

Thomas Müller / Norbert Matejek (Hg.)

# Projektive Identifizierung, Enactment und Agieren in der Psychosenbehandlung

FORUM DER PSYCHOANALYTISCHEN  
PSYCHOENTHERAPIE | BAND 22

Vandenhoeck & Ruprecht

Thomas Müller / Norbert Matejek (Hg.):  
Projektive Identifizierung, Enactment und Agieren in der Psychosenbehandlung

**V&R**

FORUM DER PSYCHOANALYTISCHEN  
PSYCHOENTHERAPIE

Schriftenreihe des Frankfurter  
Psychosenprojekts e. V. (FPP)

---

Herausgegeben von Stavros Mentzos  
Mitherausgeber: Günter Lempa, Norbert Matejek,  
Thomas Müller, Alois Münch, Elisabeth Troje

Band 22: Thomas Müller / Norbert Matejek (Hg.)  
Projektive Identifizierung, Enactment  
und Agieren in der Psychosenbehandlung

Thomas Müller / Norbert Matejek (Hg.):  
Projektive Identifizierung, Enactment und Agieren in der Psychosenbehandlung  
Thomas Müller / Norbert Matejek (Hg.)

# Projektive Identifizierung, Enactment und Agieren in der Psychosenbehandlung

Mit einer Abbildung

Vandenhoeck & Ruprecht

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation  
in der Deutschen Nationalbibliografie;  
detaillierte bibliografische Daten sind im Internet  
über <http://dnb.ddb.de> abrufbar.

ISBN 978-3-525-45123-6

© 2009, Vandenhoeck & Ruprecht GmbH & Co. KG, Göttingen  
Internet: [www.v-r.de](http://www.v-r.de)

Alle Rechte vorbehalten. Das Werk und seine Teile  
sind urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung in anderen  
als den gesetzlich zugelassenen Fällen bedarf  
der vorherigen schriftlichen Einwilligung des Verlages.

Hinweis zu § 52a UrhG: Weder das Werk noch seine Teile  
dürfen ohne vorherige schriftliche Einwilligung des Verlages  
öffentlich zugänglich gemacht werden. Dies gilt auch  
bei einer entsprechenden Nutzung für Lehr- und Unterrichtszwecke.

Printed in Germany

Schrift: Minion

Satz: KCS GmbH, Buchholz/Hamburg  
Druck und Bindung: Hubert & Co., Göttingen

Gedruckt auf alterungsbeständigem Papier.

# Inhalt

## ■ THEORIE-FORUM

Heinz Weiß und Esther Horn Gegenübertragung und projektive Identifizierung bei einer psychotischen Patientin und einer Patientin mit Borderline-Persönlichkeitsorganisation .....	6
Norbert Matejek Deuten wie verrückt? Interpretationen als Zumutung in der psychotischen Übertragung .....	28
Joachim Küchenhoff Die Grenzen des Durcharbeitens in der Psychosentherapie .....	47
Frank Matakas Bedeutung der projektiven Identifizierung für die Behandlung der Schizophrenie .....	67

## ■ KLINISCHES FORUM

Thomas Müller Rückzug in Wahnwelten .....	83
Norbert Matejek Kommentar zur Vignette von Thomas Müller .....	95
Hans Schultze-Jena Kommentar zur Vignette von Thomas Müller .....	100

## ■ REZENSION

Hanno Heymanns Rezension .....	107
Die Autoren .....	113

## ■ THEORIE-FORUM

Heinz Weiß und Esther Horn

### **Gegenübertragung und projektive Identifizierung bei einer psychotischen Patientin und einer Patientin mit Borderline-Persönlichkeitsorganisation**

Vorgänge normaler und pathologischer projektiver Identifizierung wurden seit Ende der 1940er Jahre im Zusammenhang mit der psychoanalytischen Behandlung von psychotischen und Borderline-Patienten beschrieben. Die Grundlage hierfür bildete Melanie Kleins Veröffentlichung »Bemerkungen über einige schizoide Mechanismen« (1946/2000), in der sie die Theorie der »paranoid-schizoiden« und »depressiven Position« mit den für sie jeweils typischen Abwehrmechanismen und Objektbeziehungen erstmals formulierte. Wilfred Bion (1954, 1957/1990, 1959, 1962/1990), Herbert Rosenfeld (1950/1989, 1952/1989, 1965/1989, 1971/1990), Roger Money-Kyrle (1956/2003, 1960/1978, 1968/1978, 1971), Hanna Segal (1949/1990, 1957/1990, 1991/1996, 1997) und andere Autoren entwickelten diese Überlegungen weiter und untersuchten die entsprechenden Übertragungs- und Gegenübertragungsprozesse im Einzelnen (vgl. Frank u. Weiß, 2007). Sie haben bis heute auf das Verständnis pathologischer Persönlichkeitsorganisationen (Steiner, 1993/1998) und die Weiterentwicklung der Behandlungstechnik außerordentlich befruchtend gewirkt. In einer Einschätzung des gegenwärtigen Erkenntnisstandes kommt Segal (1964/2004, S. 12) zu dem Schluss, dass die pathologische projektive Identifizierung eines der zentralen Forschungsfelder darstellt, von dem auch weiterhin Fortschritte im Verständnis der psychoanalytischen Behandlung zu erwarten sind.

## Normale und pathologische projektive Identifizierung

Pathologische projektive Identifizierung unterscheidet sich von normaler, entwicklungsfördernder projektiver Identifizierung durch eine Reihe von Kriterien. Zu ihnen gehören:

- Die *Exzessivität*, mit der die Projektion erfolgt, und das *Ausmaß*, in dem dadurch Teile des Selbst verloren gehen.
- Die *Art und Weise, wie die Projektion in das Objekt eindringt*, es in Besitz nimmt und seinen inneren Zustand beeinflusst.
- Die *Plastizität und Reversibilität* der Projektion, d. h. ihre Dauerhaftigkeit und Starrheit – im Gegensatz zu der Möglichkeit, die projizierten Aspekte/psychischen Funktionen zu modifizieren und wieder in das Selbst zurückzunehmen.
- Das *Ziel* der projektiven Identifizierung, insbesondere wenn sie der Ausscheidung von unerträglichen psychischen Inhalten, der Inbesitznahme des Objekts oder der Verleugnung seiner Verschiedenheit dient und nicht zu kommunikativen Zwecken (im Sinne der Übermittlung von inneren Zuständen) verwendet wird.
- Die *Motive*, die ihr zugrunde liegen, welche z. B. in einem neidischen Eindringen, Berauben oder in der Aufhebung von Getrenntheit bestehen können – im Gegensatz zu dem Wunsch, etwas von sich mitzuteilen oder sich in den Zustand eines anderen Menschen einzufühlen.
- Die *Konkretheit* oder der *symbolische Charakter* der projektiven Identifizierung, welche sich in unterschiedlicher Weise auf den Empfänger auswirken.
- Der Druck, der von der projizierten Phantasie auf den Analytiker ausgeht, sich mit einem Teil des projizierten Materials zu identifizieren und eine bestimmte Rolle zu übernehmen.

Wie Feldman (1997) und andere Autoren (Brenman Pick, 1985/1990) ausgeführt haben, erfolgen projektive Identifizierungen nicht beliebig, sondern in einen Teil der Persönlichkeit, der für diese Projektion besonders empfänglich ist. Entscheidend für den weiteren Verlauf wird dann die Fähigkeit des Rezipienten, die Projektion weder zurückzuweisen noch von ihr überschwemmt zu werden. Gelingt es dem Analytiker, die Projektion aufzunehmen und sie im Vergleich zu seinen eigenen inneren Objekten zu »lesen«, so kann er sie in einer modifizierten, d. h. weniger unverdaulichen Weise an den Patienten zurückgeben (vgl. Weiß, 2007). Die Art und Weise, wie ihn die Pro-



jektion in der Gegenübertragung affiziert, unterscheidet sich in Hinblick auf den einzelnen Patienten, die jeweilige Situation und die Resonanz, welche sie in der inneren Welt des Analytikers auslöst.

Dies soll im Folgenden an zwei klinischen Beispielen aufgezeigt werden, denen im einen Fall (Frau A.) eine postpsychotische Depression, im anderen Fall (Frau B.) ein pervorses Beziehungsarrangement zugrunde lag. Beide Patientinnen nutzten projektive Identifizierung überwiegend zu Abwehrzwecken und beide hatten enorme Schwierigkeiten, mit Erfahrungen von Trauer und Verlust umzugehen.

Während dies bei Frau A. zu einer Auflösung der Kategorien von Raum und Zeit führte, zog sich Frau B. auf eine Insel von Zeitlosigkeit zurück. Hier stellte sie eine Enklave her, in der eine idealisierte und erotisierte Beziehung voller Grausamkeit endlos weiterging. Während sie dadurch die Anerkennung von Verlust umgehen konnte, fand sich Frau A. häufig in einem Zustand wieder, in dem ihr die Vergangenheit allgegenwärtig erschien und in dem sie die Zukunft als das Ende aller Zeiten erlebte. Vor allem Trennungen und Behandlungsunterbrechungen bedrohten ihr psychisches Gleichgewicht, so dass sie manchmal erneut an den Rand eines psychotischen Zusammenbruchs geriet. Geling es in solchen kritischen Momenten, ihre Verfolgungs- und Vernichtungsangst aufzunehmen, so schien sie von den Deutungen jedoch zu profitieren.

## Frau A. – Treiben in einem Meer von Zeitlosigkeit

Frau A., eine bei Behandlungsbeginn 48-jährige, in Italien geborene Anglistik-Dozentin, war wegen ihrer Unfähigkeit, einen Partner zu finden, sowie der fortschreitenden Demenz ihres Vaters in einen verzweifelten Zustand geraten. Als der Vater sie nicht mehr wiedererkannte und während dieser Zeit ihre geliebte Tante verstarb, nahm ihre Depression unerträgliche Ausmaße an. Um einer drohenden Fragmentierung ihres Selbstgefühls zu entgehen, flüchtete sie sich in eine Wahnwelt, in der sie von einer feindseligen Propaganda verschiedener obszöner Handlungen beschuldigt wurde. Sie hatte das Gefühl, dass jedermann ihre sexuelle Erregung sehen könnte, dass etwas wie Lava aus ihr auslief und sie zu zerbersten drohte. Überall in der Stadt diffamierte man sie als »Ragazza«, als »Hure«, und in ihrer Verzweiflung blieb ihr nur noch die Hoffnung, dass das Bundeskriminalamt einschreiten und sie gegen diese demütigenden Verfolgungen schützen würde.

In einem Zustand akuter Verfolgungsangst wurde sie schließlich in eine psychiatrische Klinik eingewiesen, in der man eine »paranoid-halluzinatorische Schizophrenie« diagnostizierte. Als sie nach zwei Monaten aus ihrem anfangs erregten, dann zunehmend paranoiden Zustand herausgefunden hatte, konnte sie ihre Lehrtätigkeit an einem Sprachinstitut nur mit großer Mühe wieder aufnehmen. Sie fühlte sich leblos und leer und war nach einem weiteren Jahr nicht mehr in der Lage, ihre Arbeit fortzusetzen.

Ein niedergelassener Kollege meldete sie daraufhin in unserer psychotherapeutischen Tagesklinik an. Während des anschließenden zwölfwöchigen Aufenthalts machte sie einige erstaunliche Fortschritte. Erstmals nach ihrem psychotischen Zusammenbruch schien sie ihre Fähigkeit zum Träumen wiederzugewinnen. Obwohl ihre Träume anfänglich kaum von »Visionen« oder echten Halluzinationen zu unterscheiden waren, empfand sie es als Erleichterung, wenn diese symbolisch gedeutet werden konnten. Sie sprach davon, dass ihre »Verrücktheit« in solchen Momenten für kurze Zeit nachließ. Einige dieser Träume spiegelten deutlich projektive Identifizierungsprozesse wider: In einem Traum besuchte sie eine Aufführung von Goethes »Faust« in einem Theater. Sie saß neben dem Theaterdirektor unter den Zuschauern, während auf der Bühne Mephisto in rotem Samt erschien. Die Schauspieler um ihn herum spuckten in die Luft und übergaben sich.

Ich (H. W.) deutete, sie werde von einer verführerischen und bedrohlichen Figur festgehalten und versuche, sich durch Ausspucken von unerträglichen seelischen Inhalten zu befreien. Zugleich suche sie Hilfe in der Analyse (der Platz neben dem Theaterdirektor), um zu verstehen, was in ihrem Inneren vor sich gehe. Darauf reagierte sie betroffen und weinte. In der nächsten Sitzung bemerkte sie, sie empfinde »tiefen Respekt« gegenüber dem, was ich gesagt hatte. Denn dies lasse sie hoffen, dass man tatsächlich etwas verstehen könne und ich mich durch ihre Bilder nicht allzu sehr verstört fühle.

In einem anderen Traum sah sie ein kleines Kind in einem Raum vor einem Ofen sitzend. Es wurde vom Teufel bedroht, der als Holzstück vor dem Ofen erschien. Sie versuchte, das Kind zu schützen, indem sie das Holz ins Feuer warf. Es verbrannte aber nicht und stattdessen erschien der Teufel nun als bedrohlicher, kläffender Hund, der in das Zimmer eindrang.

Ich dachte, dass dieser Traum die verzweifelten Versuche der Patientin widerspiegelte, durch gewaltsame Projektion (das Holz ins Feuer

werfen) bedrohliche und zerstörerische Aspekte ihres Selbst loszuwerfen. Je heftiger sie bemüht war, sich dieser Teile zu entledigen, umso bedrohlicher kehrten sie in ihr Inneres zurück (der kläffende Hund an der Zimmertür), was jetzt zu immer verzweifelteren Anstrengungen der Ausstoßung und des »Wegwerfens« führte (vgl. Segal, 2005). Auf diese Weise wurde sie in einem Teufelskreis von Wiederholungen gefangen gehalten, der das Kind in ihr terrorisierte.

Durch solche und andere Sequenzen gewannen wir den Eindruck, dass wenigstens ein Teil der psychotischen Erfahrung durch die tagesklinische Behandlung aufgefangen werden konnte. Gegen Ende des Aufenthalts kam immer mehr eine traurige und bedürftige Seite der Patientin zum Vorschein. Wir entschieden uns deshalb, ihr eine ambulante psychoanalytische Behandlung anzubieten. Begleitend wurde sie in größeren Abständen von einem Nervenarzt gesehen. Mit dieser Aussicht nahm sie wenig später, wenn auch zunächst unter Schwierigkeiten, ihre berufliche Tätigkeit wieder auf.

## Biographie

Die Patientin beschrieb ihren Zustand zu Beginn der tagesklinischen Behandlung einmal mit den Worten: »Ich fühle mich wie eine Nusschale, die auf dem Meer der Zeit treibt.« Tatsächlich empfand sie sich nach ihrem psychotischen Zusammenbruch oft leer, ziellos und ohne Zeitgefühl. Sie liebte die Nacht und hasste den Tag. Tagsüber, so sagte sie, fühle sie sich von einer grausamen »Nazi-Mutter« mit »tausend Nadelstichen« durch die Zeit gehetzt, während sie nachts in den Armen einer gütigen Mutter in einen erlösenden Schlaf versank.

Oft erwähnte sie den Bauernhof in ihrer italienischen Heimat, der mit idealisierten Erinnerungen an ihre verstorbene Tante und ihren Onkel verbunden war. Dass dieser Hof nun bald verkauft werden sollte, bedeutete für sie nicht nur einen schmerzlichen Verlust des Orts ihrer Kindheit, sondern einen »Sturz ins Nichts«, d. h. einen katastrophalen Verlust von allem, was für sie wertvoll war.

Die Patientin war in einem kleinen süditalienischen Dorf als ältestes von drei Geschwistern aufgewachsen, von wo aus ihre Eltern schon bald nach Deutschland übersiedelten. Die Erinnerungen an ihre Kindheit waren mit harter Feldarbeit, strengen moralischen und religiösen Vorschriften sowie einem nie nachlassenden Gefühl von Einsamkeit verbunden. Sie liebte ihren Vater und erinnerte sich, wie sie mit ihm Hand in Hand durch die Wiesen und Felder ihrer italienischen Heimat

spazieren ging. Im Vergleich zur Mutter erschien der Vater jedoch als schwache und idealisierte Figur. Von der Mutter »erinnerte« die Patientin eine Szene, als sie höchstens acht oder neun Monate alt war. Darin hatte ihr diese die vollgemachten Windeln aus Wut gegen den Kopf geworfen. Geprägt von den faschistischen Erziehungsidealen ihrer Jugend, so vermutete die Patientin, habe die Mutter versucht, alles Körperliche zu kontrollieren. Als sie im Alter von fünf oder sechs Jahren einmal von ihr dabei erwischt wurde, wie sie sich unter dem Tisch selbst befriedigte, sei dies so schrecklich gewesen, dass sie sich wünschte, den »unteren Teil« ihres Körpers bei der Mutter »abzugeben«.

In der Schule und im Beruf durchlief sie eine gute Entwicklung. Sie entschloss sich nach dem Abitur, Romanistik und Anglistik zu studieren, und war in diesen Fächern auch beruflich erfolgreich. Unbefriedigend verliefen hingegen ihre Partnerschaften: Entweder wurde sie schlecht behandelt und ausgenutzt, oder es gelang ihr aus vermeintlich äußeren Gründen nicht, mit dem jeweiligen Partner zusammenzuziehen. Sie litt darunter, bereits mehr als 10 Jahre allein zu leben.

## Behandlungsverlauf

Frau A. hatte anfangs Schwierigkeiten, sich auf die analytische Behandlung (zunächst drei, später vier Sitzungen wöchentlich im Liegen) einzulassen. Sie fürchtete kurze Schweigepausen, die sie so erlebte, als falle sie in den leeren Raum zwischen die Planken einer Hängebrücke. Ähnlich erlebte sie die Wochenenden, an denen sie sich oft wie ein »Tiger im Käfig« fühlte. Sie lief dann in ihrer Wohnung auf und ab, rauchte viel oder gab Kontaktanzeigen auf. In diesem Zustand fürchtete sie, etwas wie »Lava« oder »Glaswolle« würde aus ihr hervortreten und sie verrückt machen. Oft fiel es ihr schwer, auf die nächste Sitzung zu warten, und manchmal hatte sie auch Angst, von sexueller Erregung überwältigt zu werden. Nach zwei oder drei Monaten fragte sie sich jedoch einmal, ob es sich dabei wirklich um sexuelle Erregung handele oder nicht vielmehr um »mumifizierte Verzweigung«.

Frau A. sprach in einer schönen, fast literarischen Sprache, welche mich ihre psychotischen Inhalte manchmal übersehen ließ. Als ihr alter, dementer Vater aus dem Bett gefallen war und sich den Arm gebrochen hatte, bemerkte sie einmal ganz unvermittelt: »Ich glaube, das Gesetz der menschlichen Sterblichkeit gilt nicht für meinen Vater. Ich hatte eine Vision, in der er mir als strahlender junger Mann in Uniform erschien!«

Meist ließen sich diese psychotischen Erfahrungen innerhalb der Übertragung deuten, was dazu führte, dass die Erregung nachließ und die Patientin sich traurig und bedürftig fühlte. Manchmal fürchtete sie jedoch, ich könnte von ihrer »Gier« überwältigt werden und angeekelt auf ihre Obszönität reagieren. Dann würde ich entweder von ihrer Erregung »angesteckt« und sie »nehmen« – so wie es »eine Prostituierte verdient« – oder aber sie umbringen (eine ihrer schrecklichsten Phantasien). Eine andere, häufig geäußerte Vorstellung lief darauf hinaus, ich könnte auf sie spucken, urinieren, auf ihr »herumtrampeln« und sie dann in »ausgestopftem Zustand in der Psychiatrie abgeben«.

Trotz dieser psychotischen Gedanken ließ mich die Patientin wissen, wie sehr sie auf die Stunden angewiesen war und welche Entlassung es für sie bedeutete, mit mir über ihre »verrückten Gedanken« sprechen zu können. In ihrem realen Leben setzte sie ihre Berufstätigkeit fort und kümmerte sich an den Wochenenden um ihre kranken Eltern.

## Gegenübertragung und Reaktion auf Trennungen

Zu meinem eigenen Erstaunen reagierte ich auf ihre psychotischen Phantasien zwar oft besorgt, aber nur selten verstört oder sehr verwirrt. Es schien, als wäre die Patientin nicht wirklich davon überzeugt, von mir verfolgt oder hinausgeworfen zu werden. Mich berührte dagegen ihr Bemühen, Hilfe zu suchen, und ich erlebte sie dann wie ein verzweifertes Kind.

Bei einer Gelegenheit erwähnte sie jedoch, sie habe ein Säuglingsfoto von sich mit ins Bett genommen, »um das Kind zu beruhigen, das in seiner Haut vor Angst und Verzweiflung zappelt«. Dieser Versuch sei fehlgeschlagen und sie habe zu ihrem Entsetzen bemerkt, wie das Zappeln – so als wäre sie schwanger – auf ihren eigenen Körper übergang.

Nach dieser Sitzung träumte ich, die Patientin wolle als kleines Kind zu mir ins Bett kriechen, während ich alles daransetzte, sie wieder hinauszuschieben. Offenbar fühlte ich, wie etwas von ihrer psychotischen Panik in mich eindrang, und wusste mir nicht anders zu helfen, als sie auf diese Weise wieder loszuwerden.

In derselben Sitzung hatte sie sich mit einer Qualle verglichen. Ich hatte den Eindruck, dass sie damit ihr Gefühl zum Ausdruck brachte, keine feste Struktur zu besitzen, und deutete ihre Angst, man könne

sich an ihr verbrennen (ein Gedanke, den sie mehrfach geäußert hatte) oder sie allein lassen, so dass sie austrocknen müsste.

Ihre Ängste spitzten sich zu, als wir uns vor der Sommerpause der ersten längeren Therapieunterbrechung näherten. Sie sprach von ihrer Befürchtung, die Analyse könne zu einer Art »Schweizer Käse« werden, und brachte damit ihre Sorge zum Ausdruck, sie könnte »durch die Löcher fallen«. Sie wusste nicht, wie sie während meiner Abwesenheit einen neuen Kurs beginnen sollte, und fragte mich, ob sie notfalls eine Kollegin anrufen dürfte.

Wenige Tage vor der anstehenden Trennung nahmen ihre Ängste bedrohliche Formen an und manchmal schien es, als kehre sie in ihren zeitlosen psychotischen Zustand zurück. Sie stellte sich z. B. vor, die Kursteilnehmer könnten Fotos von ihrem Kopf mit einem nackten Körper versehen und sie so »ins Internet stellen«. Dann beschrieb sie in peinlichen Einzelheiten, wie sie der Demütigung preisgegeben, mit Sexspielzeug »ausgestopft« würde usw. Sie schämte sich, mir all diese Dinge zu erzählen, und fürchtete, ich könnte angewidert sein und sie »hinauswerfen«.

Ich deutete, sie fürchte, wenn sie diese Bilder in mich/in mein »Intranet« hineinlege, könnte ich mich – genauso wie sie – »ausgestopft« und gedemütigt fühlen. Nach dieser Deutung erwähnte sie einen Traum, in dem sie mit Freunden eine Fahrradtour unternahm, wobei ihr aber das Vorderrad fehlte.

Dieser Traum bezog sich auf eine von ihr während der Sommerpause gebuchte Fahrradtour. Neue Ängste kamen hinzu, als sie unmittelbar vor der Unterbrechung ihre Mutter mit einem offenen Bein in die Klinik bringen musste. Sie glaubte, »auf der Welt keinen Platz zu haben«, und ängstigte sich, sie könnte erneut psychotisch werden. Gelang es jedoch, diese Ängste zu erfassen, so konnte sie von der Konkretheit ihrer Vorstellungen vorübergehend wieder zu symbolischem Denken übergehen.

Das nachfolgende Material stammt aus der letzten Sitzung vor der Unterbrechung.

## Material aus einer Sitzung

Die Patientin erschien zu dieser Stunde in einem aufgelösten Zustand. Sie legte sich auf die Couch und sagte, sie befürchte, ihre Mutter, ihr Bruder und andere Verwandte würden sich »in ihre Bestandteile auflösen«.

Ich spürte ihre enorme Angst vor einem Zusammenbruch und sagte zu ihr, sie fürchte, nicht nur ihre Mutter und ihr Bruder, sondern auch sie und ich könnten uns durch die bevorstehende Unterbrechung in unsere »Bestandteile auflösen«.

Sie wurde etwas ruhiger und sagte dann: »Ich sehe das Bild einer läufigen Hündin vor mir. Ich bin eine läufige Hündin, obszön und wertlos.«

Ich fühlte mich beunruhigt und durch das Bild der »läufigen Hündin« an Erfahrungen aus der Anfangszeit ihrer Behandlung erinnert, die sie als »Visionen« beschrieben hatte. Da ich fürchtete, sie könnte wieder in einen psychotischen Zustand geraten, sagte ich, aus Angst, sich in ihre »Bestandteile« aufzulösen, habe sie das Bild der »läufigen Hündin« konstruiert. Dann würde sie sich zwar als obszön und wertlos empfinden, aber nicht länger als so einsam, weil alle männlichen Hunde hinter ihr herliefen.

Daraufhin veränderte sich ihre Stimmung. Sie wurde sehr traurig und erklärte weinend, sie fühle sich schrecklich allein und wisse nicht, wie sie die Unterbrechung überstehen solle. Nachdem sie sich etwas beruhigt hatte, fügte sie hinzu, sie habe sich für die Fahrradtour ein T-Shirt gekauft. Es sei aber viel zu groß und flattere lose um sie herum. Sie frage sich, ob dieser dünne Stoff ihren Körper zusammenhalten könne.

Diese Bild erschien mir imaginativ – nicht mehr wie eine konkrete Vision. Deshalb erwiderte ich, sie frage sich, ob etwas sie zusammenhalten könne, anstatt sich in Teile aufzulösen.

Die Patientin weinte erneut. Sie sagte, sie habe sich gestern recht gut gefühlt, sei aber heute Morgen erneut unruhig geworden, als sie vor der Stunde ihr Lieblingscafé aufsuchen wollte. Die Vorstellung, wie sie den noch vor Ende der Unterbrechung beginnenden Kurs bewältigen solle, habe sie in Panik versetzt. Beim Weitergehen habe sie dann an einem Zeitungskiosk zwei englische Zeitschriften entdeckt, die sich in ihrer Titelgeschichte beide mit dem Tod von Prinzessin Diana beschäftigten. Sie habe die beiden Exemplare gekauft und sei erleichtert gewesen, als sie dachte, sie könne ihren Kurs mit einem Vergleich dieser beiden Geschichten beginnen.

Ich sagte, die Vorstellung, sie könnte ihren Unterricht mit einem Vergleich der beiden Zeitungsberichte beginnen, habe ihr geholfen, sich vorzustellen, sie könnte die Unterbrechung tatsächlich überstehen. Dann fügte ich hinzu, dass der Tod von Prinzessin Diana auch ihre eigene Angst vor einer Katastrophe widerspiegle wie auch ihre Sorge, wie ich bzw. die Presse über sie denken würden: Ist sie eine

skandalträchtige Frau mit zahlreichen Affären oder die Heldin der Elenden und Armen? Und könne sich überhaupt jemand die Einsamkeit und Traurigkeit in ihrem Inneren vorstellen?

Sie fing daraufhin erneut zu weinen an und antwortete: »Was Sie sagen, macht mich sehr traurig, aber irgendwie scheint es zu helfen ...«

Nach einer kurzen Pause fügte sie hinzu, es sei während dieser Woche noch etwas anderes vorgefallen, das sie sehr traurig gemacht habe: In ihrer Nachbarschaft gebe es eine junge Frau mit einem alten Hund, dessen Hinterpfoten fast gelähmt seien. Wegen seiner Hüftprobleme könne er kaum noch laufen. Deshalb habe die junge Frau ein Tuch unter seine Hinterpfoten gebunden, so dass er mit den Vorderpfoten laufen und mit den Hinterpfoten nachrutschen könne. Sie habe diese Szene schon mehrfach beobachtet, als die junge Frau vorbeikam. Vorgestern jedoch sei der Hund genau vor ihrer Garage zusammengebrochen und sie habe gedacht, wie traurig es wäre, wenn man ihn einschläfern müsste.

Ich sagte, der alte Hund stehe vielleicht für ihre alte Mutter, die sie vor zwei Tagen mit einem offenen Bein ins Krankenhaus bringen musste. Vielleicht stehe er aber auch für ihren eigenen niedergeschlagenen und gelähmten Zustand vor der Unterbrechung, wenn sie fürchte, ich würde sie sterben lassen. Dabei fiel mir die Parallele ein zwischen »Lady Di« und »let her die«. Nach einer kurzen Pause fügte ich hinzu, das Bild der läufigen Hündin, die alle männlichen Hunde anziehe, habe sich vielleicht eingestellt, als ihr die Vorstellung des alten, sterbenden Hundes zu traurig und zu verzweifelt erschien.

Die Patientin schwieg und sagte dann in freundlichem Ton: »Ich denke, so war es.« Nach einem kurzen Zögern ließ sie mich wissen, sie freue sich auch auf die Fahrradtour: »Wir sind zu sechst. Ich kenne die anderen nicht, aber vielleicht sind es ja freundliche Personen.« Sie hoffe nur, das Fahrradfahren werde nicht zu anstrengend, aber es sei eine sehr schöne Gegend.

Das war das Ende der Stunde. Die Patientin verabschiedete sich und wünschte mir einen schönen Urlaub.

## Diskussion

Betrachtet man diese Stunde, dann ist es nicht einfach, die verschiedenen Ebenen der Kommunikation voneinander zu differenzieren.

In Zusammenhang mit der bevorstehenden Unterbrechung und



der Erkrankung ihrer Mutter hatten die Ängste der Patientin vor einem Zusammenbruch erneut zugenommen. Mit der Angst, ihre Mutter und ihr Bruder könnten sich in ihre »Bestandteile« auflösen, brachte sie ein Gefühl der Fragmentierung zum Ausdruck, in dem es kein Vorher und kein Nachher mehr gab. Dadurch löste sie in mir Angst und Besorgnis aus.

Ich versuchte, dies auf die aktuelle Erfahrung in der Stunde zu beziehen, und sie antwortete darauf mit dem Bild der »läufigen Hündin«. Damit tauchte sie für einen Moment in ihre früheren psychotischen Erfahrungen ein, in denen sich die Kategorien von Raum und Zeit auflösten. Mir kam dazu der Gedanke, dass sie sich durch das Bild der »läufigen Hündin« zusammenzuhalten versuchte und zugleich ihre Verlustangst abwehrte. Deshalb sagte ich, wenn alle männlichen Hunde hinter ihr herliefen, müsse sie sich nicht länger so allein fühlen.

Die traurige und nachdenkliche Reaktion der Patientin deutete an, dass sie sich durch meine Deutung verstanden fühlte. Dies ermöglichte ihr, über ihre katastrophale Angst nachzudenken, statt sie auszuschneiden und in ein quasi-halluzinatorisches Bild zu transformieren. Ich war erleichtert, dass sie zu einem traurigen Gefühl zurückgefunden hatte, übersah aber vielleicht, dass auch ich zu den »männlichen Hunden« gehörte und sie eine erregte und verführerische Beziehung zu mir herstellte, indem sie sich als »obszön« bezeichnete und sich vor mir erniedrigte.

Das Bild des »viel zu großen T-Shirts« lenkte meine Aufmerksamkeit dann erneut in die Richtung des Auseinanderfallens und Gehaltenwerdens. Sie weinte und sprach von ihrer Angst, wie sie ohne die Stunden einen neuen Kurs beginnen könnte.

Ich denke, dass die Patientin durch ihr Weinen in mir eine traurige und mitfühlende Reaktion auslöste. Auf einer konkreten Ebene schien sie mit ihren Tränen in mein Herz hineinzusinken. Dies war mir nicht bewusst, als ich ihre Identifikation mit Lady Diana – der Königin der Herzen – deutete. Denn es war nicht klar, wo ich in dieser Identifikation lokalisiert war: im Liebhaber, mit dem sie Auto fuhr, in den Paparazzi, die das Paar jagten, im Ehemann, von dem die Prinzessin getrennt lebte, oder in der überwältigenden Trauer, der sich selbst die Königin nicht entziehen konnte.

Mit dem Bild des alten Hundes, der nicht sterben sollte, verstärkte sich dieser Eindruck. Ich war berührt, wie aus der »läufigen Hündin« ein alter, leidender Hund geworden war, der Hilfe benötigte, um sich

vorwärtszubewegen. An die Stelle des erregten, psychotischen Zustandes war nun ein trauriges Gefühl getreten und es schien, als könnte die Patientin die unmittelbar bevorstehende Unterbrechung jetzt akzeptieren.

Man kann diese Bewegung als Übergang von einer psychotischen zu einer nichtpsychotischen Funktionsweise beschreiben, die möglich wurde, als die primitiven Ängste der Patientin Containment erfuhren (Bion, 1958, 1962/1990). Durch die Erfahrung, dass die hinter ihren halluzinativen Bildern liegende Verzweiflung verstehbar war, gelang es ihr, für ihre inneren Zustände einen Raum zu finden. Sie konnte ihre Gefühle nun »denken« und auf die Ebene symbolischer Kommunikation zurückfinden.

Andererseits ist nicht zu übersehen, dass auf einer anderen Ebene die konkrete Kommunikation weiterlief: Die Veränderungen dieser Stunde waren etwas »zu schön«, um wahr zu sein, und hatten offenbar auch die Funktion, mich zu rühren und zu einer Haltung zu bewegen, welche die depressiven Aspekte und nicht den omnipotenten Charakter ihrer Phantasien in den Vordergrund rückt. Dadurch wurden Analytiker und Patientin beruhigt. Die Patientin brachte dies nach der Pause in Gedanken zum Ausdruck, sie könne mit mir machen, was sie wolle, ich glaube entweder an »Märchen« oder überschätze mich maßlos, wenn ich denke, gegen die Macht ihrer »inneren Dämonen« etwas ausrichten zu können.

Gleichwohl geriet sie vor späteren Unterbrechungen nicht mehr in einen psychotischen Zustand. Stattdessen entwickelte sie einen Mechanismus, den sie »Winterschlaf« nannte: Er bewirkte, dass sie bestimmte psychische Funktion auf ein Minimum reduzierte, sich in eine Zeitkapsel begab und erst nach überstandener Unterbrechung wieder »auftaute«. Dadurch gelang es ihr, die befürchtete Katastrophe zeitlich zu verschieben, bis ihr die Stunden wieder zur Verfügung standen, wo ihre namenlose Angst in Gestalt psychotischer Phantasien und Träume Eingang fand.

Im Kleinen hatte die Patientin damit eine Methode entdeckt, für ihre katastrophalen Ängste einen Raum zu finden. Die projektiven Identifizierungen von Frau A. waren zwar massiv und überaus konkret (vgl. das »Ins-Feuer-Werfen« oder »Ins-Internet-Stellen«). Das Motiv schien überwiegend darin zu bestehen, die Psyche von unerträglicher Erregung (die »Glaswolle« bzw. »Lava«) zu entlasten und Getrenntheit aufzuheben (wie in dem Bild der »läufigen Hündin«). Dennoch waren sie eher reversibler Natur und ermöglichten der Patientin

immer wieder eine Erfahrung von Containment und Verstandenwerden.

Während bei psychotischen Patienten dieser innere Raum leicht wieder zusammenbricht, gelingt es Patienten mit narzisstischen und Borderline-Organisationen, solche Erfahrungen in komplexen Rückzugszuständen einzugrenzen (vgl. Steiner, 1993/1998). Diese gestatten es ihnen, nach außen hin mit der Wirklichkeit in Kontakt zu bleiben – allerdings um den Preis, dass ihre psychische Entwicklung stagniert und keine Veränderung mehr stattfindet. Als Beispiel für einen solchen Zustand sollen nun einige Sequenzen aus der Behandlung von Frau B. vorgestellt werden.

## Frau B. – Stillstand und romantische Pervertierung

Frau B., eine 55-jährige Patientin unserer Tagesklinik, hatte sich nach dem Tod ihres Mannes, der vier Jahre zuvor an einer Krebserkrankung verstorben war, immer mehr zurückgezogen und die meisten ihrer sozialen Kontakte aufgrund von Enttäuschungen abgebrochen. Bis kurz nach dem Tod des Mannes war sie beruflich selbstständig, indem sie Marionetten herstellte und auf verschiedenen Märkten verkaufte. Als sie sich aufgrund ihrer ausgeprägten depressiven Symptomatik psychisch dazu nicht mehr in der Lage fühlte, hatte ein befreundetes Ehepaar ihr eine Stelle in ihrem Lebensmittelgeschäft angeboten. Als es zwei Jahre später zu einem Besitzerwechsel gekommen war und sie sich von ihrem neuen Chef gemobbt und zur Kündigung gedrängt fühlte, geriet sie zunehmend in einen depressiven Zustand mit Somatisierungs- und Angstsymptomen. Kurz vor Aufnahme in unsere psychosomatisch-psychotherapeutische Tagesklinik war sie so verzweifelt gewesen, dass sie psychiatrischer Behandlung bedurfte.

Zu Beginn der zwölfwöchigen teilstationären Behandlung standen zunächst Gefühle von innerer Leere und Sinnlosigkeit im Vordergrund, die Frau B. seit dem Tod ihres Mannes quälten. Ebenso spielten Anklagen gegenüber dem Arbeitgeber und ihren Töchtern eine wichtige Rolle, von denen sie sich gekränkt, unverstanden und gedemütigt fühlte. Als Gegenentwurf zu dieser Welt voller Enttäuschung und Kränkungen hatte sie in ihrem Inneren eine ideale Welt, frei von Verletzungen, Trennung und Tod errichtet, in der sie mit ihrem Mann auf innige Weise verbunden blieb. Dorthin zog sie sich zurück, wenn ihre Einsamkeit und das Gefühl von Verlust für sie unerträglich wurden.

Sie beschrieb ausgedehnte Spaziergänge, bei denen sie in imaginäre Zwiegespräche mit ihrem Mann vertieft war und dessen Hand in der ihren spürte. Begleitet wurde sie dabei von ihrem Hund, den ihr der Mann kurz vor seinem Tod anvertraut hatte und der für sie der einzige Grund war, noch am Leben zu bleiben. Auf sehr konkretistische Weise versuchte sie die Zeit anzuhalten und die Erinnerungen an ihren Mann zu konservieren, indem sie die zuletzt von ihm getragene Kleidung einschweißte, damit der Geruch nicht verloren gehe. Gegenstände, wie z. B. den Füllfederhalter, beließ sie unberührt in der Position, in der er sie zuletzt benutzt hatte. Den Schlafanzug des Mannes im Bett neben sich, seine Pantoffel unter dem Bett, so als wäre er gerade aufgestanden, war sie mehr mit toten als mit lebendigen Objekten umgeben. Die für sie maßgebliche Zeitrechnung war ein Leben vor dem Tod ihres Mannes und eines danach. Während sie Letzteres als arm und leer empfand, hatte das eigentliche Leben erst mit ihrem Mann begonnen.

Auf Kosten realer Beziehungen und befriedigender Erfahrungen in der Gegenwart zog sie sich immer wieder in eine ideale Vergangenheit zurück, in der Konflikte mit ihrem Mann und Schuldgefühle ihm gegenüber ebenso verleugnet wurden wie die Rivalität mit ihren Töchtern. Mit ihrer jüngsten Tochter hatte sie den Kontakt seit der Erkrankung ihres Mannes ganz eingestellt, da sie dieser, aufgrund diverser Vorwürfe dem Vater gegenüber, eine Mitschuld an seiner Krankheit gab. Hierbei schienen Neid und Eifersucht eine große Rolle zu spielen, da es zwischen Vater und Tochter eine besondere Nähe gegeben hatte. Bereits in deren Pubertät hatte Frau B. diese Tochter als Konkurrentin betrachtet, da sie sich als »hübsches, junges Mädchen« mit ihren Ketten und ihrer Kleidung schmückte, was Frau B. damals sehr aufgebracht hatte. Den Töchtern wie auch ihrer Schwägerin, die während der Krankheit des Mannes »viel zu oft« da gewesen sei, überließ sie keine Erinnerungsstücke und gewährte ihnen keinen Zutritt zu seinem Arbeitszimmer.

Dahinter verbarg sich Angst, aber auch Neid, dass die anderen, »die noch so viel haben«, ihr, »die sie sonst nichts mehr besitzt«, etwas von der einzigartigen Beziehung zu ihrem Mann wegnehmen könnten. Da sie die Gegenwart entwertet hatte, war für sie auch keine Zukunft denkbar, die nicht mit der Wirklichkeit von Tod und Getrenntheit kontaminiert war. Ohne ihren Rückzugsort, den sie als Insel inmitten einer ungerechten und rücksichtslosen Welt erlebte, erschien ihr das Leben sinnentleert und unerträglich. Sie konnte Besuche ihrer Kinder

kaum ertragen, da diese, wie sie selbst formulierte, von der »Vergangenheit in der Gegenwart«<sup>1</sup> sprachen, wenn sie den verstorbenen Vater erwähnten und die Mutter kritisierten, weil sie einen statischen, bewegungslosen Zustand aufrechterhielt.

Auch in der Übertragung erlebte Frau B. das Eindringen der Realität als so bedrohlich, dass immer wieder Suizidgedanken auftauchten, sobald sie mit Erfahrungen von Begrenzung und Verlust, mit Ärger oder mit Schuldgefühlen in Berührung kam. Der Tod erschien ihr dabei als Erlösung von ihren eigenen »bösen Gedanken« ebenso wie als ersehnter Zustand der Schmerz- und Gefühllosigkeit. Die enorme Destruktivität, die in der Negation alles Lebendigen lag, wurde dabei in eine romantische Todessehnsucht verkehrt. Diese Gedanken tauchten insbesondere dann auf, wenn sie sich mehr aus ihrem Rückzug hervorwagte und es ihr z. B. in der Gruppentherapie gelang, sich aus ihrer subtil anklagenden, unterwürfigen Haltung herauszubewegen und sich kritisch mit den Mitpatienten und Therapeuten auseinanderzusetzen. Dieser Therapiefortschritt, der ihr Selbstideal in Frage stellte, wurde von einer grausamen inneren Instanz durch massive Selbstwürfe bestraft. Oft gingen diese Angriffe mit einer Verstärkung ihrer Todeswünsche einher. Ähnliche Reaktionen tauchten auf, als sie sich emotional zunehmend auf die Therapie einlassen konnte und die nun auftauchenden Verlustängste eine Bedrohung ihres Ideals von Selbstgenügsamkeit und Härte gegen sich selbst bedeuteten.

## Biographie

Dieses Ideal hatte Frau B. schon früh in ihrem Leben errichtet. Im Kindesalter war sie mit ihren Eltern und Geschwistern aus ihrer osteuropäischen Heimat in eine süddeutsche Kleinstadt übersiedelt, in der sie aufgrund ihrer Herkunft und der ärmlichen Verhältnisse in ihrer Familie lange Zeit nicht heimisch werden konnte.

Während der Vater – ähnlich wie sie – ein zurückgezogenes und melancholisches Leben führte, empfand sie die Mutter häufig als streng, überfordert und strafend. Die gute Beziehung zum Vater, mit dem sie sich auch »ohne Worte« verstand, wurde immer wieder durch die Mutter getrübt, wenn diese ihm abends von ihren Verfehlungen berichtete, so dass er sie gegen seinen Willen bestrafen musste.

---

1 Dies ist interessanterweise der Titel einer Arbeit von Riesenberg-Malcolm (1986/1990).

Vieles deutete darauf hin, dass ihr in ihrer Kindheit kein aufnehmendes Objekt für ihre Ängste und Not, für ihre Wut und ihre Eifersucht gegenüber den jüngeren Geschwistern zur Verfügung gestanden hatte. So hatte sie sich zum Beispiel bei ihren häufigen Migräneattacken in einen kalten Keller zurück gezogen, in dem niemand ihr Weinen hören könnte. Bei ihren Eltern und Lehrern sei sie auf Unverständnis gestoßen, da man ihr vorwarf, sie würde mit ihren Kopfschmerzen unangenehmen Pflichten, wie z. B. dem Sportunterricht, aus dem Wege gehen.

Als sie gerade zwanzig Jahre alt war, lernte Frau B. ihren wesentlich älteren Mann kennen, den sie bewunderte und von dem sie bald nach der Heirat drei Töchter bekam. Zu diesen sei die Beziehung seit jeher schwierig gewesen. Mittlerweile seien die Kontakte von gegenseitigen Vorwürfen geprägt und zur jüngsten Tochter ganz abgebrochen. Diese sei an einer Essstörung erkrankt und werfe ihr vor, daran schuld zu sein, da sie ihr keine Liebe gegeben und wenig Zeit für sie gehabt habe.

## Behandlungsverlauf

Innerhalb der Einzeltherapie stellte sich rasch eine intensive und idealisierte Übertragung her, in der Frau B. darum bemüht war, all die eine ideale Beziehung störenden Aspekte auszuschließen. Sie ließ mich (E. H.) zunächst als Zuschauerin an ihrer imaginären Welt teilhaben, um mich im weiteren Verlauf in diese Welt einzubauen und in Besitz zu nehmen. Auf diese Weise stellte sie eine Enklave her (O'Shaughnessy, 1993/1998), in der sie auch an den Wochenenden und Abenden mit mir verbunden blieb und jede Differenz verleugnen konnte.

Obwohl sie die Therapie zeitweise als quälende »Ruhestörung« erlebte, protestierte sie nicht, sondern unterwarf sich dem, was sie für die Erwartungen ihrer Therapeutin hielt, woraus sie eine gewisse Befriedigung und Erregung zu ziehen schien. Da ärgerliche Gefühle gegenüber dieser idealisierten Beziehung eine Bedrohung bedeuteten, brach sie den Kontakt zu einer Mitpatientin ab, die sich kritisch über mich geäußert hatte. Deutungen, die ihre Abwehr vorsichtig in Frage stellten, formulierte sie um und versuchte mich mit einem milden Lächeln zu beruhigen: »Nein Frau Horn, Sie wären niemand, den ich verletzen würde, und auch ich könnte nie von Ihnen verletzt werden« – so ihre Worte, als ich ihre Warnung, sie könne sehr »wüst« werden, wenn

man sie bei ihren häufigen Migräneattacken nicht in Ruhe lasse, auf mich bezog.

An die Stelle eines wirklichen Gegenübers setzte sie ein ideales und lebloses Objekt, von dem sie – wie von ihren Marionetten – nicht enttäuscht werden konnte. Mit diesem Objekt verschmolz sie in einem Zustand des »Verstehens ohne Worte« – wie mit ihrem Mann, der ihr »von den Augen ablesen« konnte, was sie dachte und fühlte. Die ihr von mir zugefügten Enttäuschungen entschuldigte sie mit der Notwendigkeit, dass ich mich »einer höheren Instanz unterwerfen« müsse. Feindselige oder neidischen Impulse wurden abgespalten und in die anderen Mitglieder des Teams projiziert. So betrachtete sie es als Strafe, während meines Urlaubs von einem Kollegen vertreten zu werden, und beschwerte sich häufig über ihre Gruppentherapeutin, die sie als vorwurfsvoll und anklagend erlebte. Jede Abweichung von ihrem Wunsch nach völliger Übereinstimmung bedeutete eine tiefe Kränkung, auf die hin sie sich erneut in ihren Rückzug begab.

Durch die Starrheit mit der sie sich gegen die Realität absperrete, wirkte Frau B. zeitweise ähnlich undurchdringlich wie die eingeschweißten Kleider ihres Mannes oder wie der kalte Keller, in den sie sich in ihrer Kindheit zurückgezogen hatte. Still vor sich hin weinend oder verklärt aus dem Fenster blickend, entwickelte sich in den Stunden eine romantisierte und zugleich leblose Atmosphäre, in der Denken und damit die Möglichkeit, etwas von ihrer inneren Not mitzuteilen und aufzunehmen, nur schwer möglich schien. Sie klagte häufig über starke Kopfschmerzen, wirkte gequält, lächelte mich dabei aber immer wieder leidend und entschuldigend an. Bei Deutungen, die für sie schmerzliche Aspekte der Wirklichkeit, wie zum Beispiel den Tod ihres Mannes, betrafen, zuckte sie zusammen und antwortete, dass ihr Mann sie in Ruhe gelassen habe bei ihren häufigen Migräneattacken; nur hin und wieder habe er ihr einen Tee ans Bett gebracht.

In der Gegenübertragung machten sich Ohnmacht und Lähmung breit, da es kaum je gelang, sich aus der starren Idealisierung zu befreien, durch die jeder Versuch, einen echten Kontakt herzustellen, bald wieder in Bedeutungslosigkeit versank. Die Art und Weise, mit der sie ihr Gegenüber wie in einen Kokon einwickelte, schien dabei einen Versuch darzustellen, Getrenntheit aufzuheben und eine für sie schwer erträgliche Situation zu kontrollieren. Sie vermittelte mir, dass ich sie mit meinen Bemerkungen, wie mit einem Glas Tee, allenfalls beruhigen dürfe, da jeder unabhängige Gedanke wie eine Attacke erlebt wurde, die sie qualvoll zusammenzucken ließ.

Auf diese Weise entstand ein Gefühl, sie entweder zu quälen oder in ihre allgemeine Verklärung einzustimmen. Gelang es, diese Bewegungen zu beschreiben und mit der Atmosphäre in den Stunden in Verbindung zu bringen, konnte Frau B. vorübergehend einen inneren Raum für ihre Enttäuschung, ihre Verzweiflung und ihren Ärger gewinnen. Dann schien es, als könne sie ihre Projektionen zurücknehmen und einen Zugang zu Gefühlen von Trauer und Schuld finden. Sie nahm mehr Kontakt mit ihrer Umgebung auf und wirkte betroffen, als eine Mitpatientin sie auf ihre eigene Kälte und Zurückweisung hinwies. Allerdings waren diese Bewegungen begrenzt und wurden wieder zurückgenommen, wenn das psychische Gleichgewicht von Frau B. durch Verlusterfahrungen bedroht wurde. Eine solche Situation stellten das Ende der tagesklinischen Behandlung und der Übergang in eine ambulante Therapie dar, als sie sich mit der erotisch aufgeladenen Phantasie, sich zu ihrem Mann ins Grab zu legen, um im Tod mit ihm vereint zu sein, erneut in ihren früheren Rückzugszustand begab.

## Diskussion

Frau B. benutzte projektive Identifizierung in einer wenig flexiblen Weise, um die Kontrolle nicht aufzugeben und Erfahrungen von Getrenntheit aus dem Weg zu gehen. Sie zog sich in Phantasien einer zeitlosen Welt zurück, in der sie für immer mit ihren Objekten eingesperrt blieb und diese niemals loslassen musste. Dadurch konnte sie Trauer und Verlust vermeiden, brachte sich aber auch um diejenigen Erfahrungen, die das Leben und Leiden in der wirklichen Welt bieten.

Ihre Kommunikation schien zunächst darauf ausgerichtet, ihre Therapeutin in ihre unwirkliche Rückzugswelt einzuschließen – so wie sie die Kleider nach dem Tod ihres Mannes eingeschweißt hatte, um deren Geruch nicht zu verlieren. Zu diesem Zweck mussten alle Eigenschaften ausgeschlossen werden, welche die Idealisierung zu stören drohten. In mir ließ dies ein Gefühl von Lähmung und Ohnmacht zurück, so als wäre ich zu einer von Frau B.s Marionetten geworden.

Um diesen Zustand aufrechtzuerhalten, griff Frau B. auf komplexe Argumente und Spaltungen zurück. Dadurch gelang es ihr, Unbarmherzigkeit und Grausamkeit nach außen zu verlagern, während sie von Leiden und Sehnsucht erfüllt war. Im weiteren Verlauf deuteten sich kleine Bewegungen an, in denen sie aus ihrer Verbitterung auftauchte,



um sich der Wirklichkeit zu stellen und den Verlust ihres Mannes anzuerkennen. Wenn die damit einhergehenden Gefühle unerträglich wurden, zog sie sich jedoch erneut in ihre vertraute Todessehnsucht zurück.

## Fazit

In der vorliegenden Arbeit haben wir verschiedene Formen von projektiver Identifizierung bei einer psychotischen Patientin und bei einer Patientin mit Borderline-Persönlichkeitsorganisation beschrieben. Sie spiegelten sich in unterschiedlichen Gegenübertragungskonstellationen wider, welche oft nur atmosphärisch erfasst werden können, die aber für das Verständnis dessen, was sich »jenseits der Worte« abspielt, von entscheidender Bedeutung sind.

Beide Patientinnen benutzten projektive Identifizierung, um mit unerträglichen Ängsten umzugehen. Während dies bei Frau A. zum Aufbau einer Wahnwelt führte, in der sich die Kategorien von Raum und Zeit auflösten, stellte Frau B. einen zeitlosen Zustand her, in der eine grausame und erregende Beziehung endlos weiterging.

Die projektiven Identifizierungen von Frau A. waren massiv und zeigten sich in *konkreten* Bildern, in denen deutlich wurde, wie sie durch den Vorgang vorübergehend Teile ihres Selbst verlor. Ihre Projektionen erschienen jedoch nicht so festgefahren und konnten wieder zurückgenommen werden, wenn sich die Patientin verstanden fühlte. Das Motiv der projektiven Identifizierung schien darin zu bestehen, die Psyche von unerträglicher Erregung zu entlasten und die mit dem Erleben von Getrenntheit einhergehende Angst vor Fragmentierung aufzuheben.

Im Gegensatz dazu war die projektive Identifizierung von Frau B. eher *dauerhafter* Natur. Ihr gelang es auf diesem Weg, Trauer und Verlust zu umgehen und ihre Objekte für immer in ihren Rückzugszustand einzuschließen. Auf diese Weise erreichte sie Stabilität auf Kosten von Entwicklung und Veränderung. In der Gegenübertragung entstand ein Gefühl von Leblosigkeit und Kontrolle – so als wäre man »eingeschweißt« oder mit einer ihrer Marionetten identifiziert. Zugleich schien das Leiden von Frau B. auch mit einer gewissen Befriedigung einherzugehen, wobei sie aus ihrer Verbitterung narzisstische und masochistische Gratifikation bezog.

Obwohl bei Frau A. der Kontakt mit der Realität manchmal zu-

sammenbruch, schien ihre Situation insgesamt weniger blockiert. Sie konnte immer wieder ein Containment für ihre Verzweiflung finden und dadurch zu einem symbolischen Ausdruck für ihre Gefühle übergehen. Auch bei Frau B. waren kleine Bewegungen aus ihrer Rückzugsorganisation erkennbar. Allerdings führten diese zu einer sofortigen Rückkehr in den Ausgangszustand, wenn die damit verbundenen depressiven, aber auch destruktiven Gefühle für sie unerträglich wurden. Im Rahmen des zeitlich begrenzten tagesklinischen Settings konnte sie nur ansatzweise einen inneren Raum für die Erfahrung von Getrenntheit finden. Inwieweit sich diese Entwicklungen erweitern lassen, kann erst im Verlauf einer längerfristigen ambulanten Therapie entschieden werden.

## Literatur

- Bion, W. R. (1954). Notes on the theory of schizophrenia. *Int. J. Psycho-Anal.* 35, 113–118.
- Bion, W. R. (1957/1990). Zur Unterscheidung von psychotischen und nicht-psychotischen Persönlichkeiten. In: Spillius, E. B. (Hrsg.), *Melanie Klein heute. Entwicklungen in Theorie und Praxis*, Bd. 1: Beiträge zur Theorie (S. 75–99). München, Wien: Verlag Internationale Psychoanalyse.
- Bion, W. R. (1958). On hallucination. *Int. J. Psycho-Anal.* 39, 341–349.
- Bion, W. R. (1959). Angriffe auf Verbindungen. In: Spillius, E. B. (Hrsg.), *Melanie Klein heute. Entwicklungen in Theorie und Praxis*, Bd. 1: Beiträge zur Theorie (S. 110–129). München, Wien: Verlag Internationale Psychoanalyse.
- Bion, W. R. (1962/1990). Lernen durch Erfahrung. Frankfurt a. M.: Suhrkamp.
- Brenman Pick, I. (1985/1990). Durcharbeiten in der Gegenübertragung. In: Spillius, E. B. (Hrsg.), *Melanie Klein heute. Entwicklungen in Theorie und Praxis*, Bd. 2: Beiträge zur Theorie (S. 45–64). München, Wien: Verlag Internationale Psychoanalyse.
- Feldman, M. (1997). Projektive Identifizierung. Die Einbeziehung des Analytikers. *Psyche – Z. Psychoanal.* 53, 991–1019.
- Frank, C., Weiß, H. (2007). Projektive Identifizierung. Ein Schlüsselkonzept der psychoanalytischen Therapie. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Klein, M. (1946/2000). Bemerkungen über einige schizoide Mechanismen. *Gesammelte Schriften*, Bd. 3, S. 1–41.
- Money-Kyrle, R. (1956/2003). Normale Gegenübertragung und mögliche Abweichungen. In: Frank, C., Weiß, H. (Hrsg.), *Normale Gegenübertragung und mögliche Abweichungen. Zur Aktualität von R. Money-Kyrles Verständnis des Gegenübertragungsprozesses* (S. 19–36). Tübingen: edition diskord.