

Das Konzept der projektiven Identifizierung lehren

Ein interaktives didaktisches Modell

Catherine Schmidt-Löw-Beer & Wilfried Datler¹

1. Vorbemerkungen

In den letzten Jahrzehnten hat die Zahl der Veröffentlichungen, die sich mit dem Aspekt des Lehrens von Psychoanalyse befassen, deutlich zugenommen. Thematisiert wurden dabei

- Vor- und Nachteile der Institutionalisierung von psychoanalytischen Ausbildungsgängen (etwa durch Kernberg 1986, 1998),
- die Konzeption psychoanalytischer Curricula (etwa durch Trescher 1993a; Rustin 1999; Figdor 2000; Finger-Trescher, Krebs 2001; Jaeggi et al. 2003)
- oder Überlegungen zur Gestaltung und Bedeutung einzelner Aus- und Weiterbildungselemente (vgl. Simenauer 1984; Sternberg 2005; Rustin, Bradley 2008).

In diesem Kontext haben sich einige Autorinnen und Autoren besonders intensiv mit der Frage befasst, in welcher Weise das Verstehen des Zusammenspiels von Übertragung und Gegenübertragung im Sinn eines aktuellen Verständnisses von Psychoanalyse gelehrt werden kann (vgl. Salzberger-Wittenberg 1993; Stanton, Reason 1996).

In der Folge wird ein Modell vorgestellt, das von Beginn an in der Absicht entwickelt wurde, Interessierte bei der Entwicklung der Fähigkeit zu unterstützen, die innerpsychische und interaktionelle Dynamik von Menschen zu verstehen, die eine Borderline-Persönlichkeitsstörung ausgebildet haben (vgl. Kernberg 1986, 2001). In weiterer Folge bewährte sich dieses Modell generell in der Vermittlung von ausgewählten psychoanalytischen Begriffen, Konzepten und Theorien, zu denen insbesondere die folgenden zählen:

1 Das Seminarmodell, das im Zentrum dieses Artikels steht, wurde von Catherine Schmidt-Löw-Beer entwickelt und unter ihrer Leitung bereits mehrfach in unterschiedlichen institutionellen Kontexten angeboten. Wilfried Datler war in die Ausarbeitung der vorliegenden Textfassung und dabei insbesondere in die Einbettung der Darstellung des Seminarmodells in ausgewählte Diskussionen involviert, in denen die Vermittlung psychoanalytischer Kompetenzen in unterschiedlichen Kontexten thematisiert wird.

- das Konzept des potentiellen Raums (Ogden 1985, 1995, 203ff.);
- der Begriff der »zweiten Haut« (»second skin«) von Esther Bick (1968);
- das Konzept des Containings nach Bion (1962);
- der Begriff des Holdings nach Winnicott (1965, 56ff., 317);
- die Theorie der paranoid-schizoiden und depressiven Position in Anlehnung an Melanie Klein (Hinshelwood 1993, 199ff.)
- sowie ein einfaches Diagnoseschema.

Im Zentrum des Seminars steht allerdings die Vermittlung des Konzepts der projektiven Identifizierung. Da dieses Konzept – ebenso wie die oben genannten Begriffe, Konzepte und Theorien – nicht nur für die psychiatrische oder psychotherapeutische Arbeit von Relevanz ist (vgl. etwa Finger-Trescher 2000, 2006), kann das didaktische Modell, das hier vorgestellt wird, dazu dienen, Angehörigen unterschiedlicher psychosozialer Berufe erste Zugänge zur Besonderheit des psychoanalytischen Verstehens im Allgemeinen und zum Verstehen schwieriger Situationen im Besonderen zu eröffnen. In diesem Sinn wurde nach dem Seminarkonzept, das im Folgenden vorgestellt wird, im universitären wie außeruniversitären Kontext nicht nur mit (angehenden) Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten gearbeitet, sondern auch mit Personen, die in unterschiedlichen medizinischen oder pädagogischen Feldern tätig sind. Dabei ist freilich auf zwei Aspekte Bedacht zu nehmen:

(1.) Im Seminar wird der Anspruch verfolgt, Interessierten das Konzept der projektiven Identifizierung in Grundzügen nahezubringen. Solch ein Seminar kann den Besuch von Aus- und Weiterbildungen nicht ersetzen, in denen psychoanalytisches Denken und Arbeiten in umfassender Weise vermittelt wird.

(2.) In welcher Weise die Fähigkeit des psychoanalytischen Verstehens und Nachdenkens in einzelnen Berufsfeldern zum Tragen kommen kann, hängt von den berufsfeldspezifischen Qualifikationen der professionell tätigen Personen ab, darüber hinaus aber auch von weiteren Faktoren. Zu diesen zählen etwa die spezifischen beruflichen Aufgaben, die es zu erfüllen gilt, sowie die Besonderheiten der Personen, mit denen professionell gearbeitet wird, oder die institutionellen Rahmenbedingungen, die großen Einfluss auf die Handlungsspielräume der professionell Tätigen nehmen. Dass im Seminar auf das Arbeitsfeld von Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten Bezug genommen wird, hängt mit der beruflichen Tätigkeit der Autorin dieses Artikels sowie damit zusammen, dass die genuine Ausarbeitung des Konzepts der projektiven Identifizierung über weite Strecken aus der Analyse therapeutischer Situationen heraus erwachsen ist. Es bedarf weiterer Anstrengungen, um im Rahmen berufsfeldspezifischer Handlungstheorien die Relevanz verschiedener psychoanalytischer Konzepte zu beschreiben (vgl. Trescher 1993b) und gegebenenfalls darzustellen, in welcher Weise es dabei auch zur Modifikation oder Weiterentwicklung bestehender Konzepte kommt (vgl. Trescher, Finger-Trescher 1992). Der Besuch eines Seminars, in dem nach dem hier skizzierten Konzept gearbeitet wird, stellt für manche Angehörige verschiedener – auch pädagogischer – Berufsfelder allerdings oft einen ersten Anstoß zur Entwicklung der Fähigkeit dar, Bezüge zwischen ihren beruflichen

Alltagserfahrungen und psychoanalytischen Konzepten herzustellen und regt mitunter zu einer intensiveren Auseinandersetzung mit dem Überschneidungsbereich von Psychoanalyse und Pädagogik an².

Das Seminarmodell zeichnet sich durch eine Mischung von Lernen durch eigenes Erleben und dessen theoretischer Vertiefung unter Bezugnahme auf einen klinischen Fall aus, der im ersten Teil des Seminars von der Seminarleiterin Stück für Stück vorgestellt wird. Während des Seminarverlaufs wird in diesem Teil des Seminars versucht, die emotionalen Reaktionen der Teilnehmerinnen und Teilnehmer in den Prozess der Bearbeitung des Fallmaterials miteinzubeziehen, um so der Lerngruppe die Gelegenheit zu geben, psychoanalytische Theorien und Konzepte – zumindest ansatzweise – an sich zu erfahren und die Art, in der sie im Seminar eingeführt werden, aktiv mitzugestalten. Ein Rollenspiel eröffnet dabei spezielle Möglichkeiten, die eigenen Emotionen als Informationsquelle und als Arbeitsinstrument zu begreifen. Überdies werden Alternativen zu jenen Interventionen diskutiert, die im Zuge der Präsentation des Fallmaterials vorgestellt werden. Im zweiten Teil des Seminars rückt dann die Vorstellung des weiteren Fallverlaufs durch die Seminarleiterin stärker in den Vordergrund.

Im Folgenden wird in exemplarischer Absicht der Verlauf eines Seminars nachgezeichnet, das nach diesem Modell in Gestalt eines Blockseminars an der Universität Wien angeboten wurde und an dem Studierende teilnahmen, die im Regelfall zumindest eine Lehrveranstaltung zuvor besucht hatten, die in Psychoanalyse einführte. Es wird gezeigt, in welcher Weise im ersten Teil des Seminars schrittweise kleinste Fallsequenzen vorgestellt und dann mit dem weiter gearbeitet wird, was die präsentierten Fallsequenzen in der Gruppe auslösen. Die einzelnen Arbeitsschritte werden im Folgenden nummeriert und die Reaktionen der Seminarteilnehmerinnen und Seminarteilnehmer auf das präsentierte Fallmaterial durch Kursivsetzung markiert. Dieses stammt aus der Arbeit mit Herrn M., der die Autorin dieses Beitrags in ihrer Funktion als Mitarbeiterin der Universitätsklinik für Psychoanalyse und Psychotherapie der Medizinischen Universität Wien kontaktiert hatte.

2 Dies konnte die Autorin dieses Beitrags mehrfach beobachten, als sie an der Klinik für Psychoanalyse und Psychotherapie der medizinischen Fakultät der Universität Wien Seminare anbot, an denen zahlreiche Studierende der Erziehungswissenschaft teilnahmen. Dies wurde durch die damals institutionalisierte Kooperation zwischen der medizinischen Fakultät der Universität Wien und dem Institut für Erziehungswissenschaft der Universität Wien besonders begünstigt.

2. Der erste Teil des Seminarverlaufs

2.1 Arbeitsschritt 1: Die Besprechung des telefonischen Erstkontakts und ein erster Theorieexkurs

Im Seminar berichte ich (Catherine Schmidt-Löw-Beer)³ zunächst davon, auf welche Weise mich Herr M. kontaktierte:

Im meinem Zimmer in der Klinik läutet das Telefon. Ich hebe ab. Herr M. meldet sich und ersucht um einen Termin: »Ich möchte eine Psychotherapie bei Ihnen machen.«

Ich erzähle im Seminar, dass Patienten, die sich wegen Psychotherapie an der Klinik melden, von einer Sozialarbeiterin zu einem Erstgesprächstermin eingeteilt werden. Der Patient hat sich also nicht an die übliche Vorgangsweise gehalten, sondern mich direkt kontaktiert. Ich ersuche die Gruppe, sich an meine Stelle zu versetzen und ihre Assoziationen und Emotionen mitzuteilen. Die Einfälle der Gruppenmitglieder schreibe ich auf ein Flipchart. Dort steht unter anderem:

Ich fühle mich sehr unter Druck. - Ich bin geschmeichelt, dass er gerade zu mir will. - Grenzüberschreitend. - Verführerisch. - Kontrollierend. - Idealisierend. - Narzisstisch. - Bedürftig. - Aggressiv. - Hilflos.

An dieser Stelle erfolgt ein kleiner Theorieexkurs. Er dient dazu, diese Gefühle im Kontext des folgenden therapeutischen Prozesses verständlich zu machen. Ich umreiße unter Einbeziehung einer Skizze (Abbildung 1) den Vorgang, der im Sinn von Ogden (1985) zur Entwicklung von »psychischem Raum« führt. Dabei wird davon ausgegangen, dass sich ein Kind nach seiner Geburt in einer engen Beziehung zu seinen frühen Bezugspersonen befindet. Aus Gründen der Übersicht und aufgrund der Tatsache, dass überwiegend Mütter die meiste Zeit mit ihren neugeborenen Kindern verbringen, wird in diesem Zusammenhang von Mutter und Kind gesprochen:

Nach der Geburt, so wird erläutert, befindet sich das Kind in einer »Mutter-Kind-Einheit« (Winnicott 1974). Diese kann als Synthese von reifen, von der Mutter ausgehenden »seelischen Handlungen« und damit korrespondierenden primitiven Handlungsvorläufern des Säuglings begriffen werden. Wir nehmen in dieser Konstruktion an, dass es zwischen Säugling und Mutter keine »psychischen Grenzen« gibt. Etwa ab dem 4. Lebensmonat beginnt das Kind, diese Einheit ganz allmählich zu beobachten (vgl. Abbildung 1).

3 Um den Charakter des Berichts zu wahren, der von Catherine Schmidt-Löw-Beer verfasst wurde und den folgenden Kapiteln zugrunde liegt, werden die nächsten Abschnitte über weite Strecken in der Ich-Form verfasst. »Ich« steht dabei für die Autorin dieses Beitrags.

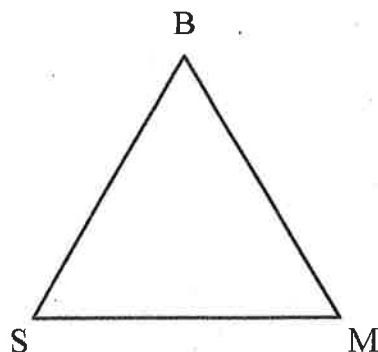


Abbildung 1

S = Säugling, M = Mutter, B = Beobachter

Dabei werden zwei für die weitere Entwicklung zentrale Elemente im Keim stärker wirksam, als sie sichtbar werden. Erstens beginnt das Kind, sich und die Mutter in seiner Wahrnehmung voneinander zu unterscheiden. Und dazu ist das Kind zweitens in der Lage, weil es sich erstmals in eine Position des Dritten begibt: in die Position eines Beobachters. Diese Position kann das Kind als solche zwar noch nicht bewusst wahrnehmen. Das Einnehmen dieser Position ist aber ungeheuer wirksam, weil das Kind nur aus dieser Position heraus beginnen kann, sich und die Mutter zugleich als miteinander verbunden und voneinander unterschieden zu erleben.

Im Seminar gehe ich auf das Konzept der präödpalen Triangulierung oder auf entwicklungspsychologische Theorien wie jene von Mahler u.a. (1975) oder Stern (1992) auf Anfrage näher ein. Bleiben entsprechende Nachfragen aus, belasse ich es bei knappen Hinweisen. Denn mit meinem Exkurs möchte ich vor allem hervorheben, dass der Beziehungsaspekt für die seelische Entwicklung von primärer Bedeutung ist und dass das Realisieren von Differenz Hand in Hand geht mit dem Aufkommen einer neuen Qualität des Erlebens von Verbundenheit. Der Nachhall dieses seelischen »Schöpfungsprozesses« ist lebenslang wahrnehmbar. Es entsteht die Grundstruktur eines psychischen Raumes, in dem alle kreativen Prozesse – wie etwa Spielen, Denken, Symbolisieren, Reflektieren, das Herstellen von Beziehungen, das Gelingen therapeutischer Prozesse – stattfinden. Ist dies – zumindest in Grundzügen – herausgearbeitet, kann ich wiederum auf den Erstkontakt mit Herrn M. zurückzukommen.

Ich erinnere an meinen Bericht über den Beginn des Telefonats sowie an die dadurch hervorgerufenen Reaktionen, die in der Seminargruppe entstanden waren. Ich erläutere, dass solch ein »psychischer Raum« im Augenblick des Telefonats sowohl beim Patienten als auch bei mir als Therapeutin nicht vorhanden gewesen sein dürfte: Dies führte zum Entstehen von Druck, was – den Reaktionen im Seminar zufolge – auch die Seminargruppe wahrgenommen hat.

Die Beobachtungen und Wahrnehmungen, welche die Gruppe in Zusammenhang mit der Darstellung des Beginns des Erstkontakts mit dem Patienten bei sich selbst machen konnten, werden sich im Folgenden als höchst relevant herausstellen und der Seminargruppe die eindrucksvolle Erfahrung sowie Erkenntnis vermitteln, dass sich eine genaue Analyse des allerersten Kontakts mit dem Patienten als sinnvoll und

hilfreich für das dynamische Verständnis des Falls erweist. Zunächst setze ich aber im Seminar mit meinem Bericht fort:

Vom Patienten überrollt, frage ich ihn, wie er überhaupt auf mich kommt, und sage ihm auch gleich, dass ich voraussichtlich keinen freien Therapieplatz habe, also zunächst nur Erstgespräche führe, um Patienten dann weiterzuvermitteln.

Als ich diese Passage referiere, fällt der Seminargruppe auf, dass ich nun versuche, für mich Distanz und psychischen Raum zu gewinnen. Ich setze meinen Bericht fort:

Ich erfahre von Herrn M., dass er schon bei mehreren Analytikern war, sich herumgeschickt fühlt (er klingt missmutig und gekränkt) und endlich eine Therapie möchte. Ich betone, dass ich verhindern möchte, dass er sich weiterhin herumgeschickt fühlt, und frage, ob es nicht klüger wäre, gleich einen Analytiker zu finden, der ihm einen Therapieplatz anbieten könne. Ich sage zu ihm: »Ich kann Ihre Sorge verstehen und ich spreche gerne mit Ihnen, aber es ist natürlich mit dem Risiko verbunden, dass Sie sich wieder weitergeschickt fühlen.« Herr M. lässt sich nicht abweisen, und schließlich gebe ich ihm einen Termin.

Als ich die Seminarteilnehmerinnen und Seminarteilnehmer wiederum nach ihren Eindrücken und Einfällen frage, äußern sie:

Der Patient zeigt der Therapeutin gegenüber Kränkung und Frustration. - Die Therapeutin bekommt Angst, dass der Patient sie verschlingen will, und versucht - zunächst unbewusst -, eine gewisse Distanz zu bekommen: »Nur« ein Erstgespräch - wie frustrierend für den Patienten. - Es wird unmöglich sein, ihm das zu geben, was er will; daher wird er auf jeden Fall frustriert sein. - Die Übertragungsbeziehung ist bereits sichtbar.

Wir besprechen im Seminar, dass der weitere Verlauf des kurzen Telefonats ebenso wie die Reaktionen der Seminargruppe darauf den Eindruck zu erhärten scheinen, dass während des Telefongesprächs sowohl die Therapeutin als auch der Patient viel Druck verspürten und wenig Raum zur Verfügung hatten, um dem Geschehen mit einer gewissen reflexiven Distanz zu begegnen. Ich erwähne, wie wichtig es ist, solche Telefonate möglichst kurz zu halten, um sich im Anschluss daran nochmals der Dynamik zuzuwenden, die sich in solch einer telefonischen Erstbegegnung ergibt.

2.2. Arbeitsschritt 2: Das Erstgespräch

Im Seminar berichte ich nun vom Erstgespräch:

Als Herr M. zum vereinbarten Termin kommt, erfahre ich, dass er 28 Jahre alt und Lehrer ist. Er ist groß, mittelschlank, trägt eine Brille und ist sportlich gekleidet. Im

Gespräch wirkt er etwas frustriert und verärgert. Er setzt mir eindringlich, aber ohne inhaltliche Details zu nennen, auseinander, wie dringend er eine Therapie bräuchte und wie sehr es ihm auf die Nerven gehe, seine Probleme immer wieder darlegen zu müssen. Eigentlich könne er das nur, wenn er zu jemandem Vertrauen fasse, aber wie solle er das tun, wenn er den Therapeuten nicht kenne. Er beklagt sich über seine bisherigen therapeutischen Erfahrungen. Er lacht etwas verlegen, als er erzählt: »Dr. S. war bereit, mich zu sehen. Als ich zum vierten Mal hinkam, schien er noch immer nicht zu wissen, wer ich bin. Er konnte sich offensichtlich nicht an mich erinnern, und erst, als er seine Karteikarte zur Hand nahm, gab er ein wissendes ›Aha‹ von sich.« Der Patient wirkt empört. »Da ging ich nicht mehr hin. Der andere fand, dass ich meinen Beruf als Widerstand verwende (weil ich behauptet habe, ich könne am Vormittag nicht kommen). Frau N., naja, gebracht hat es mir nichts, es kam mir ein bisschen wie ein Kaffeehaustratsch vor. Und Dozent L. ...«

Die Seminargruppe assoziiert dazu Folgendes:

Der Patient wandert von einem Therapeuten zum anderen. - Er scheint immer unzufrieden zu sein. - Die Wahrscheinlichkeit, dass er bei einem Therapeuten bleibt, ist gering. - Er setzt den Therapeuten unter großen Druck. - Die Therapeutin muss sich anstrengen, besser als die bisherigen Therapeuten zu sein. - Der Patient ist sehr misstrauisch, verführerisch – die Therapeutin soll besser sein als die zuvor kontaktierten. - Der Patient ist sehr bedürftig, enttäuscht, gekränkt und aggressiv.

Wir stellen im Seminar fest, dass der Patient auch zu Beginn des Erstgesprächs unter Druck stehen und über geringe Möglichkeiten verfügen dürfte, über sich und seine Anteile am Scheitern der bisherigen Therapieversuche nachzudenken. Ich setze meinen Bericht fort:

Die Zeit vergeht, ich habe noch keine Ahnung von Herrn M.s Problemen, sieht man davon ab, dass es für ihn ein Problem zu sein scheint, über seine Probleme zu sprechen. Ich sage, dass es ihm vielleicht schwer fällt, nach seiner bisherigen Unzufriedenheit mit Therapeuten auch mir von seinen Problemen zu erzählen. Er scheint sich oft unverstanden gefühlt zu haben. »Ja eben«, meint er, und ein schwacher Hoffnungsschimmer durchzuckt ihn.

Langsam erfahre ich, dass er sich sehr schlecht fühlt. Er sieht keine Perspektive im Leben und »das ist ja jetzt auch real«. Es gibt keine Aufstiegschancen in seinem Beruf, er weiß nicht, was er machen soll. Außerdem ist er schrecklich eifersüchtig. Er wohnt mit einem »Mädchen« zusammen, das er Dada nennt und heiraten möchte. Jedes Mal, wenn sie weggeht, quält ihn der Gedanke, sie könnte mit jemand anderem zusammen sein, obwohl sie ihm immer glaubwürdig den Tagesablauf in Minuten schildert.

Etwas später erfahre ich etwas mehr über diese Beziehung:

»Eigentlich ist sie furchtbar langweilig; wir machen nichts, jeder sitzt nur da und Dada lernt ununterbrochen. Nie gehen wir aus, nie treffen wir jemanden.« Die Beschreibung gleicht der eines alten Mannes, dessen Leben hoffnungslos fad und schon vorüber ist. Der Tag ist mit Arbeit, d.h. Pflicht, erfüllt, die noch tausend Mal der sonstigen totalen Langeweile vorzuziehen ist.

2.3 Arbeitsschritt 3: Die Einführung des Konzepts der »second skin formation« nach Esther Bick

An dieser Stelle überlege ich mit der Gruppe, wie sich diese Beziehung zur Freundin psychologisch verstehen lässt. Wir besprechen Esther Bicks (1968) Theorie, der zufolge ein Baby erst dann beginnt, seine äußeren Grenzen in Gestalt seiner Haut zu spüren, wenn es von der Mutter festgehalten wird und sich dabei auch in wohltuender Weise als gehalten erlebt. Dann erst kommt es zur Ausbildung eines inneren Raumes, in dem sich innere Prozesse entwickeln können. Dies stellt eine wesentliche Voraussetzung für die Entfaltung der Fähigkeit dar, körperliche Empfindungen (und somit auch Teile des eigenen Körpers), Gefühle oder Phantasien als zu sich gehörig zu erleben, was seinerseits wiederum eine Voraussetzung für die Entwicklung der Fähigkeit darstellt, bedrohliche Erlebnisinhalte als zu sich gehörig wahrzunehmen, innerpsychisch zu »verdauen« und zum Gegenstand des Nachdenkens zu machen.

Fehlt eine solche frühe »äußere Umrandung«, dann kann beim Säugling das Gefühl des Sich-Auflösens entstehen. Bick (1968) beschreibt, dass der Säugling in einem solchen Fall z.B. durch starke Muskelanspannung eine »zweite Haut« (second skin) bildet, die ihm eine gewisse Struktur verleiht, ihm aber bloß in notdürftiger Weise erlaubt, ein Gefühl von Zusammenhalt und Umschlossensein zu empfinden. Mit fortschreitendem Alter kann dies dazu führen, dass Menschen das Gefühl haben, innerlich leer zu sein, zu zerfließen oder ohne bestimmte Rituale und Objekterfahrungen nicht überleben zu können. Dies ist oft von massiven Ängsten, Kontrollwünschen oder der Tendenz begleitet, in sozialen Situationen schnell und inhaltslos dahinzureden.

Als ich vor diesem Hintergrund die Seminargruppe bitte, zur Beziehung zu assoziieren, die Herr M. zu seiner Freundin unterhält, fallen im Seminar folgende Bemerkungen:

Es handelt sich bei der beschriebenen Beziehung zwischen Dada und meinem Patienten wahrscheinlich um eine existenzielle Bedrohung des Patienten. - Eifersucht und Misstrauen: Hat Dada andere Beziehungen? - Die Freundin ist ein Teil von ihm, den er unter Kontrolle halten muss, ein Teil seiner Haut. - Es geht für ihn um Leben oder Tod: Ohne sie hat er Angst zu zerfließen. - Möglicherweise braucht er seine Freundin, um seine äußere Grenze aufrechtzuerhalten. Sie bildet eine Art »Stöpsel«, der verhindern soll, dass der Patient das Gefühl hat, sich aufzulösen.

Ich erläutere in einer späteren Phase des Seminars, dass sich in der Therapie viele Situationen ergaben, die diese Eindrücke stützten. In diesem Zusammenhang ist auch bedeutsam, wie Herr M. die Beziehung zu seiner Therapeutin beschrieb: »Sie sind mein Anker, ohne Sie fühle ich mich wie ein kleines Boot auf hoher See. Ich habe immer Angst unterzugehen und mich aufzulösen.«

2.4 Arbeitsschritt 4: Fortsetzung des Fallberichts

Ich setze im Seminar den Fallbericht fort:

»An meine Kindheit kann ich mich kaum erinnern«, wehrt Herr M. trocken ab und beginnt dennoch zu erzählen. Er scheint sich niemals wohlgeföhlt zu haben. Er ist der Sohn eines Volksschuldirektors und einer Hausfrau. Seine Familie lebt am Land einige Stunden von Wien entfernt. Der Vater wird als ewig nörgelnd und unzufrieden beschrieben, die Mutter als schwach und dem Vater gegenüber unterwürfig, ihm jeden Wunsch erfüllend. Mit seinem um zwei Jahre jüngeren Bruder gab es besonders als Kind große Raufereien; so groß, dass der Patient von seinen Eltern, als er zwölf Jahre alt war, in ein Internat geschickt wurde. Vorher war er in einer Hauptschule, da man ihm das Gymnasium nicht zutraute. Zum Glück war er in den unteren Klassen des Internats ein ausgezeichnete Schüler.

Über seine Beziehung zu Mädchen sagt er: »Ich könnte nie ein Mädchen aufreißen, sie muss mich ansprechen.« Und er setzt fort: »Aber wie geht das jetzt mit mir weiter? Ich möchte auch lernen, meine Aggressionen auszudrücken. Alle finden mich so lieb und sanft, wie so ein Bubi«, sagt er mit leicht spöttischer Stimme.

Ich halte ihn zunächst für eine klassische Analyse ungeeignet und sage ihm, dass ich in sechs Wochen wissen werde, ob ich zwei Stunden für ihn frei habe. In diesem Augenblick erfahre ich, dass er eigentlich die Möglichkeit hätte, eine vierstündige Analyse bei einer Psychoanalytikerin zu machen, der er allerdings nicht vertraut. Sie habe ihn schon beim ersten Gespräch nicht verstanden. Außerdem sei ihm vier Mal in der Woche zu viel, es wäre vielleicht gut, aber vielleicht doch nicht. Er fürchte sich auch vor der Couch. Außerdem müsse er noch viele Weiterbildungsseminare ablegen und müsste sowieso dauernd absagen. Aber ich müsse schnell entscheiden, ob er bei mir beginnen könne, denn er wolle ja der anderen Analytikerin nicht vorschnell absagen und Gefahr laufen, weder den einen noch den anderen Therapieplatz zu bekommen.

Ich frage die Seminarteilnehmerinnen und Seminarteilnehmer, wie sie sich fühlen, wenn sie sich in die Position von Herrn M. oder in meine Position versetzen, und was sie an meiner Stelle jetzt gesagt hätten:

Einige Gruppenmitglieder sagen, dass sie sich hineingelegt und unter Druck gesetzt geföhlt hätten. - Andere Gruppenmitglieder vermuten, dass Herr M. Angst hat, von mir zurückgewiesen zu werden. Vielleicht hat er auch das Gefühl, in seinem Leben nichts ändern zu können: Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft sind für ihn gleich. - Es

kommen viele Vorschläge, wie man mit dieser Situation umgehen könne und dass es naheliegender wäre, sie als Ausdruck einer tiefen inneren unbewussten Aggression zu verstehen.

Ich greife die Bemerkungen der Gruppe auf:

Tatsächlich fühlte ich mich hineingelegt und unter Druck gesetzt. Am Ende der Stunde sage ich ihm, dass er selbst entscheiden muss, was er will und welches Risiko er eingehen möchte. Ich sage: »Ich habe den Eindruck, dass Sie mir sagen wollen, dass Sie sich vor einer Psychotherapie sehr fürchten. Daher ist es für Sie wichtig, die Kontrolle über mich zu haben.« Ich sage ihm auch, dass ich verstehe, dass er, der ja von zu Hause in ein Internat weggeschickt wurde, Angst davor hat, auch von mir weggeschickt zu werden. Einerseits hat er den Wunsch nach einer Therapie, aber andererseits fürchtet er sich davor, auch von mir enttäuscht zu werden. Noch in dieser Stunde entschließt er sich, zu mir zu kommen, falls ich Zeit habe.

2.5 Arbeitsschritt 5: Ein einfaches Diagnoseschema wird vorgestellt

Ich spreche im Seminar darüber, wie wichtig es ist, an dieser Stelle des Arbeitsprozesses zu entscheiden, in welchem Setting mit welcher Stundenfrequenz gearbeitet werden soll und wie eng die Entscheidung darüber mit einer gut begründeten diagnostischen Einschätzung zu verknüpfen ist. In Anlehnung an Kernbergs Auffassung, dass neurotische Strukturniveaus, Borderline-Strukturniveaus und psychotische Strukturniveaus unter Bezugnahme auf die drei Dimensionen »Identität«, »Abwehr« und »Realitätsprüfung« voneinander unterschieden werden können (vgl. Kernberg 1992, 2001), führe ich eine geringfügige Modifikation dieses Diagnoseschemas ein. Ich erläutere, dass sich die Persönlichkeitsorganisation von neurotisch erkrankten Menschen durch Ängste auszeichnet, die auf einen begrenzten Ausschnitt ihrer Lebenswelt bezogen sind (also z.B. darauf, bestimmte Leistungen nicht erbringen zu können), während Menschen, die an Borderline-Störungen oder Psychosen leiden, mit Ängsten zu kämpfen haben, in denen es – ihrem Erleben zufolge – in umfassender Weise um Leben und Tod geht. Ich führe aus, wie die Aussage zu verstehen ist, dass bei neurotisch erkrankten Menschen vor allem »reife Abwehrmechanismen« zu finden sind, während Menschen, die an Borderline-Störungen oder Psychosen leiden, auf so genannte unreife oder »primitive Abwehrmechanismen« zurückgreifen müssen. Schließlich führe ich aus, was unter dem Aspekt der »Realitätsprüfung« in Sinne Kernbergs (ebd.) zu verstehen ist. Ich erläutere, in welcher Weise unter diesem Aspekt nach gravierenden Formen des Realitätsverlusts gesucht und eventuell nach Halluzinationen oder Wahnvorstellungen gefragt wird, wie sie vor allem für psychotisch erkrankte Menschen charakteristisch sind. Dies führt zur Präsentation des folgenden Diagnoseschemas:

	Neurose	Borderline-Persönlichkeitsstörung	Psychose
Ängste	Auf begrenzte Lebensbereiche bezogene Ängste, z.B.: - Leistungsversagensängste - Kastrationsangst - Verletzungsängste	Vernichtungsängste und existenzielle Ängste	
Abwehrmechanismen	Reife Abwehrmechanismen: - Verdrängung - Projektion - Identifikation mit dem Aggressor - Intellektualisierung - Verkehrung ins Gegenteil - Ungeschehen machen etc.	Primitive Abwehrmechanismen: - Spaltung - Projektive Identifizierung - Idealisierung - Entwertung - Verleugnung	
Realitätsprüfung	vorhanden	vorhanden	nicht vorhanden

Abbildung 2: Diagnoseschema

Als ich die Seminargruppe frage, wie sie die Persönlichkeitsstruktur von Herrn M. einschätzt und wie sie eine entsprechende Einschätzung begründet⁴, sind sich die Seminarteilnehmerinnen und Seminarteilnehmer schnell darin einig, dass Herr M. keine unmittelbaren Hinweise auf das Vorhandensein psychotischer Zustände zeigt. Bezüglich der Frage, ob Herr M. an neurotischen Symptomen oder an einer Borderline-Störung leidet, wird hingegen kontrovers diskutiert. Die meisten Seminarteilnehmerinnen und Seminarteilnehmer teilen zwar die Auffassung, dass die Ängste, mit denen Herr M. zu kämpfen hat, nicht bloß auf begrenzte Lebensbereiche bezogen sind und durchaus der Kategorie der »existenziellen Ängste« zugeordnet werden können – was für eine Persönlichkeitsorganisation auf Borderline-Niveau spräche. In

⁴ An dieser Stelle des Seminars neigen Seminargruppen mitunter dazu, aus der Art der Seminarankündigung, manchen bereits gefallenem Zwischenbemerkungen oder dem Wissen um die Arbeitsschwerpunkte der Seminarleiterin dazu, sich in emphatischer Weise für die Einschätzung »Borderline-Persönlichkeitsorganisation« auszusprechen. Deshalb ist es besonders wichtig, der Seminargruppe abzuverlangen, erste diagnostische Einschätzungen unter Bezugnahme auf das bislang präsentierte kasuistische Material und das vorgestellte Diagnoseschema zu begründen – auch wenn dies für die Seminargruppe in diesem frühen Stadium des Erwerbs psychoanalytischer Kompetenz zumeist eine erhebliche Herausforderung darstellt.

der Diskussion der Frage, ob Herr M. eher unreife oder doch eher reifere Abwehraktivitäten setze, macht sich allerdings Unsicherheit breit.

Letzteres ist nicht überraschend, da das fallbezogene Nachdenken über unbewusste Abwehr im Regelfall ein höheres Maß an psychoanalytischem Verständnis voraussetzt. Ich mache daher der Seminargruppe den Vorschlag, Ausschnitte aus dem weiteren Therapieverlauf vorzustellen und zu besprechen, um dann etwas später nochmals auf den Aspekt der unbewussten Abwehr zurückzukommen.

2.6 Arbeitsschritt 6: Der Bericht über die erste Phase der therapeutischen Arbeit und ein Rollenspiel

Ich erzähle zunächst, weshalb ich Herrn M. – entgegen meiner Ankündigung, ihn weiterschicken zu müssen – doch in Therapie genommen habe und welche Reflexionen mich dabei begleiteten:

Ich berichte, dass ich es für wichtig erachtete, Herrn M. die Möglichkeit zu geben, die Serie abgebrochener und frühzeitig beendeter Therapien mit jemandem zu stoppen. In mir war weiters der Eindruck entstanden, dass ihm dies mit mir gelingen könnte, da er mir vermittelte, sich von mir verstanden zu fühlen. Dies hing auch damit zusammen, dass manche biographischen Berichte, auf die ich hier nicht näher eingehen kann, auf psychodynamische Muster verwiesen, die sein Immer-davonlaufen-Müssen erklärbar machten.

Dass ich mit ihm zu arbeiten beginnen wollte, hing allerdings auch mit dem teilweise unbewussten Impuls zusammen, zeigen zu wollen, dass ich »die Beste« aller Therapeutinnen und Therapeuten wäre und eine Therapie nur bei mir gelingen würde. In diesem Sinn war ich von der Vorstellung verführt, ihn retten zu können, ja retten zu müssen, und dass Herr M. nach seinen bislang gemachten therapeutischen Erfahrungen auch nur zu mir kommen würde.

In dieser Situation war mir allerdings auch klar, dass diese Gedanken, Gefühle und Phantasien den Ausdruck einer starken Selbstidealisierung meinerseits darstellten und im Dienst der Abwehr meiner Gefühle der Unsicherheit und der Ungewissheit standen. Würden diese Gedanken, Gefühle und Phantasien unreflektiert weiterbestehen, würde dies einen erfolgreichen Verlauf der Therapie behindern, da es mir dann unmöglich wäre, die Auseinandersetzung mit meinen beunruhigenden Gegenübertragungsreaktionen zu nutzen, um die tieferliegenden bedrohlichen Erlebnisinhalte zu verstehen, die Herrn M. bedrängten. Ich musste mich auch vom Druck befreien, den Patienten unter allen Umständen in der Therapie behalten zu müssen. Nur die Freiheit, eine Therapie verlassen zu können, gibt Patientinnen und Patienten die Freiheit, in einer Therapie bleiben zu können. Aus diesem Grund, so erläutere ich im Seminar, hatte ich auch nicht versucht, Herrn M. nach den ersten Gesprächen dazu zu bewegen, eine Therapie bei mir zu beginnen, sondern es dabei belassen, ihm die Möglichkeit zu eröffnen, sich selbst für oder gegen eine Therapie bei mir zu entscheiden.

Diesem Bericht füge ich einige knappe Bemerkungen hinzu, welche die erste Phase der therapeutischen Arbeit betreffen:

In den ersten Stunden hatte Herr M. das Gefühl, es gehe ihm schon etwas besser: Ich hätte für ihn Zeit gefunden und würde ihm helfen. Das Material, das er brachte, beschränkte sich allerdings auf Klagen über seine Unfähigkeit, etwas Produktives zu leisten. Nach einigen Stunden begann er zunehmend darüber zu klagen, dass sich in seinem Leben nichts verändere.

Ich stoppe an dieser Stelle den Bericht, wende mich der Seminargruppe zu und beginne mit einem Rollenspiel. Ich sage zur Gruppe: »Sie sind jetzt alle Therapeutinnen und Therapeuten. Ich bin der Patient.« Daraufhin entwickelt sich ein Dialog der folgenden Art:

Patient: »Ich komme jetzt schon seit eineinhalb Jahren zu Ihnen. Mir geht es viel schlechter als zuvor. Es gelingt mir gar nichts.« *Patient schweigt und schaut in die Runde. Dann räuspert er sich und sagt mit frustrierter Stimme:* »Sie sitzen ja nur da und schweigen. Sagen Sie doch etwas, sonst gehe ich gleich! Ich weiß überhaupt nicht mehr, warum ich hierher komme. Ich hätte schon längst gehen sollen.«

Therapeut 1: »Wie kann ich Ihnen helfen?«

Patient: »Das fragen Sie mich? Sie sind doch die Therapeutin, Sie müssen doch wissen, wie Sie mir helfen können. Sind Sie nicht dafür zuständig?«

Therapeut 1 *zieht sich hilflos zurück.*

Therapeut 2: »Ich habe den Eindruck, es geht Ihnen schlecht.«

Patient: »Das sage ich Ihnen sowieso schon die ganze Zeit. Das, was Sie mir sagen, hilft mir gar nicht, ich kann mit dem nichts anfangen. Ich fühle mich von Ihnen überhaupt nicht verstanden.«

Therapeut 2 *zieht sich hilflos zurück.*

Therapeut 3: »Ich habe den Eindruck, Sie wollen heute nicht mit mir sprechen.«

Patient *sehr verärgert:* »Hören Sie zu, ich komme seit eineinhalb Jahren regelmäßig zu Ihnen, ich habe nie eine Stunde versäumt und komme immer pünktlich. Oder? Aber es hat sich nichts in meinem Leben verändert. Sagen Sie mir doch, was ich tun soll, ich bin bereit, alles zu tun, was Sie mir sagen, aber sagen Sie es mir doch!«

Therapeut 4: »Sie fühlen sich im Augenblick von mir gar nicht verstanden.«

Patient *erleichtert:* »Ja, das stimmt.«

Therapeut 4 *hat Hoffnung geschöpft:* »Und Sie haben das Gefühl, dass sich in Ihrem Leben nichts verändert.«

Patient (*wieder sehr verärgert*): »Das sage ich Ihnen ja schon die ganze Zeit ..., und Sie sind offenbar unfähig, es zu verändern ...«

Therapeut 4 *seufzt und gibt auf.*

Nachdem der Dialog in dieser Weise eine Zeit lang verlaufen ist, und als sich im Seminar in spürbarer Weise Ratlosigkeit breit macht, beende ich nach etwa 20 Minuten das Rollenspiel.

2.7 Arbeitsschritt 7: Die Einführung des Konzepts der projektiven Identifizierung und eine nochmalige Diskussion der diagnostischen Einschätzung

Ich frage nun die »Therapeuten«, was sie während des Gesprächs verspürt haben und welche Gefühle das Gespräch bei ihnen ausgelöst hat. Die Antworten werden stichwortartig auf einem Flipchart festgehalten.

Anschließend ersuche ich die Gruppenmitglieder, sich daran zu erinnern, was der »Patient« zum Ausdruck gebracht hat, und gemeinsam darüber nachzudenken, was er innerhalb und außerhalb der Therapiestunden zurzeit wohl empfinden dürfte. Auch das wird auf das Flipchart geschrieben. Auf diesem ist letztlich zu lesen (Abbildung 3):

Therapeutin	Patient
hilflos hoffnungslos Druck ohnmächtig Ärger ratlos verwirrt inkompetent Erschöpfung Traurigkeit Denkhemmung kein Raum »ausgesaugt« innere Leere Gefühl, kontrolliert zu werden diffuse Ängste Lähmung Handlungsunfähigkeit Sinnlosigkeit Kontrollverlust Wunsch, aufzugeben Gefühl, gequält zu werden, mit dem Verlangen, den »Patienten« zurechtzuweisen, sich zu wehren, mit Gegenvorwürfen zu reagieren, die den Patienten emotional treffen (sado-masochistisch)	hilflos hoffnungslos Druck ohnmächtig wütend ratlos verwirrt abhängig Kontrolle Triumph leer kein Raum verloren Neid im Stich gelassen werden verächtlich Gefühl, keine Hilfe zu bekommen ausgeliefert sein unsicher Gefühl, hingehalten zu werden, mit dem Verlangen, der »Therapeutin« die Wut darüber spüren zu lassen, sie spüren zu lassen, wie furchtbar ihr Versagen ist (sado-masochistisch)

Abbildung 3: Inhalte der Reflexion des Rollenspiels

Bereits im Lauf des Sammelns der einzelnen Bemerkungen der Gruppenmitglieder bildet sich im Seminar eine gewisse Überraschung darüber aus, dass sich die Gefühle, welche die Patienten und Therapeuten in solchen Situationen empfinden, oft sehr ähnlich sein könnten. Ich bestätige dies und merke an, dass das, was im Seminar unter Bezugnahme auf das Rollenspiel erarbeitet wurde, über weite Strecken auch den Gefühlen und Gedanken entspricht, die ich in der therapeutischen Arbeit mit Herrn M. verspürte. Ich ergänze, dass es überdies gute Gründe für die Annahme gibt, dass sich damals auch Herr M. häufig so fühlte, wie es von den Seminarmitgliedern beschrieben wurde.

Dies erlaubt mir, die Frage aufzuwerfen, wie dieses Phänomen des ähnlichen Empfindens von Patienten und Therapeuten verstanden werden kann, und ich füge hinzu, dass ich selbst keine Antwort auf diese Fragen hatte, als ich Herrn M. gegenüber saß. Ich erzähle der Seminargruppe, dass ich Herrn M. als junge Therapeutin in einer Zeit kennenlernte, als viele Konzepte, die heute gelehrt werden, noch verhältnismäßig jung waren und in Österreich kaum diskutiert wurden. Ich fühlte mich daher in den Stunden mit Herrn M. häufig verwirrt, unter Druck gesetzt und ratlos. Dann stieß ich wie zufällig auf Ogdens (1979) Schrift, in der ein Konzept namens »projektive Identifizierung« vorgestellt wurde, das mir bis dahin völlig unbekannt war. Ich gewann sehr schnell den Eindruck, dass mir dieses Konzept neue Dimensionen des Verstehens der schwierigen Beziehungsdynamik eröffnen könnte, die sich zwischen mir und Herrn M. ergeben hatte, und begann mich mit diesem Konzept intensiver zu beschäftigen (vgl. Schmidt-Löw-Beer 1987).

An dieser Stelle des Seminars skizziere ich das Konzept der projektiven Identifizierung. Ich erwähne, dass dieser Begriff auf Melanie Klein (1946) zurückgeht, ich mich im Folgenden allerdings vornehmlich an den Ausführungen Ogdens (1979)⁵ orientiere, demzufolge unbewusste Prozesse der projektiven Identifizierung drei Phasen umfassen:

1. Die projizierende Person (Baby, Patient) verspürt unbewusst ein unerträgliches Gefühl sowie das Verlangen, dieses Gefühl zu lindern sowie vom Bereich des bewusst Wahrnehmbaren fernzuhalten. Sie folgt diesem Verlangen, indem sie versucht, dieses Gefühl bei einer anderen Person unterzubringen (bzw. in eine andere Person hineinzuverlegen). Im Versuch, diese Wunschphantasie zu

⁵ Um im Seminar nicht zu große Verwirrung zu erzeugen, würdige ich nur mit einer kurzen Bemerkung den Umstand, dass in der Fachliteratur die Begriffe der »projektiven Identifizierung« und der »projektiven Identifikation« verwendet werden, was nicht zuletzt damit zusammenhängt, dass die englischsprachige Bezeichnung »projective identification« beide Übersetzungsvarianten erlaubt. Weiters erwähne ich, dass in Fachpublikationen verschiedene Konkretisierungen dieses Konzepts zu finden sind, die sich im Detail in manchen Punkten unterscheiden. Interessenten empfehle ich den von Joseph Sandler (1987) herausgegebenen Sammelband zu diesem Thema und betone, dass sich Ogdens (1979) Beschreibung von »projektiver Identifizierung« durch ein hohes Maß an Präzision auszeichnet.

realisieren, werden diese Gefühle zunächst auf eine andere Person (Mutter, Therapeutin) projiziert und somit dieser Person zugeschrieben.

2. Die projizierende Person übt auf die andere Person Druck aus, sich mit den Gefühlen, die auf sie projiziert werden, auch zu identifizieren und sich somit so zu fühlen, wie es den Inhalten der Projektion entspricht. Dies hat zur Folge, dass z.B. Patienten Gefühle der Wut nicht nur auf Therapeuten projizieren, sondern sich in Therapiestunden auch so verhalten, dass Therapeuten dann selbst Wut verspüren. Dies ermöglicht es der projizierenden Person, an der Person, die sich nun mit diesen Projektionen identifiziert, das zu steuern und zu kontrollieren, was die projizierende Person bei sich selbst kaum steuern und kontrollieren kann.
3. Falls es dem Empfänger der Projektionen (Mutter, Therapeutin) gelingt, diese innerpsychisch so zu verarbeiten, dass in einer verständnisvollen Weise reagiert werden kann, vermittelt dies der projizierenden Person (Baby, Patient) neue Erfahrungen, die von ihr reinternalisiert werden können. Die projizierende Person (Baby, Patient) lernt auf solche Weise, dass die Gefühle, die für sie zunächst unerträglich sind, durch »Verdauen und Aushalten« erträglich werden können. Kommt es jedoch dazu, dass eine Therapeutin nicht nur Wut über ihren Patienten verspürt, sondern diese nicht verarbeitet und auch zeigt, stärkt dies die Einschätzung des Patienten, dass er beständig an Personen gerät, für die er unerträglich ist und die ihm folglich auch nicht weiterhelfen können.

Im Seminar wird nun versucht, dieses Konzept der projektiven Identifizierung auf das präsentierte kasuistische Material aus der Arbeit mit Herrn M. zu beziehen und nachzuvollziehen, in welcher Weise das Aufkommen der Gefühle der Therapeutin, die auf dem erarbeiteten Flipchartpapier festgehalten wurden, das Ergebnis von Prozessen der projektiven Identifizierung darstellen könnten. Vor diesem Hintergrund wenden wir uns nochmals der Frage der diagnostischen Einschätzung der Persönlichkeitsstruktur von Herrn M. zu. Die meisten Seminarteilnehmerinnen und Seminarteilnehmer können am Beispiel der Unterscheidung zwischen »Projektion« und »projektiver Identifizierung« nun besser begreifen, was unter »primitiven Abwehrmechanismen« zu verstehen ist und können auch der Überlegung folgen, dass bei Herrn M. mit großer Wahrscheinlichkeit eine Persönlichkeitsorganisation auf Borderline-Niveau anzunehmen ist – sofern die Überlegungen zum Thema »projektive Identifizierung« zutreffend sind, die im Seminar angestellt wurden.

2.8 Arbeitsschritt 8: Bezüge zu den Konzepten »holding« und »containment« werden hergestellt

Im Seminar vertiefte ich den Gedanken, dass es laut Ogden (1979) oft nur dann zu einem psychischen und strukturellen Wachstum kommen kann, wenn die Person, auf die projiziert wird, in der Lage ist, die intensiven Gefühle, die auf sie projiziert werden, so in sich aufzunehmen, dass sie innerpsychisch »verdaut« und für ein tieferes Verstehen der projizierenden Person genutzt werden können. Die Person, welche die

Projektionen empfangen hat, so wird ergänzt, ist nun in der Lage, der projizierenden Person die Erfahrung des Verstandenwerdens zu eröffnen.

In Anknüpfung daran wird nun erläutert, dass weitere psychoanalytische Konzepte ähnliche Vorgänge beschreiben. In diesem Zusammenhang wird gezeigt, in welcher Weise Bion (1962) zur Erfassung dieser Prozesse die Begriffe »container-contained« in die Fachdiskussion eingeführt hat. Weiters wird ausgeführt, in welcher enger Weise gelingende Prozesse von Containment mit der Erfahrung verbunden sind, im Sinne Winnicots (1974) Halt zu geben und Halt zu erfahren⁶. In diesem Zusammenhang wird im Seminar auf hilfreiche Erfahrungen Bezug genommen, die Kleinkinder mit ihren engsten Bezugspersonen benötigen, aber auch dargestellt, wie vor diesem Theorieliteraturhintergrund präzisiert werden kann, worin die Aufgabe von psychoanalytisch arbeitenden Therapeutinnen und Therapeuten bestehen. Damit leite ich zum zweiten Teil des Seminars über.

3. Der zweite Teil des Seminarverlaufs

Im Zentrum des zweiten Teils des Seminars steht die Darstellung des weiteren Verlaufs der therapeutischen Arbeit. Ich lade die Seminargruppe dazu ein, meine Ausführungen jederzeit mit Kommentaren zu ergänzen oder zu vertiefen. Ich ermutige die Gruppe überdies, die Relevanz ihrer Einfälle und Kommentare einzuschätzen, die sie im ersten Teil des Seminars zum präsentierten Fallmaterial von sich gegeben haben, und Überlegungen darüber anzustellen, in welcher Hinsicht Seminarteilnehmerinnen und Seminarteilnehmer mit ihren Kommentaren richtig oder falsch lagen. Um den Umfang der Darstellung des Seminarverlaufs in Grenzen zu halten, wird im Folgenden vor allem das Fallmaterial umrissen, das im Seminar präsentiert wird, ehe im 4. Kapitel dieser Aspekt nochmals im Hinblick auf die Zielsetzung des Seminars thematisiert wird.

3.1 Der weitere Verlauf des Therapiebeginns

Ich berichte der Seminargruppe zunächst nochmals ausführlicher, in welcher Weise sich Herr M. knapp nach Therapiebeginn über den – aus seiner Sicht unzulänglichen – Fortgang der Therapie beklagt:

»Sie sitzen nur da und schweigen, anstatt mir Ratschläge zu geben. Mir wird klar, dass Sie sich gar nicht für mich interessieren. Sie haben zwar abends zwei Stunden für mich angehängt, aber wenn ich wegen einem meiner Seminare absagen muss, gibt es keinen Ersatztermin. Eigentlich wären vier Mal pro Woche besser gewesen, obwohl so, wie das jetzt läuft, ist es sinnlos, überhaupt noch zu kommen. Es geht mir schlecht, noch

⁶ An dieser Stelle lohnt es sich, Interessierten Ogdens (2004) Arbeit über »holding und containing« zu empfehlen.

viel schlechter als vorher, und Sie sitzen nur da und schweigen, oder eigentlich sagen Sie schon etwas, aber was Sie sagen, hilft mir nicht.«

Diese Klagen und Kritiken an mir als Therapeutin werden abgelöst durch eine griesgrämige Beschreibung der Arbeitssituation, in der alle gemein und unfähig seien. Die Beziehung zu seiner Freundin sei tödlich langweilig. Dann folgen Vorwürfe an mich, ich rate ihm nicht, sich von ihr zu trennen, wie das ein anderer Analytiker sehr wohl gemacht habe. Was ich mache, bringe ihm rein gar nichts, dabei komme er doch regelmäßig und pünktlich zu seinen Stunden.

Ich erläutere der Seminargruppe, dass diese Stunden für mich äußerst anstrengend sind. Er provoziert mich, aktiver zu sein, aber alles, was ich sage, wird von ihm gleich als das in dieser Situation Falsche entwertet. Ich fühle mich sehr hilflos. Überdies gehe ich nochmals darauf ein, wie sehr meine anfänglichen Gefühle und Wünsche – nämlich zeigen zu wollen, dass ich es schaffen kann, so einen Patienten überhaupt zu halten – den Fortgang der Analyse erschwert hätten. Ich hätte mich nun unter großem Druck gefühlt, ihn nicht verlieren zu wollen. Erst die Befreiung von diesen Gefühlen und Wünschen (in Verbindung mit dem Trost, dass mir Einiges erspart bliebe, wenn er ginge) haben den Druck verringert, den er auf mich ausübt.

Ich führe weiters im Seminar aus, dass mir in dieser Phase der therapeutischen Arbeit auch andere Gefühle bewusst werden, vor allem der enorme Ärger, den Herr M. in mir hervorruft. Im Wissen darum, in welcher Weise seine Beziehung zu seiner Freundin inzwischen zu Ende gegangen ist, deute ich ihm, dass er mich so lange böse machen möchte, bis ich ihn hinausschmeiße, so wie er das bei seinen Freundinnen und in seinen bisherigen Therapien gemacht hat.

Der Patient hört nur einen Aspekt meiner Deutung. »Sie sind böse? Dann sind Sie ja ein Mensch«, sagt er befriedigt. Der Charakter der Stunden ändert sich, er fühlt sich vorübergehend besser, ich erfahre Einiges aus seinem Leben. Das Thema des wachsenden Vertrauens zu mir spielt eine immer größer werdende Rolle, wo er doch »ein so misstrauischer Mensch« sei.

3.2 Die Erhöhung des Stundenfrequenz

Anschließend berichte ich im Seminar, dass ich gemeinsam mit Herrn M. nach einigen Überlegungen entschieden habe, die zweistündige psychoanalytische Psychotherapie in eine vierstündige Analyse umzuwandeln. Ich gehe im Seminar darauf ein, dass daraufhin seine Ängste wieder steigen. Er berichtet, dass es für ihn schwierig sei, mich nicht zu sehen. Sein Leben bestehe hauptsächlich aus der Analyse und seiner Arbeit.

Nachdem er anfänglich gehofft hat, jetzt werde sich doch endlich was tun – und es tut sich auch Einiges (er beginnt zu lesen, setzt sich in der Schule durch) –, verfällt er wieder in eine tiefe Depression. Ich berichte den folgenden Ausschnitt aus der therapeutischen Arbeit etwas ausführlicher:

Herr M. erzählt, dass es ihm besser gehe: Am Vortag habe er am Nachmittag studiert, und es sei sogar interessant gewesen.

In der Stunde darauf berichtet Herr M., dass es ihm furchtbar schlecht gehe. Er fühle sich wie gelähmt. In seiner tiefen Hoffnungslosigkeit macht er sich Vorwürfe, die ich (im Sinne Gills 1982) als Anspielung auf die abgewehrten Übertragungsgefühle auffasse. Da mir aber mein Beitrag zu seinem Stimmungsumschwung nicht verständlich ist, frage ich den Patienten, ob ich ihm in der vergangenen Stunde einen Anlass gegeben hätte, auf mich böse zu sein. Zögernd fällt ihm ein, dass er einer Bemerkung von mir entnommen habe, dass ich ihm nichts zutraue. Er sei demnach ohnehin ein hoffnungsloser Fall, der immer wieder zurückfallen werde. In der Stunde wird deutlich, dass er seine Wut aus Angst, mich zu verlieren, nicht äußern konnte. Sein einziges Objekt, das ihm zurzeit eine überlebenswichtige Stütze ist, darf nicht zerstört werden, sodass er seine Aggression gegen sich selbst richten muss.

3.3 Der therapeutische Prozess führt keineswegs dazu, dass es dem Patienten kontinuierlich besser geht

Ich berichte den Seminarteilnehmerinnen und Seminarteilnehmern, dass es Herrn M. in den folgenden Wochen gelingt, seine Hilflosigkeit und in Ansätzen auch seinen Ärger zum Ausdruck zu bringen. Trotzdem bekomme ich den Eindruck, dass der therapeutische Prozess zum Stillstand gekommen ist, und ich gehe im Seminar darauf ein, weshalb Veränderungen in therapeutischen Prozessen sehr oft viel Zeit in Anspruch nehmen und im Regelfall davon begleitet sind, dass sich das Befinden von Patientinnen und Patienten phasenweise verbessert und dann wiederum phasenweise verschlechtert.

An dieser Stelle bringe ich im Seminar ein detaillierteres Beispiel von den anstrengenden Stunden, die für die Arbeit mit Herrn M. charakteristisch sind, um in Verbindung damit nochmals auf den Prozess der projektiven Identifizierung eingehen zu können. Ich beginne, indem ich zusammenfassend die Klagen referiere, die Herr M. wiederum verstärkt äußert:

»Es geht mir so schlecht wie noch nie. Ich fühle mich alleine. Früher hatte ich wenigstens noch ein Mädchen, aber mit der Analyse ist alles noch schlechter geworden. Jetzt komme ich schon 90 Stunden her, und es hat sich nichts geändert. Ich bekomme keine Ratschläge, spüre kein Vertrauen und habe nicht das Gefühl, dass Sie sich für mich interessieren. Ich denke mir immer öfter, dass es das Beste wäre, mich umzubringen, aber ich habe einfach keine Energie, um damit ernst zu machen.«

Herr M. erzählt, dass er viel Alkohol trinke und keine Menschen treffe. Und er setzt fort:

»Was soll's, es hat alles keinen Sinn. Soll ich vielleicht weitere fünf Jahre herkommen und warten, ob sich etwas tut? Eigentlich sollte ich mit der Analyse aufhören, es kostet

nur Zeit und Geld. Auf das käme es mir ja nicht an, wenn nicht alles so sinnlos wäre. Die Therapie bei Ihnen war meine letzte Hoffnung – naja, ich darf eben nicht hoffen und mich nicht auf die Analyse verlassen. Es war mein Fehler, auf etwas zu hoffen und mich auf jemanden zu verlassen, denn letztlich muss ich es selbst schaffen. Aber wie? Soll ich die zehnte oder 14. oder 50. Stunde wiederholen? Es ist sowieso egal, die Stunden sind ohnehin alle gleich – alle gleich sinnlos.«

An dieser Stelle gehe ich im Seminar einmal mehr auf meine starken Gegenübertragungsgefühle ein. Ich berichte, dass ich mich jedes Mal erleichtert fühle und mich freue, wenn es Herrn M. besser geht. Obwohl ich Rückfälle erwartet habe, sind nun die Stunden, in denen es Herrn M. schlecht geht, besonders quälend. Oft liegt er da und schweigt minutenlang. Wenn ich mich entschließe, sein Schweigen zu unterbrechen, werde ich mit Bemerkungen wie »Das gibt mir nichts.« zurückgewiesen. Alles, was ich sage, wird entwertet, und doch scheint es so, als ob eine schlechte Beziehung für ihn noch immer besser sei als gar keine.

Ich erzähle überdies, wie müde, hilflos, mutlos und böse ich mich oft fühle und meinen Ärger mitunter – zumindest unterschwellig – zum Ausdruck bringe: Ich ertappe mich in dieser Phase der Therapie einige Male dabei, dass ich mit Herrn M. in einen vorwurfsvollen Clinch gerate, obgleich ich mich immer wieder bemühe, genau das zu vermeiden. Ich bemerke zusehends, wie schwierig es in diesen Situationen für mich ist, darüber nachzudenken, was in Herrn M. vorgeht. Nach einiger Zeit beginne ich allerdings zu verstehen, dass es Herrn M. immer wieder gelingt, seine Angst vor dem Entdecken von noch tiefer liegenden Gefühlen bei mir unterzubringen und mich in emotionale Zustände zu versetzen, in denen es mir unmöglich ist, Herrn M.s unbewusste Gefühle und deren Einfluss auf den therapeutischen Prozess eingehender zu verstehen. An dieser Stelle erinnere ich im Seminar an das Konzept der projektiven Identifizierung und erläutere, dass Herr M. mich allem Anschein nach dazu gebracht hat, mich unbewusst mit jenen Seiten seiner inneren Welt zu identifizieren, die zwar vordergründig zum Verspüren von heftigen Emotionen der Unzufriedenheit führen, gerade auf diese Weise aber ein Weiterkommen im Verstehen seiner inneren Welt verhindern. Damit versuche ich auch deutlich zu machen, was mich veranlasst, zu Herrn M. zu sagen:

»Ist Ihnen klar, wie stark Sie sind? Sie machen mich ganz hilflos, indem Sie alles, was ich sage, abwerten. So brauchen Sie keine Angst davor zu haben, dass Sie die Analyse beeinflusst. Sie schalten mich und die Analyse damit einfach aus, so große Angst haben Sie, auf Ihre tieferliegenden Gefühle draufzukommen.«

Nach dieser Deutung kommt es zur sofortigen Änderung seines Affekts. Er staunt ganz freundlich: »Das ist ja ganz grotesk!«

In den nächsten Stunden wird deutlich, welche starken Gefühle der Abhängigkeit Herr M. der Analyse (und somit mir) entgegenbringt und welche unrealistischen Größenwünsche er in sich trägt. Er spricht davon, wie unendlich wichtig ihm die Analyse ist und wie sehr er sich wünscht, gleich ganz hier bleiben zu können.

Zugleich wird deutlich, wie stark der Wunsch nach unendlicher Zuwendung von mir und aller Welt für Herrn M. ist. In der nächsten Stunde erzählt er von seinen Allmachtsphantasien: Er möchte der Größte und Beste sein, Popsänger oder Professor, und alle sollen ihn bewundern.

3.4 Einige Bemerkungen zum weiteren Therapieverlauf

In den nächsten Stunden, so setze ich meinen Bericht fort, zeigt sich, dass das Vertrauen, das Herr M. mir entgegenbringt, wächst. Er berichtet, dass er drei Wochen lang sehr depressiv gewesen sei. Es sei ihm so schlecht gegangen, dass er das Gefühl gehabt habe, von einem inneren Dämon beherrscht zu sein. Er erzählt, wie böse er auf mich gewesen sei, da ich nicht in der Lage gewesen sei, mich zu ändern, obwohl er diesbezüglich alles versucht habe. Trotz all seiner Bemühungen habe ich die Stunden weiterhin »zack nach 50 Minuten beendet« und sei »ganz korrekt« geblieben.

Ich erläutere im Seminar, dass Herr M. in bewusster Weise gegen mein Verhalten angekämpft hat, unbewusst genau dies aber vermutlich als ein Verhalten erlebt hat, das ihm Halt und Sicherheit gegeben hat, da er erfahren konnte, dass ich innerhalb des vereinbarten Rahmens für ihn unabhängig von all dem, was er mir erzählt und zeigt, verfügbar bin und verfügbar bleibe. Hätte ich mich nach seinen Wünschen verändert, hätte ihn dies vermutlich verängstigt, und er wäre davongelaufen. Überdies berichte ich im Seminar, dass Herr M. auch meine Deutung (vgl. Kapitel 3.3) kommentiert und in Anspielung auf meine Bemerkung, er mache mich hilflos, gemeint habe: »Sie waren da, ich habe das Gefühl gehabt, ich kann Sie doch ein bisschen beeinflussen, das war irgendwie beruhigend.«

Zusammenfassend berichte ich den Seminarteilnehmerinnen und Seminarteilnehmern, dass es in den darauf folgenden Wochen zu einer deutlichen Veränderung im Verhalten des Patienten mir gegenüber, in seinem Verhalten in der Schule und in seinem subjektiven Erleben kommt. Die Grundstimmung des starren, passiven Klagens und der Nörgerei wird von einem freundlichen Affekt sowie davon abgelöst, dass er sich genau darüber immer wieder wundert. Seine Besserung, die er lebendig erlebt, wird der Analyse zugeschrieben. Er fühlt sich zufriedener, isst nicht mehr so maßlos in sich hinein, betreibt Sport, nimmt dabei erfolgreich ab, liest ab und zu und trifft sich mit Freunden. Überdies erzählt er, dass er ein Mädchen kennengelernt hat, das sehr schön ist. Aber nach dem Motto der Marx Brothers »*I don't want to belong to any club that will accept me as a member.*« findet er, das Mädchen müsse »einen Huscher⁷ haben, sonst würde ja gerade ich ihr nicht gefallen«. In der Arbeit traut er sich kompetenter aufzutreten, und er wird erstmalig vom Direktor seiner Schule und einzelnen Kollegen anerkannt und gelobt.

⁷ Es handelt sich hierbei um eine umgangssprachliche Formulierung, die bedeutet, es müsse einen Dachschaden haben und könne nicht voll zurechnungsfähig sein.

3.5 Vertiefende Bemerkungen zur diagnostischen Einschätzung, zum Umgang mit Gegenübertragungsreaktionen und zur Deutung der projektiven Identifizierung

Abschließend komme ich im Seminar nochmals auf die diagnostische Einschätzung der Persönlichkeitsstruktur von Herrn M. zurück und erläutere, weshalb ich meine, dass er zu Beginn der Therapie über eine narzisstische Persönlichkeitsstörung auf Borderline-Niveau mit starken sado-masochistischen Zügen verfügt hat (vgl. Kernberg 2001, 51). In diesem Zusammenhang zeichne ich nochmals die verschiedenen Prozesse der projektiven Identifizierung nach, in die ich während des therapeutischen Prozesses involviert worden bin.

In diesem Zusammenhang erinnere ich auch an Bions Containment-Konzept und erläutere abschließend nochmals, in welcher Weise das Verstehen der Prozesse der projektiven Identifizierung auf Seiten der Therapeutin zu therapeutischen Beziehungserfahrungen führten, deren Reinternalisierung durch Herrn M. strukturelles Wachstum ermöglichten. In Ergänzung dazu mache ich darauf aufmerksam, dass es entscheidend ist, die Gegenübertragungsgefühle nicht bloß als irgendeine Folge seiner Stimmung zu begreifen, sondern als Erfolg seiner unbewussten Wünsche und Strategien, in bestimmter Weise auf mich Einfluss zu nehmen.

Da manche Seminarteilnehmerinnen und Seminarteilnehmer meinten, dass ich in den besagten Stunden dem Patienten mitteilen hätte können, dass ich mich aufgrund seiner Klagen hilflos und wütend fühlte, greife ich auch diesen technischen Aspekt auf. Ich erläutere, dass diese Art der Mitteilung meiner Gegenübertragungsgefühle vermutlich seiner unbewussten Angst Nahrung gegeben hätte, mich durch seine Gefühle zerstören zu können. Darüber hinaus wäre solch eine Äußerung meinerseits ab einem gewissen Zeitpunkt auch gar nicht ganz ehrlich gewesen, da sich mit der Zunahme meines Verständnisses der emotionalen Lage des Patienten auch meine Stimmung ihm gegenüber zu ändern begonnen hatte. Aus all diesen Gründen erachtete ich es als sinnvoll, ihm zu deuten, dass er mit einem gewissen Erfolg Einfluss auf mich nimmt, dass es mir dabei aber auch möglich ist, mir über die Bedeutung dieser Bemühungen Gedanken zu machen und sie auszusprechen. Indem der Patient merkt, dass er innerhalb einer stabilen therapeutischen Beziehung emotional wirkungsvoll ist, erhält er das Gefühl einer getrennten Existenz: »Ich bin da, ich existiere mit Wünschen und Strebungen, die auf Seiten eines anderen auf eine Form von emotionaler Resonanz stoßen, die nicht bedrohlich ist, sondern Wachstum ermöglicht.« Diese freundliche Art der Aufnahme seiner emotionalen Signale ermöglicht es ihm, seine Abwehr zu lindern. Ich betone im Seminar, dass sich der Analytiker in solch einer Situation auf einem schmalen Grad bewegt: Man muss einerseits das Verlangen, die aufgebürdete emotionale Last abzuschütteln, ausschlagen; denn sie anzunehmen hieße ja, den Patienten um die entscheidende emotionale Erfahrung zu bringen, innerhalb der therapeutischen Beziehung zu erfahren, wie man mit starken Gefühlen anders umgehen kann, als sie abzuschieben und abzuwehren. Andererseits darf der Analytiker seine emotionale Betroffenheit nicht leugnen und so tun, als würde er emotionslos

verstehen, was der Patient mit untauglichen Mitteln am emotional unerreichbaren Objekt zu manipulieren versucht; denn dies hieße, den Patienten in die Hölle der Beziehungslosigkeit zurückzustoßen, in der er sich bewusst ohnehin wähnt. Vielmehr gilt es, die mir »zugeschickten« Gefühle, die sowohl seine als auch meine sind, als solche zu begreifen und möglichst gelassen zu verarbeiten. Aus dieser Perspektive, so erläutere ich, stellen Aggressionen, Ängste, Wünsche und Phantasien, die in ihrer zwischenmenschlichen Bedeutung und Berechtigung verstanden werden, weder einen beeinträchtigenden noch einen zu verleugnenden Persönlichkeitsanteil dar. Im Gegenteil, das Verleugnen dieser Persönlichkeitsanteile würde keinen Möglichkeitsraum eröffnen, sondern ginge mit einem Verlust an Lebendigkeit, mit dem Verhindern eines tiefgehenden Verstehens unbewusster Prozesse und somit auch mit dem Verunmöglichen von Wachstum einher.

Diese Ausführungen wecken das Interesse der Studierenden an weiteren Aspekten, welche die Deutung von Prozessen der projektiven Identifizierung betreffen. Dies veranlasst mich, auf Diskussionen hinzuweisen, die in der jüngeren Fachliteratur zu finden sind:

- Ich betone, wie viele Autoren sich mit diesem Thema beschäftigt haben und verweise z.B. auf die Arbeit von Kernberg et al. (1989), in der primitive Objektbeziehungen bei Patienten mit einer Persönlichkeitsstörung auf Borderline-Niveau beschrieben werden und darauf eingegangen wird, dass sich zwischen Therapeuten und Patienten immer wieder unterschiedliche Beziehungsdynamiken – wie etwa die zwischen hilflosem Kind versus sadistischem Vater – entwickeln, die sich oft umkehren oder in anderer Weise schnell verändern. Ich erläutere die Ausführungen der Autoren, denen zufolge es vom Patienten oft als sehr hilfreich erlebt wird, wenn es Therapeuten gelingt, Patienten diese »Qualität« der Interaktion bewusst zu machen.
- Ich führe weiters in Anlehnung an Joseph (1989) aus, wie wichtig es ist, in Zusammenhang mit dem »Containen« der Gefühle von Patienten manchmal zu sagen: »Sie erwarten, dass ich jetzt böse bin.« Patienten können auf diese Weise erfahren, dass sie von Therapeuten, so wie sie sind, ertragen werden, ohne dass Therapeuten auf sie böse sind.
- Ich verweise knapp auf Steiner (1993), der beschreibt, dass es bei Borderline-Patienten in bestimmten Situationen angebracht ist, so genannte »Analytikerzentrierte Deutungen« – wie etwa »*Sie erleben mich als einen strengen kritischen Lehrer.*« – zu geben.
- Zum Schluss erzähle ich der Seminargruppe, weshalb ich Patienten in schwierigen Situationen oft sage, dass sie mich fühlen lassen und mir auch zeigen, wie unerträglich es ist, sich so hoffnungslos, hilflos und ohnmächtig zu fühlen, und wie schwierig es für sie ist, dies auszuhalten.

4. Rückblick und Ausblick

Im Seminar wird aus mehreren Gründen relativ ausführlich auf die umrissenen Phasen der therapeutischen Arbeit mit Herrn M. sowie auf die damit verbundenen technischen Herausforderungen eingegangen. Ein wesentlicher Grund dafür besteht darin, dass das Seminar auch für Personen konzipiert ist, die erst am Beginn ihrer Auseinandersetzung mit Psychoanalyse stehen und die noch keine Praktika absolvieren, um die dort gemachten Erfahrungen im Rahmen einer supervisorischen Begleitung kontinuierlich zu reflektieren. Eben deshalb ist es wichtig, Seminarteilnehmerinnen und Seminarteilnehmern adäquate Vorstellungen davon zu vermitteln, was es bedeutet, über erste Einblicke in Psychoanalyse zu verfügen, und in welcher Weise sich davon die Kompetenz unterscheidet, mit psychoanalytischem Anspruch auch tatsächlich professionell arbeiten zu können. Wie schwierig ein solches Arbeiten ist, wird den Seminarmitgliedern zumeist spätestens dann deutlich, wenn im Seminar die diagnostische Einschätzung von Patienten diskutiert wird, und erfährt nochmals eine erhebliche Vertiefung, wenn Studierende mit den dynamischen Prozessen in Kontakt kommen, in die Therapeutinnen und Therapeuten in ihrer Arbeit tagtäglich verstrickt werden und die in der Fallschilderung auch besonders fokussiert werden. Vor diesem Hintergrund wird Seminarteilnehmerinnen und Seminarteilnehmern besonders nachvollziehbar, weshalb eine fundierte psychoanalytische Aus- und Weiterbildung eine unabdingbare Voraussetzung für professionelles psychoanalytisches Arbeiten darstellt.

Aus dieser Perspektive liegt es auch nahe, Seminare anzubieten, in denen – ähnlich wie im hier skizzierten Seminar – in psychoanalytische Grundgedanken und Konzepte eingeführt, in weiterer Folge aber nicht nur auf *eine* besondere Form des psychoanalytischen Arbeitens eingegangen wird. Berichte über den herausfordernden Umgang mit Kindern, Jugendlichen oder Erwachsenen in unterschiedlichen Kontexten wie Psychotherapie, Schule, Beratung oder Jugendhilfe könnten dann nicht nur im Hinblick auf die Ausarbeitung kontextspezifischer psychoanalytischer Handlungstheorien (vgl. Trescher 1993b), sondern auch im Hinblick auf die Frage diskutiert werden, in welcher Weise bereits existierende oder noch zu konzipierende psychoanalytische Aus- und Weiterbildungsgänge den Besonderheiten der jeweiligen Arbeitsfelder gerecht werden und in welcher Hinsicht es noch entsprechender Curricula – oder einschlägiger Spezifizierungen innerhalb bestehender Curricula – bedarf.

Literatur

- Bick, E. (1968): Das Hauterleben in frühen Objektbeziehungen. In: Bott Spillius, E. (Hrsg.): Melanie Klein Heute. Bd. 1: Beiträge zur Theorie. Verlag Internationale Psychoanalyse: Stuttgart, 1990, 236-240 (Wiederabgedruckt in: Diem-Wille, G., Turner, A. (Hrsg.) (2009): Einblicke in die Tiefe. Die Methode der psychoanalytischen Säuglingsbeobachtung und ihre Anwendung. Klett-Cotta: Stuttgart, 37-40)
- Bion, W. (1962): Lernen aus Erfahrung. Suhrkamp: Frankfurt/M., 1992

- Figdor, H. (2000): Psychoanalytische Erziehungsberatung. Der Ausbildungslehrgang. APP-Schriftenreihe Bd. 3, Wien
- Finger-Trescher, U. (2000): Trauma und Re-Inszenierung in professionellen Erziehungsverhältnissen. In: Finger-Trescher, U., Krebs, H. (Hrsg.): Misshandlung, Vernachlässigung und sexuelle Gewalt in Erziehungsverhältnissen. Psychosozial-Verlag: Gießen, 123-138
- Finger-Trescher, U. (2006): Nicht-Wissen, Ent-Fremdung und Sinn-Konstruktion in der psychoanalytisch-pädagogischen Beratung traumatisierter Kinder. In: Eggert-Schmid Noerr, A., Pforr, U., Voss-Davies, H. (Hrsg.): Lernen, Lernstörungen und die pädagogische Beziehung. Psychosozial-Verlag: Gießen, 144-161
- Finger-Trescher, U., Krebs, H. (2001): Pädagogische Qualifikation auf psychoanalytischer Grundlage. In: Sozial Extra. Zeitschrift für Soziale Arbeit 25 (Heft 9), 47-51
- Gill, M. (1982): Analysis of Transference (Vol. 1, Vol. 2). International Universities Press: Boston
- Hinshelwood, R. (1993): Wörterbuch der kleinianischen Psychoanalyse. Verlag Internationale Psychoanalyse: Stuttgart
- Jaeggi, E., Gödde, G., Hegener, W. et al. (Hrsg.) (2003): Tiefenpsychologie lehren – Tiefenpsychologie lernen. Klett-Cotta: Stuttgart
- Joseph, B. (1987): Projective Identification – some clinical aspects. In: Bott Spillius, E. (Ed.): Melanie Klein today. Vol. 1. Routledge: London, 1988, 138-150
- Kernberg, O.F. (1986): Institutional Problems of Psychoanalytic Education. In: Journal of the American psychoanalytic Association 34 (Heft 4), 799-834
- Kernberg, O.F. (1992): Schwere Persönlichkeitsstörungen. Klett-Cotta: Stuttgart, 1996
- Kernberg, O.F. (1998): Zerstörung der Psychoanalyse im Ausbildungssystem. In: Psyche – Z psychoanal 52 (Heft 3), 199-213
- Kernberg, O.F. (2001): Borderline-Persönlichkeitsorganisation und Klassifikation der Persönlichkeitsstörungen. In: Kernberg, O., Dulz, B., Sachsse, U. (Hrsg.): Handbuch der Borderline-Störungen. Schattauer: Stuttgart u.a., 45-56
- Kernberg, O.F., Selzer, M.A., Koenigsberg, H.W. et al. (1989): The Early Phase: Coalescing Part Self and Part Object Representations. In: Kernberg, O.F., Selzer, M.A., Koenigsberg, H.W. et al.: Psychodynamic Psychotherapy of Borderline Patients. Basic Books: New York, 91-120
- Klein, M. (1946): Notes on some schizoid mechanisms. In: The Writings of Melanie Klein. Vol. 3. Hogarth Press: London, 1975, 1-24
- Ogden, T. (1979): On Projective Identification. In: International Journal of Psychoanalysis 60, 357-373 (In deutscher Sprache erschien der Artikel 1988 unter dem Titel »Die projektive Identifikation« In: Forum Psa. 4, 1-21)
- Ogden, T. (1985): On potential space. In: International Journal of Psychoanalysis 66 (Heft 2), 129-141
- Ogden, T. (1995): Frühe Formen des Erlebens. Springer: Wien u.a.
- Ogden, T. (2004). On Holding and Containing: Being and Dreaming. In: International Journal of Psychoanalysis 85 (Heft 6), 1349-1364

- Mahler, M., Bergmann, A., Pine, F. (1975): Die psychische Geburt des Menschen. Fischer: Frankfurt/M.
- Rustin, M. (1999): The Training of Child Psychotherapists at the Tavistock Clinic: Philosophy and Practice. In: *Psychoanalytic Inquiry* 19, 125-141
- Rustin, M., Bradley, J. (2008) (Eds.): *Work Discussion. Learning from Reflective Practice in Work with Children and Families*. Karnac: London
- Salzberger-Wittenberg, I. (1993): Die emotionale Bedeutung des Lehrens und Lernens. In: *Jahrbuch für Psychoanalytische Pädagogik* 5, 43-53
- Sandler, J. (Ed.) (1987): *Projection, Identification, Projectiv Identification*. Karnac: London
- Schmidt-Löw-Beer, C. (1987): Die Handhabung einer projektiven Identifizierung in einer Analyse. In: Springer-Kremser, M., Ekstein, R. (Hrsg.): *Wahrnehmung, Phantasie, Wirklichkeit*. Deuticke: Wien, 28-41
- Simenauer, E. (1984): Aktuelle Probleme der Lehranalyse. In: *Psyche – Z psychoanal* 38 (Heft 4), 289-306
- Stanton, M., Reason, D. (Eds.) (1996): *Teaching Transference*. Rebus Press: London
- Steiner, J. (1993): Problems of Psychoanalytic Technique: Patient Centered and Analyst Centered Interpretations. In: Steiner, J.: *Psychic Retreats*. Routledge: London, 131-146
- Stern, D. (1992): *Die Lebenserfahrung des Säuglings*. Klett-Cotta: Stuttgart
- Sternberg, J. (2005): *Infant Observation on the Heart of Training*. Karnac: London
- Trescher, H.-G. (1993a): Postgraduale Weiterbildung in Psychoanalytischer Pädagogik. Konzept und Erfahrungen mit einem dreijährigen Weiterbildungslehrgang. In: *Jahrbuch für Psychoanalytische Pädagogik* 5, 14-28
- Trescher, H.-G. (1993b): Handlungstheoretische Aspekte der Psychoanalytischen Pädagogik. In: Muck, M., Trescher, H.-G. (Hrsg.): *Grundlagen der Psychoanalytischen Pädagogik*. Grünewald: Mainz, 167-201
- Trescher, H.-G., Finger-Trescher, U. (1992): Setting und Holding-Function. Über den Zusammenhang von äußerer Struktur und innerer Strukturbildung. In: Finger-Trescher, U., Trescher, H.-G. (Hrsg.): *Aggression und Wachstum*. Grünewald: Mainz, 90-116
- Winnicott, D.W. (1965): *Reifungsprozesse und fördernde Umwelt*. Kindler: München, 1974
- Winnicott, D.W. (1974): *Vom Spiel zur Kreativität*. Klett-Cotta: Stuttgart, 2006