war nun auf der unbewußten Ebene geschehen? Es hatte sich eine Gemeinsamkeit hergestellt. Aus der philosophischen Warte Gadamers (1965, S. 349) ergibt sich bei jedem gelingenden Gespräch eine Verwandlung ins Gemeinsame hin, in der man nicht bleibt, was man war. Es ist neben anderem die Entdeckung vitaler Gemeinsamkeiten, die im psychoanalytischen Gespräch für Verwandlungen sorgt. So liegt die Annahme nahe, daß Herr Arthur Y durch seine Vorstellung über den biologischen Ablauf des Samenergusses bei mir sich selbst als Mann erlebte und sein Selbstvertrauen zunehmen konnte. Das Prostatasekret verwandelte sich dabei vom beunruhigenden Zeichen zum verbindenden gemeinsamen Nenner männlicher Lust. Nun hatte der Patient soviel Sicherheit gewonnen, daß weitere unbewußte Ursachen seiner Ängste und Zweifel zur Sprache kommen konnten.

Es ist therapeutisch entscheidend, daß die *Gleichartigkeit* der menschlichen Natur in diesem Augenblick von Mann zu Mann gespürt wurde. Diese besteht "in Triebregungen, die elementarer Natur, bei allen Menschen gleichartig sind und auf die *Befriedigung* gewisser ursprünglicher *Bedürfnisse* zielen" (Freud 1915 b, S. 331-332; Hervorhebungen von uns). Freilich wird die mit der Sexualfunktion verbundene Lust, die bei Bühler als Funktionslust eine umfassende Bedeutung erhalten hat, persönlich erlebt, so daß mit der Gemeinsamkeit auch die Verschiedenheit entdeckt wird, mit der Gleichheit auch die Ungleichheit. Deshalb taucht innerhalb und außerhalb von Analysen auch die Frage auf, ob die ungleichen Geschlechter sich wegen ihrer verschiedenen körperlichen Erfahrungsbasis überhaupt verstehen können. Auf Orwells Farm der Tiere spielen Vergleiche an, die von der Gleichheit ausgehen und bei herabsetzenden Gegenüberstellungen enden: "Alle Menschen sind gleich, aber wir sind gleicher miteinander als mit den anderen."

Kehren wir zum therapeutischen Gespräch über die Sexualfunktion zurück, bei dem viele Ebenen der Übertragung und Gegenübertragung berührt werden. Man sollte nicht unterschätzen, daß bei der Aufklärung Wissen in persönlicher Form vermittelt wird. Darum ging es auch in diesem Gespräch, das zur Minderung von Ängsten und zur Zunahme von Sicherheit führte. Unter diesem Schutz konnte der Patient seiner lustvollen Neugier mehr Raum geben und neue Gegenden erkunden.

Was war bezüglich meiner Neutralität anläßlich der Entdeckung von Gemeinsamkeiten auf biologischer Ebene geschehen? Mit meiner Antwort hatte ich nichts Persönliches preisgegeben. Ich war sozusagen nur einer in einer anonymen Gruppe mit gleichen biologischen Funktionen. Aber es war offenbar wesentlich, daß der Patient zunächst einmal eine Gemeinsamkeit mit mir als einem Geschlechtsgenossen hatte herstellen müssen, um zu seiner durch die Ängste blockierten Lebenslust gelangen zu können.

Dieses Thema bildete den Hintergrund für das Betrachten seines Geschlechtsteils anhand eines Aktfotos. Er kam den unbewußten Gründen seiner Ängste bezüglich des Sekrets näher. Alle seine Produkte, so wurde nun deutlich, hatten unbewußt eine anale Komponente. Um seine Frau nicht zu beschmutzen, zettelte er oft abends einen Streit an, um den Verkehr verhindern zu können, wodurch er seine Frau häufig zurückwies und erheblich kränkte. Überraschend fiel ihm ein Traum ein, der ihm bis zu diesem Augenblick fremd geblieben war und dessen Bedeutung ihm nun schlagartig klar schien: Er hatte ein weitläufiges Kanalsystem in einer Landschaft besichtigt, die er als Urlaubsgegend bevorzugt und in der er sich sehr wohl fühlt. Wie Schuppen fiel es ihm im Zusammenhang mit der Selbstinspektion und seinen Beschmutzungsängsten von den Augen, daß er da unten etwas suchte, das ihn lustvoll anzog, aber ihm wegen seiner Bestrafungsangst unheimlich und fremd geblieben war. Seine

Assoziationen führten zu einigen wichtigen lebensgeschichtlichen Entstehungsbedingungen dieser Ängste.

### *Anmerkungen zu Spiegelbild und Selbstobjekt*

Das Spiegelbild reflektiert eine Faszination, die das Thema des Zaubers ebenso berührt wie das des Doppelgängers (Rank 1914; Roheim 1917-19; Freud 1919 h).

Auf die im Narzissus-Mythos, dem Pfandl (1935, S. 279-310) eine weithin vergessene frühe psychoanalytische Interpretation gewidmet hat, enthaltene Frage nach Art und Hintergrund des Spiegelbildes, gibt es 2 unterschiedliche Gruppen von Antworten. In der einen Gruppe werden der Objektbezug und auch der Mitmensch narzißisch konstituiert. Die andere Gruppe von Antworten wird von der Vorstellung bestimmt, daß sich im Spiegelbild der Dialog mit dem anderen nicht nur im Sinne des Vergleichs mit sich selbst fortsetzt. Beide psychoanalytischen Denktraditionen lassen sich auf Freud zurückführen, der zweifellos der Ableitung aus dem primären Narzißmus den Vorzug gab. Einflussreiche Vertreter des 1. Erklärungstyps sind bei aller Verschiedenheit im einzelnen Kohut und Lacan. Der letztere insofern, als er in seiner originellen anthropologischen Konzeption der Spiegelstufe den primären Narzißmus betont, ". . . mit dem die Doktrin die libidinöse Besetzung, die diesem Augenblick eignet, bezeichnet" (Lacan 1975, S. 68).

Kohut hat ab 1977 zwar die Triebtheorie und den Narzißmus aufgegeben, aber seine Beschreibungen der Selbstobjekte sind allesamt nach dem Muster des primären Narzißmus konstruiert, der die Beschreibungen der Selbstobjekte färbt. Nach unserer Ansicht hat Kohut (1959) viel zu wenig beachtet, in welchem hohem Maße die empathisch-introspektive Methode von der Theorie gesteuert wird. Bei dem Versuch, die Empathie zu einem unabhängigen Erkenntnismittel zu machen, unterscheidet er nicht zwischen der Entstehung von Hypothesen und deren Nachprüfung. Kohuts Selbstobjekte sind ganz nach der angeblich aufgegebenen Libidotheorie konstruiert. Sozialpsychologisch orientierte Analytiker wie Erikson können demgegenüber durch den schönen Vers Cooleys charakterisiert werden: "Each to each a looking glass, reflects the other that does path." "Der Mensch im Spiegel des anderen" ist jüngst durch Marten (1988) zum Hauptthema einer gründlichen anthropologischen Studie gemacht worden.

Die dialogische Natur präverbaler Spiegelungen hat Freud bei seinem etwa 1½-jährigen Enkel entdeckt:

Als eines Tages die Mutter über viele Stunden abwesend war, wurde sie beim Wiederkommen mit der Mitteilung begrüßt: Bebi o-o-o-o!, die zunächst unverständlich blieb. Es ergab sich aber bald, daß das Kind während dieses langen Alleinseins ein Mittel gefunden hatte, sich selbst verschwinden zu lassen. Es hatte sein Bild in dem fast zu Boden reichenden Standspiegel entdeckt und sich dann niedergekauert, so daß das Spiegelbild "fort" war (1920 g, S. 12-13).

Die Entdeckung des Spiegelbildes vollzieht sich hier durch Imitation einer motorischen Aktion eines anderen, der Mutter. Über die Identifikation wird die Interaktion fortgesetzt, wodurch der Abwesende durch Imagination anwesend bleibt. Zugleich ist es ein Akt der Selbstentdeckung zumindest im Sinne der Selbstwahrnehmung einer Bewegungsgestalt. Seither ist eine Fülle von Beobachtungen veröffentlicht worden, die anhand von Reaktionen auf das Spiegelbild unsere Kenntnis der Entwicklung von Selbstwahrnehmung und Selbstbewusstsein vertiefen. Amsterdam u. Levitt (1980) haben aufschlußreiche experimentelle Untersuchungen vorgelegt und bei ihren Interpretationen auch



phänomenologische Studien von Merleau-Ponty (1965) und Straus (1949) bezüglich der Bedeutung des aufrechten Ganges und der Scham berücksichtigt. Es ist vorauszusehen, daß diese und andere Untersuchungsergebnisse erhebliche Auswirkungen auf das behandlungstechnische Verständnis von Selbstgefühlsstörungen haben werden, die bisher in der Metaphorik des Spiegels beschrieben wurden.

Die *Spiegelstufe* ist nach Lacan zu verstehen als die "... Konstituierungsphase des menschlichen Subjekts, die zwischen den ersten 6-18 Monaten liegt; das Kind, das sich noch in einem Zustand der Ohnmacht und der unkoordinierten Motorik befindet, antizipiert imaginär das Ergreifen und die Beherrschung der Einheit seines Körpers ... durch Identifizierung mit dem Bild des Ähnlichen als einer totalen Gestalt" (Laplanche u. Pontalis 1972, S. 474).

Lacan spricht von diesem Augenblick der jubilierenden Aufnahme des Spiegelbildes als von einer exemplarischen Situation, die die symbolische Matrix darstellt, an der das Ich (je) in einer ursprünglichen Form sich niederschlägt. "Diese Form könnte man als Ideal-Ich bezeichnen und sie so in ein bereits bekanntes Begriffsregister zurückholen" (1975, S. 64).

Aber die Erfahrung der antizipierten Einheit ist bedroht durch den ständigen Einbruch der Phantasien des zerstückelten Körpers. Aus dieser Perspektive spricht Lacan von der Spiegelstufe als einem Drama, das zu immer neuen Wiederholungen drängt (1975, S. 67).

Weil für den im Original schwer zugänglichen Lacan die Orientierung an Bekanntem besonders wichtig ist, seien nochmals Laplanche u. Pontalis zitiert, die auch den klinischen Aspekt berücksichtigen. Sie vergleichen Lacans Konzeption der Spiegelstufe mit den Freudschen Ansichten über den Übergang vom Autoerotismus - der vor der Konstituierung eines Ich liegt - zum eigentlichen Narzißmus. Lacans "Phantasie des zerstückelten Körpers" entspräche dabei dem 1. Abschnitt und die Spiegelstufe dem Auftreten des primären Narzißmus. Aber von dieser wichtigen Nuance abgesehen: Für Lacan ist es die Spiegelstufe, die rückwirkend die Phantasie des zerstückelten Körpers auftauchen läßt. Eine solche dialektische Beziehung läßt sich in der psychoanalytischen Behandlung beobachten: "... mitunter erscheint die Zerstückelungsangst, wenn die narzisstische Identifizierung verloren geht, und umgekehrt" (Laplanche u. Pontalis 1972, S. 475-476).

Kohut hat die Spiegelübertragung auf die Bedürfnisse zurückgeführt, die sich auf "Selbstobjekte" richten (s. Grundlagenband 2.5 und 9.3). Selbstobjekte sind Objekte, die wir als Teil unseres Selbst erleben. Es gibt 2 Arten von Selbstobjekten: diejenigen, die auf das dem Kinde angeborene Gefühl von Lebenskraft, Größe und Vollkommenheit reagieren und es bestätigen, und diejenigen, zu denen das Kind aufblickend und mit deren phantasierter Ruhe, Unfehlbarkeit und Allmacht es verschmelzen kann. Die erste Art wird als spiegelndes Selbstobjekt bezeichnet, die zweite als idealisierte Elternimago. Mangelhafte Wechselbeziehungen zwischen dem Kind und seinen Selbstobjekten führen zu einem schadhaften Selbst. Wenn ein Patient, dessen Selbst einen Schaden erlitten hat, in psychoanalytische Behandlung kommt, reaktiviert er die Bedürfnisse, die wegen der mangelhaften Wechselbeziehung zwischen dem entstehenden Selbst und den Selbstobjekten des früheren Lebens unbefriedigt geblieben waren - es entsteht eine Selbstobjektübertragung.

Behandlungstechnisch wesentlich ist es, daß den Selbstobjekten und der entsprechenden Übertragung eine bestätigende Funktion zugeschrieben wird. Sieht man von allem Beiwerk ab, werden Anerkennung und Bestätigung durch den anderen zum gemeinsamen Nenner, der verschiedene psychoanalytische Richtungen miteinander verbindet.

Die Objektbeziehungspsychologien außerhalb der Kleinianischen Schule haben Übereinstimmung und Zustimmung als therapeutische Faktoren von ihrer Bindung an die Triebbefriedigung oder an die plumpe Suggestion aus guten Gründen gelöst. Damit sind

Korrekturen erfolgt, die das Verständnis dessen, was der Patient beim Analytiker sucht, vertieft haben. Auch auf die Entwicklung regressiver Abhängigkeiten wird ein neues Licht geworfen. Wenn der Austausch unter dem Gesichtspunkt von Triebabfuhr und Triebbefriedigung gesehen wird, wird man auf der Versagung bestehen oder halbherzig Konzessionen gewähren, die aus prinzipiellen, ethischen oder aus behandlingstechnischen Gründen bedenklich sein können. Sieht man hingegen die Abhängigkeit als ein interaktionelles Phänomen, das nicht eng an ödipale oder präödipale Befriedigungen gebunden ist, sind genuine Anerkennungen möglich, die nicht ins Dilemma von Versuchung und Versagung triebhafter Bedürfnisse führen. Im Sinne der Wechselseitigkeit kann man sogar sagen: Gerade weil bei triebtheoretischen Interpretationslinien die anerkennende Antwort im Sinne Winnicotts häufig zu kurz kommt, verstärken sich die Triebbedürfnisse, weil durch diese ersatzweise jene Selbstbestätigung gesucht wird, die der Analytiker zu geben unterlassen hat. Kohuts Deutung des Wunsches nach anerkennender Spiegelung erfüllt zwar das Gebot der Abstinenz, verbleibt aber innerhalb des narzißtischen Kreises - auch wenn dieser nun scheinbar mit Hilfe des Selbstobjekts verlassen wird - und vermeidet die in bestimmten Fällen notwendige tatsächliche Anerkennung.

Nach Winnicotts Beobachtung wirkt das Gesicht der Mutter gerade nicht als *nur reflektierender Spiegel*: Der affektive Zustand des Kindes teilt sich in unbewußter Kommunikation der Mutter mit, die ihrerseits in eigenständiger Weise antwortet. Wesentlich ist, daß sich dabei im günstigsten Fall, also bei positiver Antwort, eine Bestätigung des Selbstgefühls des Kindes durch die Mutter ereignet. Dieser kontinuierliche Prozeß wird von Winnicott in der Sprache der Objektbeziehungspsychologie beschrieben, wobei die Mutter qua Person, also als *Subjekt* und nicht als unbelebtes Objekt wie ein Spiegel reflektiert. Schließlich hat die Spiegelmetapher bei Loewald (1960) eine zukunftsweisende Funktion erhalten. Er gab der Spiegelung eine prospektive Dimension, indem er betonte, daß der Analytiker das reflektiere, was der Patient als unbewußtes Bild seiner selbst *suche*. Dieses Suchen ist an einen Dialogstil gebunden, der Zurückhaltung erforderlich macht, um zu verhindern, daß der Patient mit fremden Bildern überlastet wird. Der Sinn der Metapher des spiegelnden Analytikers liegt darin, dem Patienten eine möglichst störungsfreie Selbstdarstellung zu ermöglichen. Es soll ihm ein idealer, d. h. ein grenzenloser Gedankenspielraum zur Verfügung gestellt werden, um die Selbsterkenntnis nicht von außen einzuschränken. In dieser können wir freilich mit Habermas (1981) nicht das Ergebnis von Selbstbeobachtungen sehen, bei der ein Teil der Person als Objekt dem anderen, dem beobachteten Teil gegenübertritt. Vielmehr ist die Selbsterkenntnis als ein kommunikativer Prozeß zu verstehen, der es ermöglicht, im anderen Ich, im Mitmenschen, im Alter ego sich selbst zu entdecken oder - analytisch gesagt - unbewußte Selbstanteile wiederzufinden oder auch neu zu erschaffen. Die Anerkennung durch einen bedeutungsvollen Anderen in der Gestalt des Analytikers ist u. E. grundlegend (s. hierzu 9.4.3).

Nun können wir Gegenübertragungen unter dem Gesichtspunkt der Theorie der Selbstobjekte betrachten. Es erleichtert das Verständnis, wenn wir eine Beschreibung aufgreifen, die Wolf (1983) gegeben hat. Er versteht Selbstobjekte als Funktionen, die das sich entwickelnde Selbst, das heranwachsende Kind den Objekten zuweist. Besonders von den mütterlichen Pflegepersonen erwartet das Kleinkind jene Anerkennungen, die Kohut in dem schönen Bild vom Glanz im Auge der Mutter zum Ausdruck gebracht hat. Die Selbstobjekte stehen für Funktionen, die "bedeutungsvolle Andere" von Anfang an und zeitlebens erfüllen müssen, um das narzisstische Gleichgewicht, das Kohut von der triebökonomischen Homöostase unterscheidet, aufzubauen und zu erhalten. Wir sprechen mit Absicht vom "bedeutungsvollen Anderen", um durch den von Mead stammenden Begriff

anzudeuten, daß man sich bei diesem Verständnis der Selbstobjekte auf einer allgemeinen sozialpsychologischen Ebene bewegt.

Die Bezeichnung "Selbstobjekt" ist ein unglücklicher Neologismus, der in sich eine fragmentarische interpersonale Theorie enthält. Die Entwicklung der Identität in einem umfassenden Sinn geht mit der Integration einer Vielzahl von sozialen Rollen einher. Das Selbstgefühl ist u. a. in hohem Maße von Bestätigungen beim Erlernen von Ich-Kompetenzen (White 1963) abhängig. Kohut hat die Bedeutung dieser Anerkennung zu Recht betont und damit dem Narzißmus die abwertende Note genommen. Auf der anderen Seite werden die vielfältigen psychosozialen Prozesse bei der Selbstentwicklung auf die Metapher der Spiegelung reduziert. Diese Metaphorik wird der Vielfältigkeit des "bedeutungsvollen Anderen" in der menschlichen Entwicklung in keiner Weise gerecht. Es ist also konsequent, daß Köhler (1982) bei der Darstellung verschiedener Selbstobjektgegenübertragungen von der Intersubjektivität und Wechselseitigkeit ausgeht, wie sie auch durch die Erforschung der Mutter-Kind-Beziehung während des letzten Jahrzehnts in vielen Detailstudien bestätigt wurde (Stern 1985). Köhler hat Gegenübertragungen in Anlehnung an die von Kohut beschriebenen Selbstobjektübertragungen beschrieben. Diese Typologie orientiert sich an den unbewußten Erwartungen des Analytikers, die er an den Patienten heranträgt und die im Sinne der Theorie Kohuts betrachtet werden. Es liegt auf der Hand, daß die Betonung der Empathie durch Kohut dazu führt, der Gegenübertragung eine reziproke oder komplementäre Funktion zu geben (Wolf 1983; Köhler 1985).

Die therapeutische Funktion, die der Analytiker in dieser Sitzung erfüllt hat, läßt sich in verschiedenen Sprachen beschreiben. Obwohl der Analytiker das Foto weder gesehen noch bewundert hat, so hat doch seine indirekte Partizipation dem Patienten eine Bestätigung gegeben, die es ihm ermöglichte, tiefere Ängste zu meistern und an Sicherheit zu gewinnen.

### *Stellungnahme aus selbstpsychologischer Sicht*

Es ist lehrreich, was dieser Text hergibt bzw. vermissen läßt, wenn spezielle selbstpsychologische Maßstäbe angelegt werden.

Je nachdem, ob man das vorliegende klinische Material unter dem Gesichtspunkt des Motivationsprimats der Triebe oder des Motivationsprimats des Selbsterlebens betrachtet, wird man zu einem unterschiedlichen Verständnis des Ablaufs des dargestellten Analyseabschnitts kommen und sich auch technisch anders verhalten. Eine Stellungnahme, die nur auf Kenntnis der beiden dargestellten Stunden beruht, d. h. eines verkürzten Ausschnitts aus einem langen Prozeß, ist, in Unkenntnis der Lebens- und Analysegeschichte, nur begrenzt aussagefähig. Überdies entwickelt jedes Analytiker-Patienten-Paar eine durch die spezifischen Persönlichkeiten der beiden bestimmte Gestalt und Dynamik; daher leiden Vergleiche mit einer anderen Vorgehensweise immer unter dem Mangel an Beweisbarkeit. Im folgenden soll nur dargelegt werden, inwiefern man, bei anderer theoretischer Sichtweise, andere Akzente setzen kann.

Legt man den Schwerpunkt auf das Motivationsprimat des Selbsterlebens, wird man angesichts der Tatsache, daß der Patient sein Genitale fotografiert hat, fragen, ob dies nicht ein Hinweis auf die fehlende lebendige und freudige Spiegelung durch Früh- bzw. Selbstobjekte ist. Das Foto vermag auf die Frage "Wie sehe ich aus?" eine gewisse Antwort zu geben, bedeutsam ist aber, daß die Frage "Wie sehe ich aus?" überhaupt auftaucht und an die Kamera gestellt wird.

Warum der Patient sein Genitale gerade jetzt fotografiert, wird nicht gesagt, so daß man auf Vermutungen, die wiederum theorieabhängig sind, angewiesen ist. Vielleicht handelt es sich um eine perverse Handlung - die Befriedigung voyeuristischer und exhibitionistischer Impulse - angesichts einer drohenden Fragmentierung des Selbst. Dagegen spricht aber die offenbar gute Übertragung-Gegenübertragungs-Beziehung (der Patient kann über den Vorgang sprechen, der Analytiker ist überrascht und erfreut), so daß man eher den Wunsch nach Selbstvergewisserung bei bestehender Selbstunsicherheit, besonders im geschlechtlichen Bereich, annehmen möchte.

Bei der Schilderung der Stunde ist bemerkenswert, daß der Patient "sich durchringen" mußte zu erzählen, daß er eine lang gehegte Absicht, nämlich seinen Penis zu fotografieren, verwirklicht hat, ohne zu verlangen, das mitlaufende Tonband abzuschalten. Offenbar mußte er sich einen Ruck geben. In gewisser Weise tritt er aus sich selbst heraus und macht sich auch in der Stunde zum Wahrnehmungsobjekt. Es verwundert daher nicht, daß sein Bericht "ziemlich" nüchtern ist.

Der Analytiker reagiert innerlich mit vielen Gefühlen und Einfällen. Die Entschiedenheit, mit der sich der Patient zu diesem Schritt durchgerungen hat, erfreut und überrascht ihn. Wir fragen: warum? - Weil sein Patient einen Schritt vorwärts wagt, aktiv wird, phallisch wird? Dem liegt möglicherweise, wie später zu erläutern sein wird, eine spezifische Gegenübertragung, nämlich eine Spiegelgegenübertragung zugrunde. Des weiteren reagiert der Analytiker mit Neugierde, er wüsste gern mehr. Dann identifiziert er sich mit dem Patienten. Er stellt sich vor, daß es anders ist, wenn man sein Glied an sich herunterschauend sieht, als wenn man es mit dem anderer Männer vergleicht, wobei solche Vergleiche "insbesondere in der Pubertät und bei selbstunsicheren Männern eine große Rolle spielen".

Es folgen weitere Einfälle des Analytikers. Er denkt nun nicht mehr an das männliche, sondern an das weibliche Geschlechtsteil, d. h. er vollzieht Vergleiche zwischen den Geschlechtern. Dann aber führen ihn seine Assoziationen in "Sekundenschnelle" zur Theorie der Aphanisis von Jones (1928) und zur Kastrationsangst. Auf diese Weise hat der Analytiker den Vorfall in einen theoretischen Bezugsrahmen gespannt. Schützt er sich damit vielleicht selbst? Er gebraucht überdies angesichts dieser emotional hochgeladenen Situation (der Patient berichtet eine perverse Handlung!) ein versachlichendes Wort in der Beschreibung, nämlich "Aktfoto". Er bleibt zurückhaltend, obwohl ihn reizte zu erfahren, was bei dieser Objektivierung für ihn (den Patienten) herausgekommen ist.

Die Objektivierung ist aber gerade das, was aus der Sicht einer Theorie des Selbsterlebens und seiner Störungen als das eigentlich Pathologische angesehen werden muß. Das Pathologische ist, daß der Patient mit objektiven Methoden, über die er nüchtern in einer per Tonband objektivierten Stunde berichtet, eine Spiegelung sucht. Aus selbstpsychologischer Sicht wäre man wohl zunächst auf den Übertragungsaspekt eingegangen: Was bedeutet es für den Patienten, diese peinliche Geschichte zu erzählen? Man hätte wohl auch die nüchterne Darstellungsweise des Patienten aufgegriffen und wäre auf die Abwehr der involvierten Gefühle gekommen, auf die Überwindung, die es den Patienten kostete, zu berichten, was er Ungewöhnliches getan hat. *Hier* liegt nämlich der Wunsch des Patienten nach Spiegelung an der Oberfläche: Wie wird der Analytiker auf das reagieren, was er da Fürchterliches erzählt. Hat der Patient vielleicht aus Angst vor einer unerwünschten Reaktion des Objekts zum mechanischen Mittel der Fotografie für seine Selbstdarstellung gegriffen und wartet nun voller Anspannung auf die Reaktion seines Analytikers? Dieser war, wie die offene Darstellung seiner Gegenübertragungseinfälle zeigt, innerlich sehr beteiligt, blieb aber "absolut zurückhaltend", weil er die narzisstische Befriedigung nicht stören wollte.

Hier zeigt sich die unterschiedliche Auffassung. Aus selbstpsychologischer Sicht steht weniger die narzisstische Befriedigung im Vordergrund, sondern die Angst und Erwartung vor der Reaktion des Analytikers in der Übertragungssituation, die ja eine Wiederholung früherer Erlebnisse darstellt. Aufzugreifen, was dem Patienten das Erzählen bedeutet, welche Gefühle, speziell Schamgefühle, damit verbunden sind, wäre keine Verletzung der gebotenen wertfreien und abstinenter Haltung gewesen, hätte dem Patienten erleichtert, seinen abgewehrten Gefühlen, z. B. Selbstunsicherheit, Angst und Scham näherzukommen.

Vordergründig geht es um Schuld. Der Patient berichtet über seine Symptomverschlechterung, die für den Analytiker "mit Sicherheit auf Selbstbestrafung zurückzuführen" ist. Bestärkt wird er in dieser Auffassung durch weitere Einfälle des Patienten, in denen dieser sich anklagt, er sei verschwenderisch und zerstöre seine Familie. Der Analytiker läßt das Wort Selbstbestrafung fallen, und der Patient - für diese Äußerung dankbar, denn nun hat der Analytiker seine Zurückhaltung aufgegeben und etwas gesagt - kritisiert sich weiter, weil ihm der Anblick eines hübsch gekleideten Mädchens eine Augenweide war. Der Analytiker stellt nun eine Beziehung her: Sowohl das Aktfoto wie das Mädchen machen *Lust*, und deswegen muß er sich bestrafen. Wieder werden die Schuldgefühle angesprochen. Aber dienen die Selbstanklagen dem Patienten nicht möglicherweise dazu, die viel heikleren Schamgefühle abzuwehren, die in ihm als Folge fehlender Spiegelung seiner vital-männlichen Lustregungen durch seine Primärobjekte entstanden sind?

Man könnte nämlich sowohl in dem Aktfoto wie in dem Mädchen Freude an etwas Lebendigem sehen, aber dafür erhält der Patient keine Spiegelung, so daß es nicht verwundert, wenn er fürchtet, in "völliger Isolation zu enden". Dieser Patient ist aber angesichts seiner großen Selbstunsicherheit auf den Analytiker angewiesen. Der frustrierte und nicht analysierte Spiegelungswunsch macht nun einer von Analytiker und Patient geteilten Sichtweise der Schuldgefühle des letzteren Platz. Dem Patienten "leuchtet ein, daß er für seine Lust einen teuren Preis habe zahlen müssen". Eine Gemeinsamkeit ist hergestellt, aber auf einem sekundären Gleis. Auf diesem führt der Patient auch das Sekundäre fort. Primär hat er keine Reaktion erhalten. Nun will er Ratschläge haben. (Es ist zu vermuten, daß er in der Kindheit zwar keine emotionale Spiegelung bekam, wohl aber Ratschläge, wie er vorwärts kommt.) Der Analytiker verweigert die Ratschläge, und der Patient erfährt noch einmal, daß ihm ein Anliegen versagt wird, jetzt im Sinne seiner Bestätigung. Nun hat er sowohl eine Zurückweisung als auch eine narzisstische Befriedigung. Er hat es ja gewußt.

In der nächsten Sitzung kommt er erneut auf die Fotos zurück. Diesmal mit Angst und nicht mehr nüchtern. Er hat Angst wegen seines Prostatasekrets. Nun, da es um Angst und nicht etwa um narzisstische Befriedigung geht, gibt der Analytiker eine Antwort und verweist auf die Dermatologie. Jetzt gehen die Erwägungen dahin, ob der Tropfen aus der Prostata schwängern kann oder nicht. Wieder geht die Diskussion mehr auf die Realität als auf die Unsicherheit des Patienten ein: "Bin ich normal, bin ich gefährlich, bin ich wie alle anderen oder bin ich anders?" Die zu erwartende Frage: "Wie ist es bei dir, Analytiker?" taucht auf. Dieser antwortet mit der Bemerkung, sofern er zur Klasse der Männer gehöre, trete auch bei ihm das Prostatasekret aus. Die entstandene Spannung löst sich in Heiterkeit auf, die etwas von der unbewußten Erleichterung eines Witzes hat. Unbewusst wissen beide: sie sind gleich, sie sind beide Männer. Nun ist eine Gemeinsamkeit auch im zentralen Bereich hergestellt. Der Patient ist entlastet, weil er hört, daß er so ist wie alle Männer.

Abschließend könnte man sich fragen, warum der Patient bezüglich dessen, was er produziert (Prostatasekret), solche Zweifel hat, warum er zur Selbstvergewisserung ein Aktfoto benötigt; vermutlich weil die Selbstobjekte der Kindheit, Mutter *und* Vater, ihn nicht

lebendig spiegelten. Möglicherweise spiegelte die Mutter positiv oder aversiv die Analität des Patienten, denn ein Traum führt ihn schließlich zu lebensgeschichtlichen Entwicklungsbedingungen seiner Ängste.

Die diesen selbstpsychologischen Überlegungen zugrundeliegende Theorie eines Motivationsprimats des Selbst, im Gegensatz zum Motivationsprimat der Triebe, verlangt gewisse theoretische Klärungen.

Ein Patient mit einem beschädigten Selbst, mit einer narzißtischen Persönlichkeitsstörung wird in der regressiven Übertragung seine reaktivierten Selbstobjektbedürfnisse auf den Analytiker richten, während nach der triebtheoretischen Auffassung der Analytiker zum Objekt der Triebwünsche des Patienten wird. Es entsteht eine Selbstobjektübertragung, eine Spiegel- oder eine idealisierende Übertragung. Bei Vorliegen dieser Übertragungsformen erwartet der Patient wie selbstverständlich, daß der Analytiker für ihn jene Funktionen übernimmt, die er selbst nicht übernehmen kann, weil die Umgebung seiner Kindheit bei der phasenadäquaten Ausübung dieser Funktionen versagte. Daher steht im technischen Umgang mit solchen Übertragungen für den Analytiker die Frage im Vordergrund: "Was *bin* ich jetzt für den Patienten, wozu braucht er mich?" (während er bei einer Übertragung von Triebbedürfnissen fragt, was der Patient jetzt mit ihm *macht* ). Er wird versuchen, sich in den Patienten einzufühlen und durch entsprechende Äußerungen sein *Verstehen* auszudrücken suchen. Dieses Verstehen ist eine optimale Frustration, weil die etwa bestehenden Spiegelungs- oder Idealisierungswünsche nicht befriedigt werden. Der Analytiker vermittelt dem Patienten lediglich, wie er dessen inneres Fühlen und Erleben erfaßt hat. In gewisser Weise mag dieser empathische Schritt dem Verhalten einer Mutter ähneln, die die Befindlichkeit ihres Kindes erfaßt. Sander (1962) sprach von "shared awareness", Stern (1985) von "affect-attunement", Loewald (1980) von "recognizing validation", ohne die psychische Entwicklung angehalten oder beeinträchtigt wird. In der Analyse schließt sich dem 1. Schritt, dem des Verstehens, der 2. Schritt der *Erklärung* , der Deutung an, die Übertragung und Genese rekonstruktiv miteinander vereinigt.

Die im Grundlagenband vertretene Auffassung, wonach der Patient nicht allein betrachtet werden darf, sondern die Mitwirkung des Analytikers einbezogen werden muß, wenn man den analytischen Prozeß untersucht, steht in voller Übereinstimmung mit dem Konzept der Selbst-Selbstobjekt-Einheit ("self-selfobject unit"), die durch Patient und Analytiker konstituiert wird. Allerdings gilt es, die auch spezifischen Gegenübertragungen zu beachten, die in diesem Kontext auftreten können.

Selbstobjektübertragungen können beim Analytiker Gegenübertragungen hervorrufen, weil es schwer erträglich sein kann, vom Patienten nicht als Zentrum eigener Initiative, sondern als Teil von dessen Selbst erlebt zu werden. Kohut (1971) hat beschrieben, in welcher Weise ein Analytiker auf solche Anfechtungen, wenn sie ihm nicht bewußt sind, reagieren und damit den Übertragungsverlauf stören oder zerstören kann. Es kann aber, darauf hat Wolf (1979) hingewiesen, *Selbstobjektgegenübertragungen* geben. Durch sie kann der Analytiker etwa den Patienten als Teil seines Selbst erleben und ihm (im Sinne einer projektiven Identifikation) das deuten, was *ihm* wichtig erscheint, ohne den Patienten dabei richtig zu erfassen. Auch können im Analytiker auf den Patienten gerichtete Selbstobjektbedürfnisse mobilisiert werden, die ihm unbewußt bleiben (Köhler 1985, 1988). Diese Selbstobjektgegenübertragungen stellen eine Parallele zu jenen Gegenübertragungen dar, in denen der Analytiker sich in seine Patienten verliebt oder mit ihnen rivalisiert. Bei einer Spiegelgegenübertragung etwa würde der Analytiker vom Patienten eine spiegelnde Bestätigung seines Selbstgefühls benötigen, und zwar dadurch, daß der Patient sich bessert und dem Analytiker damit bezeugt, daß er ein guter Analytiker ist. Der Analytiker gerät in die

Lage von Eltern, die gute Eltern sein wollen und sehen möchten, daß ihr Kind gedeiht. Eine unbewußte Erwartungshaltung des Analytikers, daß der Patient sich bessern solle, kann eine wichtige Ursache der chronischen negativen therapeutischen Reaktion sein, denn eine Besserung wäre für den Patienten eine Wiederholung früherer Anpassungsmuster an elterliche Erwartungen, nicht aber die durch die Analyse zu bewirkende Befreiung.

Die Gegenübertragung im vorliegenden Fall lag nicht in einem Widerstand des Analytikers dagegen, daß der Patient ihn als Selbstobjekt benötigte: Er reagierte mit Neugierde und Interesse auf die Schilderungen des Patienten und nicht etwa mit angeödeten Langeweile. Wohl aber mag eine Spiegelgegenübertragung im Spiel gewesen sein, denn der Analytiker sagt: "Mich überraschte und erfreute die Entschiedenheit, mit der Herr Arthur Y einen lange gehegten Plan realisierte, ohne sich von mir . . . einschränken zu lassen." Hat der Patient damit vielleicht Erwartungen des Analytikers und damit eine Selbstobjektfunktion erfüllt? Der Patient seinerseits hatte eine Spiegelübertragung. Der Analytiker hat die Selbstobjektfunktion durch Partizipation und Bestätigen der gemeinsamen Geschlechtsrolle erfüllt. Unter dem Gesichtspunkt der hier vertretenen Theorie der Selbstpsychologie wurde vielleicht trotz der neutralen Haltung des Analytikers in der Übertragung mehr agiert als durch Deutung analysiert.

### 3.7 Projektive Identifikation

Bei der Auflösung von Symptomen wird der innere Dialog, den ein Patient bisher mit sich selbst geführt hat, durch den zu Hilfe gekommenen Analytiker in eine Zwiesprache verwandelt. Besonders bei narzißtischen Persönlichkeitsstrukturen kommt es zu erheblichen Belastungen der Gegenübertragung. Die Perversion, an der der nachfolgend beschriebene Patient litt, brachte es mit sich, daß der therapeutische Spielraum zunächst sehr eingengt war. Die Gegenübertragungen, die dieser Patient auslöste, sind eng mit seiner Symptomatik verknüpft, die sich auch in der Art und Weise seiner Übertragung äußerte. Er wollte das Heft der Therapie ganz in der Hand behalten und als Regisseur den Analytiker wie eine Marionette an seiner Schnur tanzen lassen. Diese Kontrolle ist ein wesentlicher Teil der Theorie der projektiven Identifikation, die wir deshalb im Anschluss diskutieren. Die Zusammenfassung und der kasuistische Bericht machen deutlich, daß dem behandelnden Analytiker einige allgemeine Aspekte dieser Theorie der projektiven Identifikation hilfreich waren, ohne daß die Deutungstechnik selbst den Annahmen Melanie Kleins folgte.

Aus didaktischen Gründen wäre es reizvoll, schulspezifische Dialoge zu simulieren. Hierbei sind verschiedene Variationen denkbar, durch die auf einer fiktiven Ebene Deutungsaktionen wie in einem behandlingstechnischen Seminar durchgespielt werden könnten. Die Abwesenheit des Patienten setzt dem Wirklichkeitsgehalt solcher Gedankenexperimente Grenzen. Auch in den üblichen klinischen Diskussionen werden Sandkastenspiele dieser Art in Abwesenheit des Patienten notwendigerweise einseitig inszeniert, wenn die Diskussionsteilnehmer bestimmte Situationen alternativ deuten. Man könnte die Inszenierung vervollständigen, indem man die *Erwartungen* des interpretierenden Analytikers bezüglich der Reaktionen des Patienten einbezieht.

Theoretische Überlegungen haben eine hervorragende heuristische Funktion. Deshalb könnte es hilfreich sein, wenn der Leser zuerst den nachfolgenden Abschnitt über die projektive Identifikation liest, um dann die beiden Falldarstellungen auf die Anwendungsmöglichkeiten hin zu untersuchen.

*Beispiel A*

Herr Johann Y übergibt dem Analytiker zu Beginn der 1. Sitzung ein Notizbuch, in dem eine Beschreibung seines ihn sehr beschämenden Symptoms enthalten ist; er wünsche aber darüber noch nicht zu sprechen. Aus den Aufzeichnungen geht hervor, daß er unter einer Perversion leidet: Als 7jähriger stahl er eine Gummihose, die die Mutter für die 2jährige Schwester zurechtgelegt hatte; er nahm sie mit auf die Toilette, zog sie an und defäzierte hinein. Mit Beginn der Pubertät fing er an, sich selbst Gummihosen aus Plastiktüten zu fertigen. Seine große soziale Isolierung ging mit erheblichen Kränkungen einher, die mehrere Suizidversuche auslösten. In der Frühadolescenz begannen seine Fesselrituale, mit denen er Zustände extremer Ohnmachten autoplastisch überwinden und Spannungen kontrollieren konnte. Der Zusammenhang mit der Selbstbefriedigung konnte vom Patienten erst in einer fortgeschrittenen Behandlungsphase mitgeteilt werden. Er suchte um Behandlung nach, als sich die Gefährdung durch seine Fesselungen mit dem Anlegen eines Stromkabels erheblich vergrößerte; einmal führte eine vorübergehende Lähmung zu einer Panik, als er über Stunden befürchten mußte, sich nicht mehr selbst befreien zu können.

Der Patient bezieht seine Erkrankung selbst auf weit in die frühe Kindheit zurückreichende Ängste vor Verlassenheit und Auflösung, die besonders seit der Pubertät u. a. auch durch eine psychotische Erkrankung einer jüngeren Schwester erheblich verstärkt wurden. Trotz der mit dem Fesseln verbundenen Gefährdung wollte der Patient eine analytische Behandlung nur aufnehmen, wenn es ihm gestattet würde, Bedingungen wie Frequenz und Rahmen (Liegen oder Sitzen) selbst in der Hand zu behalten; ein früherer Behandlungsversuch war daran gescheitert, daß der Analytiker auf der Einhaltung der Standardtechnik insistierte.

Der Analytiker, der sich mit solchen Patienten auf "flexible" Regelungen einläßt, begibt sich in eine besondere Lage. Er hat sich nach den Wünschen des Patienten gerichtet und weicht von Regeln ab, die für die psychoanalytische Technik charakteristisch sind. Nach unserer Meinung ist es wesentlich, welche Bedeutung eine solche Abweichung für den Analytiker hat, wenn er die Rahmensetzung den Forderungen eines Patienten anpaßt. Handelt es sich um eine Erpressung? Nein, man wird sich nicht erpresst fühlen, wenn man einem schwerkranken Patienten das Recht einräumt, die für ihn noch tolerierbaren Bedingungen seiner Therapie selbst festzulegen. Sofern der abgewandelte Rahmen psychoanalytische Erkenntnisse ermöglicht und therapeutische Einflussnahmen zulässt, handelt es sich um keinen einseitigen Akt, oder richtiger: die Zustimmung des Analytikers beinhaltet, daß er innerhalb des gesetzten Rahmens arbeiten kann, auch wenn eine therapeutische Wir-Bildung im Sinne Sterbas noch ganz minimal sein mag. Wenigstens ist eine Vereinbarung zustande gekommen, die beiden Beteiligten genügt.

Natürlich taucht sofort die Frage auf, warum ein Patient seine Autonomie so betont vertreten muß, daß er auf jede ihm nicht passende Intervention entweder mit Stundenabbruch oder chronischen Vorwürfen und Ermahnungen reagiert. Dem Analytiker vorzuschreiben, wann er etwas sagen dürfe und wann er besser den Mund halten solle, löst in diesem in der Gegenübertragung Ohnmacht und das Gefühl des "Gefesseltseins" aus. Der Analytiker ist unübersehbar nicht mehr Herr im eigenen Haus, sondern läßt sich auf eine manipulative Beziehung ein, aus der er mit Hilfe seiner Deutungen im Laufe der Zeit wieder herauszukommen hofft.

Die "Fesselung" durch die "Diktatur" des Patienten führt unvermeidlich zu affektiven Problemen, die entsprechend der starren Beziehungsregulation des Patienten immer Gefahr



laufen, zu einer analogen starren "projektiven Gegenidentifikation" im Sinne Grinbergs (1962, 1979) zu geraten. Wir verweisen auch auf einen Fallbericht von McDougall u. Lebovici: Der 9jährige Sammy sprach über lange Zeit nur dann, wenn seine Analytikerin jedes Wort mitschrieb: "Nun schreib, was ich diktieren, ich bin dein Diktator", pflegte er zu brüllen (1969, S. 1, Übers. von uns).

Das affektive Problem besteht darin, in der aufgezwungenen Passivität, ja Ohnmacht, nicht wütend oder teilnahmslos zu werden. Bei Patienten mit sehr geringem Änderungspotential ist es besonders wichtig, daß der Analytiker sein Interesse durch Einblicke in psychodynamische Zusammenhänge, also durch Erkenntnisgewinn aufrechterhalten kann. Daraus ziehen wir in schwierigen Psychoanalysen eine Befriedigung, ohne die Durststrecken kaum auszuhalten wären. Unseres Erachtens ist es für jeden Analytiker wichtig herauszufinden, wie er in schwierigen Lagen eine positive Einstellung aufrechterhalten und trotz erheblicher Belastungen wenigstens ein Minimum an Befriedigung finden kann.

Die folgende Sitzung findet am Ende des 3. Behandlungsjahres statt:

Der sonst pünktliche Patient kommt zu spät, er geht gleich auf den Sessel zu mit der Bemerkung, er verstehe seine Verspätung als Ausdruck seiner Zwiespältigkeit, er habe heute keinen Plan gehabt, keine Marschroute, wie er vorgehen solle. Er stelle fest, daß seine bisherige Art, mit mir zu arbeiten, nicht mehr so recht funktioniere.

Herr Johann Y benutzt zur Verdeutlichung seiner Position ausdrucksstarke, gleichnishafte Beschreibungen, die er als haltgebende Orientierungen begreift und die in ihrem metaphorischen Gehalt von mir nicht hinterfragt werden dürfen.

*P.: Ich glaube, ich muß Ihnen meine Überlegungen mitteilen, die ich mir gemacht habe, wie ich glaube, daß die Therapie und übrigens auch mein Leben funktionieren. Es gibt 2 Prozesse: einen Kompensationsprozess und einen Entwicklungsprozess. Aufgrund der vielen mich belastenden Erlebnisse in der Kindheit ist mein Entwicklungsprozess zum Stillstand gekommen, und ich habe mich auf Kompensationsprozesse eingelassen, dabei spielen Frauen eine besondere Rolle. Ich habe in der letzten Nacht ein Bild vor Augen gehabt, vielleicht war es ein Traum oder eine Vision, das ist mir unklar geblieben.*

Diese Beschreibung ist charakteristisch für seine Schwierigkeit, Außen- und Innengrenzen stabil zu halten. Er kann innere Bilder nur schwer als solche identifizieren.

*P.: Im Tal der Erinnerung habe ich 4 Frauen getroffen, die haben mir vorgeworfen, ich hätte sie bestohlen, und sie wollten das Gestohlene von mir zurück. Ich konnte es ihnen nicht mehr geben, es war eben aufgebraucht. Das war das Bild, ich glaube, die 4 Frauen sind die ersten 4 Mädchen vor Maria.*

Der Patient hatte noch keine engere heterosexuelle Beziehung gehabt, aber er fand immer wieder Frauen, denen er sich als platonischer Freund anbot, ohne jemals eine Berührung zuzulassen. Meist waren es Frauen, die Konflikte in einer anderen Partnerschaft erlebten und in Gesprächen mit dem Patienten Trost und Hilfe fanden. Der Patient zog aus diesen Beziehungen jeweils verdeckt phantasierte Befriedigungen, um regelmäßig die Enttäuschung zu erleben, daß er wieder zugunsten des "richtigen Freundes" verlassen wurde. Die Bekanntschaft mit Maria unterscheidet sich von den bisherigen Beziehungen zu Frauen im wesentlichen dadurch, daß sie nun schon einige Jahre Bestand hat; der Umstand, daß sie nicht seinem alltäglichen Lebensraum zugehört, spielt dabei eine große Rolle. Sie wohnt Hunderte von Kilometern entfernt, und so sind nur sporadische Besuche bei ihr möglich. Über diese Distanz konnte er aber eine stabile Beziehung zu ihr aufbauen, in der Maria als externalisiertes Ich-Ideal fungiert.

P.: *Ich glaube, mit Maria ist eine neue Ära eingeleitet worden, deshalb kann ich das Tal der Erinnerung noch nicht durchschreiten, sondern muß es noch genauer erkunden; aber im Moment bin ich wieder in der Wüste.*

Seine Mitteilungen dienen primär der Bewältigung innerer Spannungen; vordergründig handelt es sich um typische Intellektualisierungen. Doch hält er so sein Gleichgewicht aufrecht. Schon auf der manifesten Ebene habe ich oft Mühe zu begreifen, an welchen Ort seines verzweigten Denkens der Patient mich führen möchte. Der Patient hat die Phase vor dem "Tal der Erinnerung" als den "Gang durch die Wüste" bezeichnet. Deshalb versuche ich zunächst, an seine Entscheidung anzuknüpfen, sich nicht auf die Couch zu legen, sondern den sicheren Platz im Sessel zu suchen.

A.: *Vermutlich ist es deshalb sicher und zugleich vernünftig, daß Sie sich nicht auf die Couch legen, denn Sie befinden sich weiter in der Wüste, und ohne Marschroute geht man nicht in die Wüste.*

Ich passe mich der Sprachform des Patienten an, wohl wissend, daß damit auch die durch diese Sprache geschaffene Distanz aufrechterhalten wird.

P.: *Wo stehe ich, in welcher Prozessdimension? Ich denke, ich bin in der Kompensationswelt, aber das Tal der Erinnerung würde die Welt der Entwicklung wieder eröffnen. Ich wünsche mir, daß Sie mir auf diesem Weg vorangehen, daß ich aus großem Abstand dabei zuschauen kann.*

A.: *Unsere bisherigen Ausflüge ins Tal der Erinnerungen hatten immer auch die Seite, daß sehr viele schmerzliche Erinnerungen Sie belasten, und wenn ich derjenige bin, der vorausgeht, dann bestimme ich das Tempo und nicht Sie - da sehe ich das Risiko.*

Der Patient kann dem zustimmen; er müsse jetzt lernen, mit mir zusammen das Tempo zu bestimmen. Dies sei sicherlich zutreffend, und es würde ihm zugleich die Sicherheit geben, daß er die Arbeit regulieren könne. (Am Anfang der Analyse war ich dem Patienten oft vorausgeeilt mit verschiedenen Versuchen, ihn in seiner schizoiden Einsamkeit zu erreichen.)

In der nächsten Stunde bringt er mir ein Schreiben mit und verlangt, daß ich dieses zunächst zur Kenntnis nehme. Dieses Schreiben *nicht* zu lesen, sondern den Patienten zu bitten, mir den Inhalt direkt zu übermitteln, würde nach meinen bisherigen Erfahrungen mit ihm zum sofortigen Abbruch der Stunde führen. Ich lese also seine Aufzeichnungen:

In der vergangenen Stunde sind wir bei der Klärung der Frage, was ich bei Ihnen erreichen will, einen entscheidenden Schritt weitergekommen. Ich traue mir jetzt zu, Ihnen eine Darstellung zu geben, mit der Sie etwas anfangen können:

Es geht um "Nägel ohne Köpfe". Zur Erläuterung: Nägel ohne Köpfe sind analytische (d. h. im theoretischen Sinne zergliedernde) Ansätze zur Problemlösung ohne konkrete Umsetzung. (Der Kopf wäre die im jeweiligen Moment mögliche Form der Realisierung oder Weiterentwicklung des Ansatzes.)

Meine Absicht ist es, dieses Verhaltensmuster bei mir zu ändern. Dazu gibt es prinzipiell folgende Zielbeschreibungen:

- a) Ich mache "Nägel mit Köpfen" allein und rede nicht unbedingt darüber.
- b) Sie machen "Nägel mit Köpfen", dann sind dies Ihre Nägel, und ich kann sie nicht gebrauchen.
- c) Sie unterstützen mich, hier "Nägel" zu finden und überlassen die Herstellung des "Kopfes" mir allein.

Nach der Lektüre seiner Mitteilungen gebe ich keine Interpretation des formalen Ablaufs, sondern greife das angebotene Bild auf.

A.: *Die Aufgabe, die Sie uns beiden stellen, ist nicht leicht, aber wahrscheinlich sehr wichtig: daß Sie die Möglichkeit haben, hier "Nägel" - das sind die Anregungen, die ich Ihnen geben kann - mitzunehmen und daß Sie sich dann wiederum auch sicher fühlen, daß die Verwirklichung, die Umsetzung, wirklich allein Ihre Sache ist.*

Der Patient ist zunächst zufrieden und berichtet nun von vielfältigen Aktivitäten, wo er sich in den letzten Monaten überall Felder geschaffen habe, in denen er sich relativ sicher bewegen könne.

*P.: Ich glaube, ich suche eine Freiheit der Selbstbestimmung, Freiheit, wie ich sie meine. Ihr großer Fehler im vorigen Jahr ist gewesen, daß Sie mich bei meiner positiven, aktiven Entwicklung zu sehr begleitet haben, das Tempo noch forciert haben. Deshalb habe ich ja auch die Stunden reduziert. Jetzt begleiten Sie mich nur.*

Der Patient bezieht sich auf eine Episode, in der ich seine Festlegungen vermehrt interpretativ zu durchbrechen versuchte, mit dem Ergebnis, daß er in eine suizidale Stimmung geriet und sich für einige Tage in die Obhut einer psychiatrischen Klinik begab. Mein situativ angewachsenes Gefühl, von ihm "gefesselt" - nicht im Sinne von fasziniert, sondern von beschränkt und festgehalten - zu sein, hatte mich zu der Deutung geführt, er lasse mich nicht so an seiner Entfaltung teilnehmen, wie ich es mir wünschen würde. Dieser Versuch, ihm durch die Deutung der Interaktion eine Perspektive seiner Art und Weise der Handhabung unserer Beziehung zu geben, reaktivierte vermutlich eine Erfahrung der Einmischung durch seine Mutter.

Lebensgeschichtlich läßt sich der schizoide Anteil der Störung auf traumatische Erfahrungen als Kleinkind zurückführen. In der Erinnerung sieht sich der Patient als stundenlang schreiender Säugling, den die Mutter vernachlässigte. Als er als 5jähriger nach der Geburt der Schwester zunehmend schwierig wurde und die Mutter ihn nicht mit dem Schwesterchen alleinlassen wollte, wurde er von ihr im Nebenzimmer mit dem Vorhang gefesselt. Der Patient kann sich noch heute daran erinnern, wie beschämend es war, als er, der schon früh sauber war, im zeitlichen Kontext zu der Geburt wieder inkotete.

Meine Deutungsstrategie richtete sich vorwiegend auf aktualgenetische Zusammenhänge von Zurückweisungen, Kränkungen und ihm Angst machenden Verführungsangeboten durch Frauen, die jeweils den narzißtischen Rückzug in die Perversion in Gang setzten; die zunehmend bessere Bewältigung dieser Situationen führte entsprechend zu einem deutlichen Rückgang der Frequenz der perversen Handlungen.

Nach 3jähriger Behandlung kann der Patient folgende Gedanken zu der Funktion des Fesselns aufschreiben:

Mir ist die Bedeutung des Fesselns klargeworden. Es ist eine elementar wichtige Selbsterfahrung für mich. Hier gilt, daß ich nur dann loskomme, wenn ich mich darauf konzentriere und andere Aspekte wie Schmerzen oder Angstgefühle beiseiteschiebe. Wenn die Angstgefühle überwiegen, habe ich fast keine Chance. Genau das entspricht meiner realen Situation; wenn die Angstgefühle bestimmend werden, wenn ich keinen Spielraum zum "freien" Denken und Verhalten mehr habe, dann wird meine Krankheit akut. Dabei entspricht die Gefährlichkeit des Fesselns eben meiner Gefährdung in der jeweiligen Situation. Einfaches Fesseln ohne Zusätze läßt mir viel Zeit, nämlich solange "bis ich verdurste", also ungefähr 3 Tage. Ich habe noch nie länger als eine gute Stunde bei diesen Voraussetzungen gebraucht. Wenn Strom oder Luftmangel, vielleicht auch Wärmestau eine Rolle spielen, verkürzt sich die Frist entsprechend, im gleichen Maße muß dann meine Konzentration steigen, der Wert der "Selbsterfahrung" wird dadurch vergrößert. Bei entsprechenden Kombinationen habe ich bis zu 3 Stunden maximal gebraucht, bin aber auch bei "glücklichen Umständen" schon nach 2 Minuten losgewesen. Die Bedeutung des Fesselns ist damit die Verhinderung des akuten Krankheitszustands, denn es nimmt den Platz einer in einem bestimmten Zeitraum notwendigen Selbst- bzw. Identitätserfahrung ein, die anders nicht garantiert werden kann.

Was der Patient als "akute Krankheit" beschreibt, sind massive Ängste, die bei zu direkter Interaktion auftreten. Im Akt der Fesselung meistert er die phantasierten Bedrohungen, indem er die ihm zugefügten Erniedrigungen an sich selbst vollzieht und damit auch seine Destruktivität kontrolliert. Der angstvolle Kontrollverlust des Einkotens von damals ist im perversen Akt als beabsichtigte und willentliche Stuhlentleerung irgendwie auch mit Selbstbefriedigung verbunden. Damit endet der lustvolle Triumph über die Mutter und alle

Frauen, die ihn in deren Nachfolge beunruhigen und kränken. Die Herabsetzung von Frauen - in der auch ein Aspekt der Identifizierung mit dem Vater enthalten ist, der erklärtermaßen von der Mutter wenig hielt - findet sich, neben dem dazugehörenden Umschlag in Wiedergutmachung, Bewunderung und Idealisierung, auch außerhalb der Perversion. Zugleich ist der Patient zur Distanz gezwungen, um Frauen vor seinen Angriffen zu bewahren und sich die phantasierte Liebe der Mutter zu erhalten, wie dies auch Stoller hervorhebt:

Perversion, die erotische Form des Hasses, ist eine Phantasie, in der Regel ausagiert, manchmal beschränkt auf die Form eines Tagtraumes. Es ist eine habituelle, bevorzugte Abweichung, für die eigene Befriedigung notwendig, die primär durch Feindseligkeit motiviert ist . . . Die Feindseligkeit in der Perversion gewinnt Form in einer Phantasie der Rache, versteckt in den perversen Handlungen, mit dem Zweck, das Trauma des Kindes zu einem Triumph des Erwachsenen zu verkehren (1986, S. 4).

Im unbewußten Rollentausch ist der Patient selbst die Mutter, ja noch mächtiger als diese, und kann alles kontrollieren. Eine oberflächlichere Motivation seines Kontrollierens - als anale Autonomie bestimmbar - verbindet der Patient mit vielen Umzügen, die ihn nie ein Gefühl entwickeln lassen konnten, sich irgendwo sicher und heimisch zu fühlen.

### *Beispiel B*

In dem nachfolgenden Beispiel werden die wahrgenommenen Phänomene auf erschlossene Prozesse zurückgeführt, deren Diagnostik in einem Verständnis der Gegenübertragung gründete, wie es durch die Theorie der projektiven Identifikation ermöglicht wird. Aufgrund seiner Ausbildung steht der behandelnde Analytiker in der Tradition der Kleinianischen Schule. Er ist also nicht nur mit der Theorie vertraut, sondern auch in der behandlungstechnischen Anwendung geschult. Selbstverständlich ist es für die Beurteilung einer Behandlung unwesentlich, ob diese durch irgendeine Autorität als schulspezifisch deklariert wird. Eine Übereinstimmung über die Erfüllung bestimmter Kriterien herzustellen, wird allerdings bei Therapievergleichen zwischen verschiedenen Schulen oder Richtungen erforderlich. Darum geht es uns bei diesem Beispiel nicht, wiewohl wir in unseren Kommentaren vergleichende Betrachtungen anstellen. Diese dienen der Erläuterung von Problemen, wobei die Frage unterschiedlicher Wirksamkeit nur gestreift wird. Die oben erwähnte Eigenständigkeit der metaphorischen Therapiesprache legt uns in dieser Hinsicht Zurückhaltung auf.

In ihrem 25. Lebensjahr begann Frau Veronika X wegen eines Torticollis spasticus eine Psychoanalyse. Der Schiefhals trat anfallsweise nur bei emotionalen Belastungen und besonders bei Prüfungen während der beruflichen Ausbildung auf. Die psychogenen Auslöser der ticartigen unwillkürlichen Kopfdrehung bzw. die symptomverstärkenden Einflüsse von Emotionen auf die neurologische Erkrankung ließen sich bei sorgfältiger Beobachtung sichern und waren der Patientin selbst schon aufgefallen. Es entstand ein Teufelskreis, den wir unter 5.2 und 5.5 bei einem anderen Fall von Schiefhals als typisch für viele Erkrankungen beschrieben haben, ob diese nun mehr im Seelischen oder mehr im Körperlichen ihre primären Ursachen haben mögen.

In der Therapie von Frau Veronika X trat das neurologische Syndrom gegenüber einer schwerwiegenden Grenzfallstruktur in den Hintergrund. Eine heftige Erotisierung der Übertragung unterhöhlte ständig das Arbeitsbündnis, so daß die Gegenübertragung in vielen Sitzungen erheblich belastet war.

Im 1. 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 wütende und böse Blicke zuwarf und gleichzeitig eine tiefe Hilflosigkeit ausdrückte. Oftmals saß Frau Veronika X zusammengekauert vor meinen Füßen, während ich in meinem Sessel saß. Das Dulden dieser Verhaltensweisen wurde von Versuchen begleitet, die Gefühle der Patientin zu deuten und ihre Ängste vor weiterem Kontrollverlust zu interpretieren. Einmal wurde es notwendig, eine klare Grenzlinie zu ziehen. Als die Patientin 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, zwingen Sie mich, die Behandlung zu beenden."

*Kommentar:* Es wurde also die Notbremse gezogen, um weitere Übergriffe zu verhindern, die für den Analytiker belastend sind und für den Patienten hochgradig traumatisierend sein können. Denn der Kontrollverlust steigert tiefe Ängste und führt zur Beschämung. Im Wutanfall suchen Kinder Halt beim Erwachsenen.

Trotz allem war Frau Veronika X zu fruchtbarer therapeutischer Arbeit fähig. Sie berichtete Träume, die trotz einer starken Fragmentierung und des Vorherrschens einer Welt von Teilobjekten und Körpersprache die analytische Arbeit zuließen. Dadurch wurde auf beiden Seiten die Hoffnung aufrechterhalten, daß sich die Behandlung lohnen würde, was sich auch durch Fortschritte in ihrem alltäglichen Leben und Abnehmen der seelischen Symptomatik bestätigte. Meine Fähigkeit, Ruhe und Übersicht zu bewahren und Zusammenhänge zu erkennen, erweckte in der Patientin große Bewunderung. Oft brachte sie zum Ausdruck, daß sie keine Schwierigkeiten mehr habe, wenn sie so denken könne wie ich; diese Bewunderung löste Fragen darüber aus, wie ich zu diesem oder jenem Verständnis gelangt sei, wobei sie oft mit heftiger Wut auf Antworten reagierte. Sie blieb bei ihrer Meinung, daß die Antworten ausweichend und unvollständig oder von dem Wunsch getragen seien, die "Quelle" des Wissens nicht zu vermitteln.

*Kommentar:* Wie wir im Grundlagenband unter 7.4 ausgeführt haben, ist es gerade bei Grenzfällen wichtig, realistische Antworten zu geben. Darüber hinaus ist es in allen Psychoanalysen hilfreich, den Patienten am Kontext des Wissens des Analytikers teilhaben zu lassen, wie wir dies unter 2.2 beschrieben haben. Damit werden Klagen oder Anklagen, von der "Quelle" ausgeschlossen zu sein, nicht aus der Welt geschafft, aber oft so gemildert, daß sich das Spannungsverhältnis zwischen Macht und Ohnmacht etwas zugunsten des Patienten ausgleicht. Wir geben diesen Kommentar aus didaktischen Gründen und ohne wissen zu können, ob der behandelnde Analytiker überhaupt noch mehr Informationen über den Hintergrund seiner Deutungen hätte geben können.

Die negativen therapeutischen Reaktionen wurden im Laufe der Analyse häufiger, wobei eine Komponente des Neides allmählich immer deutlicher sichtbar wurde. Jedes Mal wenn die Patientin den Eindruck hatte, daß ich trotz aller Schwierigkeiten, die ihr vollkommen bewußt waren, fähig blieb, meine Arbeit fortzusetzen und ihre extreme Hilfsbedürftigkeit zu erkennen, reagierte sie sehr ambivalent mit einer Mischung von Wutausbrüchen und der Anerkennung, die Therapie sei für sie wirklich von Nutzen.

Im 3. Jahr der Analyse und am Anfang der 2. Sitzung in der Woche schaute Frau Veronika X, ehe sie sich auf die Couch legte, mir mit einem langen und starren, ja penetranten Blick in die Augen, der eine große Wirkung in der Gegenübertragung erzeugte, deren Herkunft ich nicht recht verstehen konnte. 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 die direkte sexuelle Äußerung im Gegensatz zu früheren Anlässen die Wirkung, in mir sexuelle Phantasien zu wecken. Ich begann, mir ganz konkret eine sexuelle Beziehung mit der Patientin vorzustellen, was mich sehr verunsicherte. Meine

erste Reaktion war, daß ich mich provoziert fühlte, aber nicht durch die direkte sexuelle Äußerung, sondern in schwer definierbarer Weise. Während eines langen Schweigens kämpfte ich darum zu verstehen, was diesmal geschehen war und mich dazu gebracht hatte, mich gefühlsmäßig so stark zu engagieren. Ich fragte Frau Veronika X 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 eine Krypta hinuntergegangen. Dort war es kühl und es herrschte eine sehr angenehme Atmosphäre. In der Krypta war ein steinerner Sarkophag mit einer schönen liegenden Figur, die einen 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 diese den vielen dummen Touristen zur Verfügung stand. Auf diese Assoziation und aufgrund der sexuellen Phantasien (in denen sich die Patientin mir näherte und mich streichelte) kam ich zu folgender Deutung.

*A.: Ich glaube, Sie möchten meinen Körper und meinen Geist, die für Sie ein und dieselbe Sache sind, ganz für sich allein haben. Nur für sich allein, ohne mich mit den anderen dummen Patienten teilen zu müssen. Mich für sich haben und mich irgendwie erforschen, untersuchen, abtasten, ganz genau kennen lernen, meine Gedanken lesen, um endlich zu erfahren, was in mir steckt.*

Ergänzend und in ihrer Reaktion die Deutung bestätigend, fügte die Patientin hinzu, daß sie in ihrer Phantasie damals in den Sarkophag eingedrungen sei. Im Innern des Sarkophags fühlte sie sich sehr wohl und hatte die Illusion, daß der Prinz ihr allein gehöre.

*A.: 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. Es soll meine Initiative sein, mein Wunsch, Ihren Körper zu besitzen. 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 die Erregung verschwand. Im Laufe der Sitzung ergänzte ich die Deutung.

*A.: Ich glaube, daß Sie den starken Wunsch nach einer totalen Beziehung sehr schwer ertragen können und daß die einzige Möglichkeit, diesen Zustand erträglicher zu machen, darin besteht, daß Sie versuchen, mir die gleichen Gefühle zu vermitteln, nämlich den Wunsch, der Sie gelähmt und gefesselt an die Couch hält wie die liegende Figur auf dem Sarkophag. Nur dadurch können Sie mir dieses starke Gefühl vermitteln.*

Zu Beginn der folgenden Sitzung sagte die Patientin, daß die Deutung am vorangegangenen Tag 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 Frau Veronika X einen Traum der letzten Nacht: Sie war ein ganz kleines Kind und kauerte zu Füßen eines älteren Mannes, der sehr gut Märchen erzählen konnte. Sie war von den Erzählungen begeistert, gleichzeitig machte es sie wütend, daß der alte Mann diese Fähigkeit besaß. 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 wich jedoch, 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 negativen therapeutischen Reaktionen der Patientin und ihren Gebrauch der projektiven Identifikation zu verstehen. Wie sie sich an meiner Fähigkeit begeisterte, ihr Geschichten über ihre eigene seelische Realität zu erzählen, wie aber diese Begeisterung in ihr 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. meine Fähigkeit, in die Patientin hineinzusehen, zerstörte. Gegen diesen Unterschied wehrte sich die Patientin wiederum durch den Versuch, in mich sexuelle Wünsche, die mich verwirren konnten, "hineinzustecken". Als Frau Veronika X merkte, daß ich trotz ihrer Versuche meine Einsichtsfähigkeit behielt, fühlte sie sich einerseits erleichtert, andererseits verstärkte sich aber der Teufelskreis. Die Tatsache, daß die Patientin diesmal keine negative therapeutische Reaktion zeigte, sondern ganz im Gegenteil in der Lage war, einen Traum mitzubringen, der die früheren negativen therapeutischen Reaktionen erklärte, ist wahrscheinlich ein Zeichen dafür, daß der Teufelskreis in dieser Episode unterbrochen war, was sich im späteren Verlauf der Behandlung bestätigte. Frau Veronika X vertraut jetzt darauf, daß ihre Aggressivität, die sie selbst am meisten fürchtet, einschließlich ihrer neidischen Angriffe vom Arbeitsbündnis getragen werden können. Sie weiß aus Erfahrung, daß ich in der Lage bin, stärkere Emotionen zu ertragen und mit ihr in die Tiefen einer Krypta hinabzusteigen, ohne damit meine Einsichtsfähigkeit zu verlieren.

*Kommentar:* Vielleicht hat sich der Teufelskreis zunächst verstärkt, weil der Analytiker etwas Neues bei ihr gesehen hat. Deshalb will sie ihn blenden. Warum kann sie sich nicht mit der Lust des Sehens und Gesehenwerdens identifizieren? Und was kann getan werden, um den Teufelskreis zu unterbrechen? Die Unerschütterlichkeit des Analytikers ist in einem Maße unnatürlich, daß davon ein ungeheurer Reiz ausgeht, eine Verwirrung und Verirrung zu erreichen. Das Hineinstecken dient dem Ausgleich zwischen Oben und Unten, zwischen Rechts und Links, zwischen Besitzenden und Besitzlosen etc.

#### *Anmerkungen zur projektiven Identifikation*

Wie wir im Grundlagenband unter 3.2 ausgeführt haben, dient in der Schule M. Kleins die Theorie der projektiven (und introjektiven) Identifikation zur Erklärung und Begründung der ganzheitlichen Auffassung der Gegenübertragung. Ursprünglich basiert das Konzept der projektiven (und introjektiven) Identifikation auf Annahmen "zur Bedeutung früher paranoider und schizoider Ängste und Mechanismen", die M. Klein als Behauptungen, als "Hypothesen" kennzeichnet, die durch "Deduktion vom Material" abgeleitet sind, das sie in den Analysen von Kindern und Erwachsenen gewonnen habe (1946, S. 99). Es mag dahingestellt bleiben, in welche Richtung dabei die Deduktionen stärker liefen - vom Material zur Theorie oder umgekehrt. Das letztere ist wahrscheinlich, denn Melanie Klein gehört, wie man ihrer Falldarstellung über den kleinen Richard entnehmen kann (s. 1.3), zu jenen Analytikern, deren Deutungstechnik in höchstem Maße von der Theorie gesteuert wird.

Wie dem auch sein mag, die Theorie der projektiven und introjektiven Identifikation bezieht sich auf frühe und primitive Phantasien. In die Mutter einzudringen und in das Innere ihres Körpers abgespaltene Teile von sich selbst "hineinzustecken" bzw. rückläufig selbst wieder durchdrungen zu werden, ist der Kern dieses erschlossenen interaktionellen Phantasiesystems. M. Klein betrachtete dies zunächst als Prototyp einer *aggressiven Objektbeziehung*. Später haben Bion (1959) und Rosenfeld (1971) eine besondere Form der *projektiven Identifikation im Dienste der Kommunikation* beschrieben, bei der das "Hineinstecken" von Gefühlen in die Mutter (den Analytiker) den Zweck hätte, bei ihr (ihm) ein bestimmtes Gefühl auszulösen, um damit einen nicht zu verbalisierenden seelischen Zustand anzuzeigen und evtl. die Mutter (den Analytiker) in irgendeine Richtung "in Gang zu setzen".

Ließe sich die Einfühlungsfähigkeit des Analytikers und überhaupt der wesentliche Teil des Austauschs zwischen Patient und Analytiker nach dem Muster der projektiven und

introjektiven Identifikation verstehen und erklären, dann hätte die Psychoanalyse eine eigene und originelle Kommunikationstheorie. Diese stünde weitgehend außerhalb der kritischen Prüfung durch andere Wissenschaften, weil im Zweifelsfall stets darauf zurückgegriffen werden könnte, daß es sich hier um unbewußte Prozesse handelt, die im frühen präverbalen Entwicklungsalter ihren Ursprung haben. Mit diesem Argument können die Ergebnisse der direkten Mutter-Kind-Beobachtung scheinbar beiseite geschoben werden. 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 Kleinschen Therapiesprache ist "hineinstecken". Damit werden sowohl orale als auch phallische Konnotationen geweckt. Die Therapiesprache, die sich mit der projektiven Identifikation verbindet, ist also eine akzentuierte "action language" mit Betonung der Aggressivität (s. hierzu Thomä 1981, S. 105).

Das Schlagwort des "Hineinsteckens" geht vermutlich auf Metaphern zurück, mit deren Hilfe M. Klein den Vorgang der Projektion zu beschreiben versuchte:

Die Beschreibung dieser primitiven Vorgänge ist sehr erschwert, weil diese Phantasien zu einer Zeit entstehen, da der Säugling noch nicht in Worten zu denken begonnen hat. In diesem Zusammenhang verwende ich zum Beispiel den Ausdruck "in eine andere Person projizieren", weil das mir als der einzige Weg erscheint, den unbewußten Vorgang zu vermitteln, den ich zu beschreiben versuche (1946, S. 102).

Aus den genannten Gründen können also Analytiker sehr viel mit dem Konzept der projektiven Identifikation anfangen, und zwar gerade deshalb, weil es besonders vage definiert ist und zu den besonders ungenügend verstandenen Konzeptualisierungen der Psychoanalyse gehört, wie einer der Proponenten, Ogden (1979), feststellt.

### *Projektion und projektive Identifikation*

Wir kommen nun auf den Unterschied zwischen *Projektion* und *projektiver Identifikation*, der darin gesehen wird, ob und wie die projizierende Person mit den projizierten Inhalten auf welcher Bewusstseinsstufe verbunden bleibt. Es ist indes zweifelhaft, ob es möglich ist, den Unterschied zwischen Projektion und projektiver Identifizierung daran festzumachen, ob der Projizierende unbewußt mit dem ausgestoßenen und verleugneten Selbstanteil verbunden bleibt oder nicht. Denn solche Verbindungen kennzeichnen nach Freud (1922 b, S. 199; 1937 d, S. 55) auch die durch Projektion entstandenen und dann zirkulär aufrechterhaltenen paranoiden Systeme. Nachdrücklich ist darauf aufmerksam zu machen, daß der Vorgang der Projektion, bei dem sich unbewußte Identifizierungen abspielen, mit vielen Inhalten verknüpft sein kann. Es ist also irreführend, bei paranoiden Entwicklungen nur an die Projektion homosexueller Inhalte zu denken, wie sie Freud beim Eifersuchtswahn beschrieben hat. Da sich Freud besonders mit der Projektion homosexueller Wünsche befasst hat, wurde weithin übersehen, daß sich die Theorie der Projektion auf *formale* Prozesse bezieht, die sich mit vielen unbewußten *Inhalten* verknüpfen können. Nur bei einer verkürzten Wiedergabe der Theorie der Projektion scheinen sich wesentliche Unterschiede zwischen dieser und der projektiven Identifizierung herstellen zu lassen.

Das Wissen um die Projektion ist uralte. Nach der Bibel (Lukas 6.42) sieht man den *Splitter* im Auge des anderen, nicht aber den *Balken* im eigenen. Dazu passt Freuds Erklärung paranoider Systeme. Diese werden dadurch aufrechterhalten, daß der



"Balkenträger" überall kleine Splitter sucht und auch findet, die ihm bestätigen, wie böse die Mitmenschen zu ihm sind. So bewahrt er sich davor, den eigenen "Balken" als Grundlage seiner erhöhten Sensibilität für das Böse im anderen und was er diesem antut zu erkennen. In dieser Beschreibung kommt die Verankerung projektiver Prozesse in der Intersubjektivität zum Ausdruck.

Kernberg (1965) beschreibt den Prozeß folgendermaßen:

Ich betrachte die projektive Identifizierung als eine frühe Form der Projektion. Von den strukturellen Aspekten des Ich her gesehen unterscheidet sich die projektive Identifizierung von der Projektion insofern, als der auf ein äußeres Objekt projizierte Impuls hier nicht vom Ich distanziert und als ich-fremd erlebt wird, und zwar deshalb nicht, weil der Bezug des Selbst zu diesem projizierten Impuls erhalten bleibt, indem das Selbst *empathisch* mit dem Objekt in Verbindung bleibt. Aus der Angst, die die Projektion des Impulses auf ein äußeres Objekt bedingte, wird jetzt eine Furcht vor diesem Objekt, daher das Bedürfnis, dieses Objekt zu beherrschen und unter Kontrolle zu halten, damit es nicht unter dem Einfluß des (projizierten aggressiven) Impulses das Selbst angreift. Als Folge oder auch parallel zu der projektiven Identifizierung kommt es zu einem Verschwimmen der Grenzen zwischen Selbst und Objekt (mit anderen Worten zu einem Verlust der Ich-Grenzen), da der projizierte Impuls immer noch teilweise als dem Ich zugehörig erlebt wird und somit Selbst und Objekt in diesem Bereich ziemlich chaotisch zusammenfließen (zit. nach 1978, S. 75, Hervorhebung von uns).

Wir haben den empathischen Kontakt hervorgehoben, weil diese Feststellung sich mit der Behauptung beißt, daß "Selbst und Objekt in diesem Bereich ziemlich chaotisch zusammenfließen". Die Mikropsychologie dieser Vorgänge ist deshalb zu Recht Gegenstand intensiver empirischer Studien (Krause 1998, S. 75; Merten 2001).

Die projektive Identifizierung ist wie andere unbewußte Mechanismen nicht direkt beobachtbar, sondern muß erschlossen werden. Es sind Annahmen über Phantasien, nicht diese selbst. Bei Schlussfolgerungen dieser Art ist die Plausibilität der theoretischen Annahmen, auf die sich die Interpretationen stützen, besonders sorgfältig zu prüfen. Im Falle der projektiven Identifizierung und ihres Zwillings, der introjektiven Identifizierung, ist also zu klären, wieweit diese angenommenen Prozesse und Positionen vom hypothetischen psychotischen Kern im Säuglingsalter abhängig sind. Wahrscheinlich setzen viele Analytiker bei ihren Deutungen die Gültigkeit der paranoid-schizoiden und der depressiven Position voraus, so daß kein Zweifel darüber aufkommt, ob der psychotische Kern als universale Durchgangsphase mit fast zeitloser Auswirkung wirklich besteht.

Im Grundlagenband haben wir unter 1.8 von den verschiedenen Mythologien über das Kleinkind gesprochen. Der Mythos des psychotischen Kerns macht jede *gesunde* Entwicklung erklärungsbedürftig. Viele Prämissen, die den typischen Kleinianischen Interpretationen als Grundlage dienten, können heute nicht mehr aufrechterhalten werden (siehe z. B. Lichtenberg 1983 a). Klinische Interpretationen, soweit sich diese von der Annahme eines psychotischen Kerns etc. ableiten, waren und sind also falsch. Schulisch fest gebundene Analytiker lassen sich davon wenig beeindrucken. Es wird auf die klinische Evidenz verwiesen, derzufolge sich die Ideen Melanie Kleins als therapeutisch ungemein fruchtbar bewährt hätten. Kann man trotz falscher Prämissen richtig handeln? Was logisch unmöglich ist, scheint praktisch deshalb zu funktionieren, weil das therapeutische Handeln eine eigenständige Begründung finden kann und sich also gar nicht nach den falschen theoretischen Prämissen richtet. In dieser Hinsicht besteht zwischen den verschiedenen psychoanalytischen Schulen kein prinzipieller Unterschied.

Löst man den Begriff der projektiven Identifikation von den unhaltbaren Prämissen ab, gewinnt man eine neue Perspektive. Ganz abgesehen davon, daß M. Klein als Frau in der psychoanalytischen Bewegung eine Gegenposition zu Freud aufbaute und damit eine historisch bedeutungsvolle Funktion erfüllte, sind ihre Ideen als Vorläufer der sozialpsychologischen Fundierung der Psychoanalyse aufzufassen. Bei der projektiven und

introjektiven Identifikation handelt es sich um die Beschreibung von Austauschprozessen der zwischenmenschlichen Beeinflussung (Migone 1995).

### *Projektive Identifikation als dyadischer Prozess*

Austauschprozesse bestimmen das menschliche Leben von Geburt an. Es ist zu erwarten, daß die projektive Identifikation und andere psychoanalytische Begriffe in eine wissenschaftlich begründete Theorie und Praxis der Intersubjektivität integriert werden. Die bilderreiche Therapiesprache ist von dieser Transformation indirekt betroffen. Bei der Verwendung von Metaphern tauchen einige Probleme auf. Da die projektive Identifikation als unbewußte Phantasie definiert wird, läßt sich diese auch dann interpretieren, wenn der Analytiker keine Gegenübertragung empfindet, die mit dieser bestimmten Phantasie des Patienten in Zusammenhang gebracht werden könnte. Beispielsweise kann der Patient einen Traum berichten, aufgrund dessen der Analytiker Schlussfolgerungen auf eine projektive Identifikation zieht. Hier besteht das Problem darin, die Inhalte unbewußter Phantasien in einen kausalen Zusammenhang mit dem Erleben oder Verhalten des Patienten zu bringen, und zwar bezüglich ihrer *speziellen Intentionalität*, d. h. beispielsweise des Wunsches, etwas in den Körper des anderen hineinzustecken. Es genügt nicht, von der *prinzipiellen Intentionalität*, also der primären Objektbezogenheit aller Wünsche und Phantasien auszugehen.

Zunächst muß ein bestimmtes Erlebnis in der Gegenübertragung als tatsächlich vom Patienten ausgehend erkannt werden. Dann muß man zu der angenommenen Phantasie des Patienten Zugang finden und diese mit den Mitteln (Ausdrücke, Gesten, Verhaltensweisen usw.) in Verbindung bringen, die er in der Interaktion benutzt, um das entsprechende Erlebnis im Analytiker auszulösen. Schließlich muß der Analytiker klären, ob die Projektion das Ziel hat, die Bindung zum Analytiker anzugreifen und damit sein Denkvermögen zu lähmen, oder ob sie den Zweck verfolgt, einen averbalen inneren Zustand zu vermitteln. In dieser Hinsicht ist das Schicksal einer bestimmten projektiven Identifikation letztlich *dyadischer Natur*. Das bedeutet, daß der Charakter einer bestimmten projektiven Identifikation nicht nur durch eine beim Patienten angenommene "Absicht" festgelegt wird, sondern von der Fähigkeit des Analytikers abhängt, die Gegenübertragungsgefühle zu verstehen und auf diese Weise zu "verdauen", d. h. zu dekodieren und irgendwie durch Deutungen zurückzugeben. Diesen Prozeß hat Bion mit dem Begriff der Fähigkeit zur "réverie" bezeichnet. Nach seiner Auffassung wird der Analytiker, wenn er in seiner Fähigkeit zum Tagträumen versagt, von dem ausgelösten Gefühl "überflutet", kann nicht mehr denken und fühlt sich verwirrt. Die Kommunikation mit dem Patienten wird unterbrochen, und der Analytiker neigt zu der Annahme, daß der Patient seine eigene Verwirrung in ihn "hineingesteckt" hat.

Ein anderer Analytiker gerät vielleicht in der gleichen Situation durch dieselbe projektive Identifikation nicht in Verwirrung und ist in der Lage, die übermittelte Botschaft zu verstehen, so daß die Deutung den Inhalt der unbewußten Phantasie erreichen kann. Die beiden Situationen gestalten sich also entgegengesetzt. Im ersten Fall wird vielleicht die durchs Zerstören erreichte Befriedigung gedeutet, im zweiten Fall das libidinöse Bedürfnis, die Bindung zu erhalten. Daraus ergibt sich, daß die projektive Identifikation bezüglich ihrer Funktion interpretativ ausgehandelt wird.

### *Positive projektive Identifikation*

Obwohl sich aus der ursprünglichen Beschreibung durch M. Klein (1946) nicht zwingend ergibt, daß nur negative Selbstrepräsentanzen auf diese Weise einer anderen Person (der Mutter) zugeschoben werden können, werden in der klinischen Anwendung, wie Hamilton (1986, S. 493) am Beispiel Bions aufzeigt, vorwiegend die destruktiven Aspekte der projektiven Identifikation in psychotischen Patienten hervorgehoben. Er plädiert u. E. deshalb zu Recht dafür, den Nutzen auch einer "positiven projektiven Identifikation" klinisch in Betracht zu ziehen, bei der "good and loving self-representations" projiziert werden; durch die empathische Verbindung mit dem Empfänger kann dann der Aufbau positiver Objektbeziehungen durch Reintrojizierung gefördert werden (s. dazu auch unsere Diskussion der Kohutschen Selbstobjekte unter 3.6).

Wir kommen nun zurück zu einer zusammenfassenden Evaluierung des Konzepts der projektiven Identifikation, indem wir uns ein Argument von Meissner zu eigen machen. Er stellt fest, daß die Annahme eines "basically psychotic mechanism" eine Voraussetzung dafür ist, dem Konzept klinische Validität zu verleihen (1980, S. 55). Die Diffusion der Ich-Grenzen ist dann gleichbedeutend mit dem Verlust der Selbst-Objekt-Differenzierung. Besonders Bion (1967) hat in seiner späteren Erweiterung des Konzepts auf die Metapher des Containers zu einer Veränderung beigetragen, was Meissner (1980) in deutlich kritischer Absicht folgendermaßen auf den Begriff bringt:

In Bions Terminologie stellt die projektive Identifikation eine Art symbiotischer Beziehung dar, die in wechselseitig begünstigender Weise zwischen zwei Personen stattfindet, nämlich zwischen einem Behälter ("container") und einem darin Aufgehobenen ("contained"). Hieraus folgt, daß die projektive Identifikation eine Metapher wird, die nur noch lose in die Begriffe des Containers übersetzt ist und die auf fast jede Form von Beziehungsphänomenen angewendet werden kann, die Aspekte des Bezogeneins, des Aufbewahrens oder des Umfassens beinhalten (S. 59).

Die nichtpsychotische Form der "projektiven Identifikation" und entsprechend auch die der "projektiven Gegenidentifikation" (Grinberg 1979) kann vermutlich besser und sparsamer mit Konzepten der wechselseitigen Rolleninduktion aus dem Repertoire des "signalling behavior" verstanden werden. Wir stimmen Grey u. Fiscalini (1987) zu, daß die Rede "vom Hineinstecken" subjektive Erfahrungen anschaulich beschreibt:

Vielleicht kann man "etwas hineinstecken" als ein Signalverhalten verstehen, welches von einem Teilnehmer (einer Kommunikation) ausgesandt wird, um eine reziproke Antwort durch den anderen auszulösen; falls das so ist, "steckt" der Initiierende in die Situation eine Aufforderung zu einer defensiven Interaktion, wie es in jeder Übertragungsaktivität geschieht. Andernfalls kann eine solche *metaphorische Evokation seelischer Prozesse* nur irreführend sein (S. 134; Hervorhebung von uns).

Unsere Falldarstellungen erlauben eine Interpretation, die sich gut mit der folgenden Feststellung von Porder (1987) verträgt:

Ich glaube, daß projektive Identifikation am besten als eine Kompromissbildung verstanden werden kann, deren wesentliche Komponente eine "Identifikation mit dem Aggressor" oder eine "Wendung vom passiv nach aktiv" beinhaltet, in der der Patient unbewußt in der Übertragung die Rolle des traumatisierenden Elternteils oder beider Eltern ausagiert, und auf dem Wege dieser Inszenierung im Analytiker jene Gefühle induziert, die der Patient als Kind erleben mußte. Ich behaupte, daß die Re-Inszenierung dieses Dramas mit verkehrten Rollen die entscheidende Übertragungs-Gegenübertragung Interaktion darstellt, die bei den Patienten beobachtet werden kann, die die sogenannte projektive Identifikation aufweisen (S. 432).

In ähnlicher Weise hatte auch Heimann die Rollenumkehr in den Mittelpunkt des Konzepts gerückt:

"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 Identifikation mit seiner zurückweisenden und überwältigenden Mutter

heraus agiert, was letztlich zu einer Wiederinszenierung seiner eigenen Erfahrungen in einem Rollentausch hinausläuft (1966, S. 357).

Die projektive Identifikation wird u. E. bezüglich ihrer Funktion interpretativ ausgehandelt. Hierbei geht es v. a. darum, daß der Patient die dem Analytiker zugeschriebenen eigenen positiven und negativen Selbstanteile erkennt. Eine Analyse dieser Vorgänge sollte mit der Untersuchung des realen Interaktionsgeschehens beginnen. Mit seinem Verhalten erzwingt der Patient eine Interaktion, die der Analytiker nur verstehen kann, wenn er sie ein gutes Stück weit mit sich geschehen läßt. Der von vielen Autoren betonte "empathische Kontakt" mit den projizierten Selbstanteilen entspringt dem unbewußten Wissen um die Partitur dieses interpersonalen Geschehens. Auf dem Umweg über den in die Interaktion verwickelten Analytiker kann der Patient mit Hilfe von dessen Deutungen seine verlagerten Selbstanteile erkennen; diese Selbsterkenntnis steht vor deren Reintegration. Denn solange ein Mensch von seinen Selbstanteilen entfremdet ist, können diese auch nicht an- und aufgenommen werden.