

## Theorie und Praxis – Bausteine professioneller Identität<sup>1</sup>

In diesem Vortrag möchte ich versuchen aufzuzeigen, wie in meiner persönlichen beruflichen Entwicklung meine gelernte Theorie in meiner Praxis immer wieder an Grenzen stieß, wie ich über neue Theorien immer wieder ein Stück weit mehr verstehen konnte und wie sich aus verschiedenen Theorien mein eigener theoretischer Hintergrund zusammensetzte, aus dem ich versuche zu verstehen, was in der analytischen Beziehung zwischen mir und dem Kind oder Jugendlichen vor sich geht. Das möchte ich mit zwei Fallvignetten aus einer Kinderanalyse und aus einer Jugendlichenanalyse illustrieren.

Ich weiß, dass das eine anspruchsvolle Aufgabe ist, und ich weiß nicht, ob es mir gelingt, diese Aufgabe zu bewältigen. Zumal sich wohl schon andere, und zwar sehr berühmte Analytiker die Zähne daran ausgebissen zu haben scheinen. So stellte, wie Ferenczi und Rank berichten, Professor Freud auf dem Berliner Psychoanalytischen Kongress 1922 das „Verhältnis der analytischen Technik zur analytischen Theorie“ zum Thema einer Preisarbeit, die untersuchen sollte, „inwiefern die Technik die Theorie beeinflusst hat und inwieweit die beiden einander gegenwärtig fördern oder behindern“. Ferenczi und Rank wollten sich an diesem „Preisbewerb“ beteiligen mit einer Arbeit über die Wechselwirkungen von Theorie und Praxis, gaben aber auf, weil es ihnen nicht gelang, der umfassenden Problemstellung gerecht zu werden. Und, wie sie berichten, ist dieser Preisbewerb „auch sonst ergebnislos geblieben“. Leider stieß ich auf dieses Bändchen von Ferenczi und Rank mit dem Titel „Entwicklungsziele der Psychoanalyse. Zur Wechselbeziehung von Theorie und Praxis“ (1924), in dem von dem gescheiterten Preisausschreiben Freuds zu unserem heutigen Thema berichtet wird, erst nach meiner Zusage zu dem heutigen Vortrag; vielleicht hätte ich diese Zusage sonst nicht so spontan gegeben.

Spontan zugesagt habe ich, weil ich nach jahrelanger Berufserfahrung als Kinderanalytikerin den Eindruck habe, dass während meiner beruflichen Entwicklung ein Prozess in mir abgelaufen ist, der mir im Rückblick aus einem „Prinzip der inneren Notwendigkeit“ hervorgegangen zu sein scheint, eine Formulierung Kandinskys in seiner Schrift „Über das Geistige in der Kunst“. Kandinsky spricht vom „inneren Klang“ eines Kunstwerks, der die menschliche Seele berührt und auf einem „Prinzip der inneren Notwendigkeit“ beruht. Hanna Segal, eine Schülerin Melanie Kleins, hat in ihrem sehr schönen Buch „Traum, Fantasie und Kunst“ (1991) über kreative Prozesse in Kunst und Psychoanalyse geschrieben. Ich denke, auch Psychoanalyse ist ohne Berührung, ohne inneren Klang nicht möglich. Dies gilt m. E. auch für Supervision, da auch hier in einer Beziehung gelernt wird. Diese innere Notwendigkeit scheint mir ebenso in der Entwicklung der professionellen Identität

<sup>1</sup> Vortrag gehalten auf den FIS Supervisionstagen 2011 in Mainz.

wirksam wie im psychoanalytischen Prozess. Schon Freud schrieb in „Zur Einleitung der Behandlung“, dass „der einmal eingeleitete Prozess seinen eigenen Weg (geht) und sich weder seine Richtung noch die Reihenfolge der Punkte, die er angreift, vorschreiben“ lässt (Freud 1913, S. 463). Meltzer schreibt über den psychoanalytischen Prozess, dass er eine eigene, naturgesetzliche Geschichte hat, die von tief unbewussten Strukturen des psychischen Apparats bestimmt wird (Meltzer 1967). Das gilt m. E. auch für die professionelle Entwicklung: auch sie hat eine eigene spezifische Geschichte, die sich entsprechend unserer intrapsychischen Strukturen und unserer Begegnungen mit unseren Patienten entfaltet.

Wir entwickeln uns mit jedem Patienten mit; so wie Eltern sich in der Beziehung zum Kind mitentwickeln, sozusagen in der Beziehung zum Kind erst zu Eltern werden, so werden wir in unserer Beziehung zu unseren Patienten erst zu Analytikern. Und auch Supervisoren werden erst in der Beziehung zu ihren Supervisanden zu Supervisoren. Casement hat dies, neben Winnicott und Bion, sehr eindrücklich beschrieben in seinem Buch „Vom Patienten lernen“ (1985). Auch ich habe viel von meinen Patienten gelernt. Weniger von den einfachen (falls es solche überhaupt gibt), als vielmehr von Kindern und Jugendlichen, die ich nicht auf Anhieb verstanden habe. Sie veranlassten mich, in der Literatur nach Modellen zu suchen, die mir einen Zugang zu ihnen eröffneten. Umgekehrt erschlossen sich mir manche, mir zunächst unverständliche Theorien dadurch, dass beim Lesen – Sie kennen das alle – bestimmte Patientinnen oder Patienten vor mir auftauchten, die mir ein Verständnis für die Gedanken des Autors oder der Autorin eröffneten. Manchmal blieben mir solche Theorien, wie z. B. die von Melanie Klein, zunächst rätselhaft, bis ich einem Kind begegnete, in dessen Spiel und Verhalten ich gerade diese Theorie gespiegelt fand. Ich werde Ihnen gleich ein Beispiel dafür schildern.

Ausgebildet wurde ich ziemlich klassisch freudianisch, also auf dem Boden der psychoanalytischen Theorie, wie sie Sigmund Freud entwickelte und wie sie von seiner Tochter Anna bewahrt und speziell auf die Kinderanalyse ausgeweitet wurde. Auf der Grundlage dieses Theoriegebäudes behandelte ich meine ersten Patienten. Doch dann kam Zohra zu mir, und ich durch sie an meine Grenzen.

### Die gute und die böse Brust

Zohra, wie ich sie nenne, war ein kleines, spindeldürres, dabei extrem vitales vierjähriges Mädchen, das wegen einer gravierenden Essstörung und heftigstem aggressiven Verhaltens zu mir in die Therapie gebracht wurde. Sie trieb ihre Pflegemutter, die Zohra als Zweijährige wahrscheinlich vor dem Hungertod gerettet hatte, durch ihre Attacken zur Verzweiflung und immer wieder an den Rand des Erträglichen. „Sie verletzt uns nur.“ – „Sie macht unsere Familie kaputt.“ – Und: „Wenn es so weitergeht, können wir sie nicht behalten“, klagte die Pflegemutter in den Elterngesprächen.

„Warum macht sie das?“ Diese Frage wurde von den Pflegeeltern und auch den Erzieherinnen im Kindergarten, wo Zohra ebenso der Rauswurf drohte, immer wieder gestellt. Hätte ein solches, in den ersten beiden Lebensjahren durch Misshandlung und Vernachlässigung schwer traumatisiertes Kind seinen Rettern nicht unendlich dankbar sein müssen? Hätte Zohra nicht alles tun müssen, um weiterhin bei ihnen bleiben zu können? „Warum macht sie das?“, fragte die Pflegemutter natürlich auch mich.

Die gängige Antwort, dass traumatisierte Kinder ihre Bezugspersonen austesten, befriedigte mich nicht. Einen Weg zum Verständnis eröffnete mir Melanie Kleins Theorie über die paranoid-schizoide und die depressive Position, den kindlichen Sadismus und die manische Abwehr, unter der ich mir beim erstmaligen Lesen wenig hatte vorstellen können, die mir stellenweise sogar abstrus erschienen war. Ich kann ein paar Aspekte daraus hier nur andeuten. Jedenfalls wurde mir klar: Zohra war noch gar nicht fähig zur Dankbarkeit, da sie die depressive Position noch nicht erreicht hatte. Sie konnte noch nicht wahrnehmen, dass ihre Angriffe auf das vermeintlich böse Objekt (wenn die Pflegemutter sie bspw. frustrierte, was ja im Familienalltag unvermeidlich ist) auch das gute Objekt verletzen, sonst hätte sie quälende Schuldgefühle empfinden müssen. Also verleugnete sie die Bedeutung des Objekts, flüchtete sich in die Größenfantasie der paranoid-schizoiden Position, die Fantasie, niemanden zu brauchen. Diese von Melanie Klein als manische Abwehr bezeichnete Haltung sieht so aus: Zur Vermeidung depressiver Ängste wird die Bedeutung des Objekts verleugnet, der andere mit Hohn und Verachtung überschüttet. Auch Melanie Kleins Beschreibung einer bösen Brust, die im Säugling Angst hervorruft, von ihr zerstört zu werden, war mir beim ersten Lesen zunächst fremd geblieben. Bis Zohra mir in ihren Spielen zeigte, was damit gemeint ist.

Sie entdeckt z. B. den kleinen Puppenschulranzen im Puppenhaus, ist plötzlich wie elektrisiert, sucht sofort die winzigen Messerchen zusammen und packt sie in den Ranzen. Sie füllt ein Döschen mit Sand, schüttet den Sand auf ein Tellerchen, nimmt ein Gabelchen und isst. Dabei bleibt es aber nicht beim spielerischen „als ob“, wie wir es von gesunden Kindern kennen, die ihr Tun mit den Worten begleiten: „Ich würde jetzt wohl essen“ oder ähnlichen Kommentaren im Konjunktiv, sondern sie dreht sich plötzlich zu mir um, zeigt mir ihre sandbeklebte Zunge und fragt, ob man Sand essen kann, sagt dann selbst, Sand sei ungesund. Ich verstehe sie so: Der messergefüllte Ranzen symbolisiert das schmerzhaft schneidende Hungergefühl im Bauch, an dem Zohra in den ersten beiden Lebensjahren so extrem gelitten haben muss. Nach Melanie Klein hat das Baby noch keine Vorstellung von Abwesenheit, also davon, dass ihm etwas Lebenswichtiges, die Nahrung fehlt. Sondern es empfindet das Hungergefühl als ein in seinen Bauch eingedrungenes böses Objekt. Klein bezeichnet dieses böse Objekt als „böse Brust“, im Gegensatz zur sättigenden „guten Brust“ in der befriedigend verlaufenden Stillsituation. In dem Moment, wo es um Nahrungsaufnahme geht, kann Zohra plötzlich nicht mehr spielen. Aus dem Tun „als ob“ wird konkretes Tun: sie isst den Sand

wirklich. Aus der echten Symbolisierung wird symbolische Gleichsetzung (Segal 1957). Das Symbol Sand verwandelt sich in Nahrung zurück, und zwar in „unge-sunde“, giftige Nahrung, die im Körperinneren Schaden anrichtet. Hier schießt Zohra ihre zentrale Angst dazwischen, die Angst, durch in sie eindringende böse Objekte, eine böse Brust, zerstört zu werden. So half mir Zohra, Melanie Klein zu verstehen, und Melanie Klein half mir, Zohra zu verstehen. Dies war naturgemäß nur ein winziger Ausschnitt aus einem jahrelangen komplexen Prozess.

## Tun und Sein

Worum es mir geht: In meinen Analysen merkte ich immer wieder, dass das theoretische Modell in meinem Kopf nicht passte, wie ein schlecht sitzendes Kleidungsstück. Dabei frage ich mich heute: Wem passt das theoretische Modell eigentlich nicht: mir? dem Patienten? unserer Beziehung? Meltzer, ein Schüler Bions, schreibt in einer Arbeit mit dem Titel „Gedanken zur Veränderung meiner psychoanalytischen Methode“ (Kutter et al. 1988), seine „Unzufriedenheit mit dem im Behandlungszimmer wirksamen Modell der Psyche“ müsse „allmählich eine Verschiebung vom Denken in genetischen Phasen in Richtung auf eine Feld-Konzeption bewirkt haben“ (S. 249). Hier trifft Meltzer sich wiederum mit Ferro, der die Psychoanalyse in einem „bipersonalen Feld“ angesiedelt sieht, in dem Analytiker und Patient gemeinsam eine neue Geschichte erschaffen. Dieses eher räumliche als lineare Modell zeigt sich schon in Melanie Kleins Theorie der Entwicklung, die bei ihr eher spiralförmig in Zyklen verläuft, im Unterschied zu Freuds Phasenmodell.

Irgendwann stieß ich auf Ludvig Igra, einen schwedischen Analytiker, der über Tun und Sein in der Analyse schreibt: das Tun des Analytikers verkörpert sich in einer männlich geprägten, eindringenden, erkennenden Haltung, die in der Deutung kulminiert, das Sein des Analytikers in einer weiblich geprägten, aufnehmenden, raumschaffenden Haltung, die den Patienten wachsen lässt (Igra 1994). Mein Eindruck ist, dass für mich mit meinen Patienten die weiblich geprägte Haltung des Seins im Laufe der Zeit immer förderlicher geworden ist, meinen Beziehungen mit den Kindern und Jugendlichen besser „passt“.

Gleichzeitig geht meines Erachtens auch die Entwicklung der psychoanalytischen Theorien insgesamt in diese, eher weiblich geprägte Richtung. Während die Analytiker früher eher bestrebt waren, den Widerstand des Patienten zu bekämpfen und sein Unbewusstes aufzudecken, neigt man heute eher dazu, die angemessenen Bedingungen herzustellen, um dem Unerledigten die Möglichkeit des Auftriebs und der Mitteilung zu geben (Will 2008, S. 10). Schon Winnicott hat dies 1971 für seine eigene berufliche Entwicklung so beschrieben: „Ich bin selbst erschrocken, wenn ich daran denke, welche tiefen Veränderungen ich manchmal durch meine Bedürfnisse zu deuten bei Patienten einer bestimmten Kategorie verhindert oder hinausgezögert habe. Wenn wir nur abwarten können, kommt der Patient von ganz allein kreativ und mit größter Freude zu einem Verständnis, und ich kann diese Freude

heute mehr genießen als früher das Gefühl, klug zu sein... Dabei gehe ich von dem Prinzip aus, dass der Patient und nur er die Antwort weiß“ (Winnicott 1985, S. 101).

Eine ähnliche Haltung finde ich bei Bion und besonders in Ferros Schriften: Von, wie er sie nennt, gesättigten Deutungen kommt Ferro zunehmend mehr zu ungesättigten Deutungen. Gesättigte Deutungen entsprechen einem männlich geprägten Analytiker-Stil: Der Analytiker weiß und gibt dem Patienten Antwort. Ähnlich ein Supervisor, der weiß und dem Supervisanden Lösungen vorgibt. Ungesättigte Deutungen dagegen bestehen darin, dass der Analytiker in einer eher weiblich geprägten Haltung den Raum für eine Frage öffnet, die dem Patienten auf der Suche nach sich selbst weiterhilft. Ferros bekanntes Beispiel ist seine ungesättigte Deutung auf die Mitteilung eines Patienten in dessen erster Analysestunde, er habe letzte Nacht geträumt, er liege in seinem Bett und ein furchterregender Wolf mit Brille sitze hinter ihm. Der Patient fügt hinzu, dass er diesen Alptraum als Kind oft geträumt habe. Ferro, der selbst Brillenträger ist, verzichtet auf die naheliegende Intervention, die Angst- und Verfolgungsgefühle des Patienten bei der ersten Sitzung anzusprechen, sondern er entscheidet sich für eine ungesättigte Deutung und kommentiert diese Mitteilung mit: „Es muss für ein Kind sehr beängstigend sein, wenn ein Wolf hinter ihm sitzt.“ Damit knüpft er an die Emotionen des Augenblicks an. „Der Patient spürt, dass seine Angst verstanden, seine emotionale Erfahrung geteilt und aufgenommen wird. (So als sagte der Analytiker taktvoll: „Es ist nur allzu verständlich, dass du – Kind – bei der ersten Sitzung Angst vor mir hast, vor deiner eigenen Triebhaftigkeit, vor all dem Unbekannten in dir.“)“ Ich würde, wenn es mein Patient wäre, gedanklich noch hinzufügen: Und vor dem, was in der Beziehung zu mir, einer für dich völlig Unbekannten, auf dich zukommt. Auf Ferros ungesättigte Deutung hin erinnert sich der Patient an eine Tante, die ebenfalls eine Brille trug und ihm als Kind Französisch beibrachte, eine Sprache, die ihm sehr gefiel, obwohl er anfangs befürchtet habe, dass er sie nie lernen würde. Ferro versteht dies so: „Das anfängliche Gefühl von Verfolgung und Ohnmacht hat sich in etwas Vertrauterem, Gezähmterem verwandelt; ohne Panik und mit Hilfe der psychoanalytischen Brille kann das Erlernen der neuen Sprache des Unbewussten beginnen.“ (Ferro 2002, S. 1f.)

Diese Formulierungen „gesättigt“, bzw. „ungesättigt“ gehen auf Bion zurück. Bions Vorstellung, dass Gedanken einen Denker finden und nicht von einem Denker produziert werden, finde ich ebenfalls hilfreich für die analytische Situation, in der nicht ein Analytiker weiß und ein Patient nicht weiß, sondern in der ein analytisches Paar gemeinsam Bedeutung sucht. So wie in Pirandellos Theaterstück: „Sechs Personen suchen einen Autor“. Im Rückblick bin ich geneigt zu sagen: Theorien finden mich, wenn ich sie brauche.

## Sackgassen und Denkräume

Jeder, der therapeutisch oder beraterisch arbeitet, kennt Situationen, in denen man in eine Sackgasse gerät, Situationen von oft quälender Ausweglosigkeit, wo man unter einen oft immensen Handlungsdruck gerät, einen Druck, unbedingt und sofort etwas machen zu müssen. Johann Zauner, ein sehr erfahrener Göttinger Psychoanalytiker, bei dem ich in Kontrollanalyse war, antwortete auf die häufig gestellte Frage: „Was macht man da?“ immer sehr gelassen: „Nicht gleich machen, erst verstehen.“ Bei ihm habe ich gelernt, mich in solchen Situationen nicht zu fragen: „Was kann ich tun?“, sondern: „Was ist gerade los, hier, in der Beziehung zwischen meinem Patienten und mir?“ Also nicht gleich nach einer Technik zu greifen, sondern zu versuchen, zuerst eine Theorie als triangulierendes, Denkraum schaffendes Element zu finden. Also zu versuchen, das zu aktivieren, was Ralf Zwiebel den „Inneren Analytiker“ nennt (Zwiebel 2001).

Aber oft versteht man ja gerade nichts in solchen Situationen, und man leidet daran, dass einem nichts einfällt, und dann hilft die Erwartung, verstehen zu müssen, nicht weiter. Bei Bion bin ich dann auf die „Negative Capability“ gestoßen, die Fähigkeit, Nichtwissen zu ertragen, oder die Toleranz für Unwissenheit. Bion hat diesen Begriff von dem englischen Dichter Keats übernommen. Nach Keats verfügt ein Mensch über diese Fähigkeit, wenn er in der Lage ist, „in Ungewissheiten, Rätseln, Zweifeln zu verharren, ohne gereiztes Greifen nach Tatsachen und Begründung“. Diese wunderbare Formulierung Keats bestätigt wieder einmal Freuds Eindruck, die Dichter wüssten durch Intuition alles das, was er in mühseliger Arbeit aufgedeckt habe (Brief an Arthur Schnitzler vom 14.5.1922).

Betty Joseph schreibt über die Angst verstanden zu werden bei bestimmten, schwerer gestörten Patienten. Solche Patienten erleben Verstandenwerden als Verschmelzung mit dem Objekt, als Gefahr drohenden Selbstverlusts, so als ob sie dann im anderen verschwinden würden. Im Nicht-Verstandenwerden besteht für sie ein Schutz vor Auflösung der Grenze zwischen Selbst und Objekt, daher setzen sie unbewusst alles daran, Verbindungen anzugreifen (Bion 1959). Nichts darf Bedeutung bekommen. Und wo nichts von Bedeutung ist, gibt es auch nichts zu verstehen. Und wenn ich nichts verstehe, kann ich auch nicht denken. Dann fällt mein innerer Denkraum in sich zusammen, und die Beziehung mit meinem Patienten wird zweidimensional. Das Dritte, das sich in meinem Kopf abspielen könnte, das Nachdenken über die Beziehung mit Hilfe der Theorie ist in solchen Momenten nicht mehr oder noch nicht möglich.

Nicht mehr möglich ist es, wenn durch Auftauchen neuer Ängste die depressive Position vorübergehend wieder verlorengegangen ist und der Patient auf die paranoid-schizoide Position zurückpendelt, dabei Zuflucht sucht in omnipotenten Fantasien und die Abhängigkeit vom Objekt verleugnet, wie etwa in der manischen Abwehr, die ich Ihnen bei meiner kleinen Patientin Zohra beschrieben habe. Noch nicht möglich ist das Nachdenken über Beziehung, wenn der Patient die depressive

Position noch nicht erreicht hat, oder um mit Bion zu sprechen, seine Alpha-Funktion zum Denken der Gedanken noch nicht ausreichend entwickelt ist. (Auf diesen Begriff Bions komme ich noch zu sprechen.) Bei solchen Patienten muss man erst warten, bis ein Container gewachsen ist, der es ihnen ermöglicht, Bedeutung zu suchen und diese Bedeutung zu integrieren. Ferro vergleicht Deutungen als Vermittlung von Bedeutung „mit Frachtgut, für das an Bord eines Schiffes Platz gefunden werden muss, nur dass wir kein Schiff, sondern ein Boot zur Verfügung haben. Wir müssen das Boot zuerst erweitern (die Alpha-Funktion des Apparats zum Denken der Gedanken), bevor die gewichtigen Inhalte an Bord genommen werden können.“ (Ferro 2003, S. 19)

Wenn also in der psychoanalytischen Situation der Denkraum in sich zusammengefallen ist, dann brauche ich die Negative Capability, die Toleranz für Unwissenheit. Ich kann dann nur noch fühlen, in Abwandlung eines bekannten Spruchs aus der schwarzen Pädagogik „Wer nicht hören kann, muss fühlen“. Fühlen, wie es mir geht in dieser Situation, dieser Beziehung, in der Hoffnung, über mein Empfinden meinen Denkraum wiederzugewinnen. Ich weiß dann immer noch nicht, ob und wenn ja, wann es mir gelingen wird, meinen „Inneren Analytiker“ wieder zu aktivieren. In solchen Situationen kann die Balintgruppe ein Ort sein, an dem Auswege aus solchen Sackgassen gefunden werden können. Auch eine reichhaltige praktische Erfahrung ist hilfreich, einfach deshalb, weil sie Zuversicht vermittelt, dass auch schwierige Situationen überwunden werden und zu einem guten Ende führen können, auch wenn manche Therapien scheitern. Deshalb habe ich einem Ausbildungskandidaten, der zu Beginn seiner praktischen Ausbildung während seiner ersten beiden Behandlungsfälle Probleme hatte und zu zweifeln begann, ob er für den Beruf des Kinderanalytikers geeignet sei, und der mich fragte, ob er die Ausbildung abbrechen oder weitere Fälle übernehmen solle, sehr klar geantwortet: unbedingt möglichst viele Behandlungen durchführen! (Allerdings kannte ich ihn gut und war von seiner Eignung überzeugt.)

### Ein psychisches Verdauungssystem

In der Therapie mit einer jugendlichen Bulimie-Patientin, die ich Lotta nenne, fiel es mir besonders schwer, meinen inneren Denkraum zu erhalten, bzw. immer wieder neu zu öffnen. Lotta ist 16, als sie zu mir kommt. Ihr Äußeres ist unscheinbar, auf den ersten Blick könnte man nicht sagen, ob sie Junge oder Mädchen ist. Ihr Blick hängt wie saugend an meinem Gesicht, und ich spüre Druck, ihr ganz viel geben zu müssen. Ohne Pause fügt sie Satz an Satz, meist Klagen über die Schlechtigkeit der Welt und sich selbst darin als Opfer. Es ist eine zweidimensionale Welt von Täter und Opfer, Macht und Ohnmacht, in der es nur Entweder-Oder, Sieg oder Niederlage und kein „Intersubjektives Drittes“ (Benjamin 2004) gibt. Ihre Essstörung präsentiert Lotta mir im Erstgespräch als das einzig konkret Fassbare in ihrem Leben. Ihr werde immer gesagt, sie sei ein stilles Etwas, das in der Ecke sitzt

und traurig dreinschaut. Ich merke schnell, dass ihr das Gefühl eines eigenen, kohärenten und abgegrenzten Selbst fehlt. In ihrem Symptom hat Lotta so etwas wie einen Identitätsersatz gefunden.

Bulimie. Früher habe ich immer wieder gelesen, der unbewusste „Sinn“ des Erbrechens liege in der Exkorporation des „bösen Objekts“. Aber mir fehlte dennoch ein Verständnis. Was ist genau das böse Objekt? Und wie genau wird es inkorporiert, so dass es notwendig wird, es wieder loszuwerden? Erst durch Gianna Williams' Buch „Innenwelten und Fremdkörper“ (1997) bekomme ich eine Ahnung von der intrapsychischen Dynamik, die ihren Ausdruck im Symptom des gierigen Essens mit nachfolgendem Erbrechen findet oder, wie meine Patientin es nennt: in ihren „Fress-Kotz-Anfällen“.

Williams beschreibt anschaulich, wie es in der kindlichen Entwicklung zu einer solchen Störung kommen kann. Die Wurzel liegt in der frühen Mutter-Kind-Interaktion, deren Qualität den Aufbau der inneren Welt des Kindes bestimmt. Voraussetzung für eine gesunde emotionale Entwicklung ist das Entstehen eines psychischen Verdauungssystems durch die immer wiederkehrende Erfahrung im Umgang mit der Mutter, dass sie Empfindungen, Gefühle, Unbehagen, die das Kind nicht benennen und über die es deshalb auch noch nicht nachdenken kann, in sich aufnehmen und diese in modifizierter, für das Kind erträglicher Form diesem zurückgeben kann. Diese Fähigkeit der Mutter nennt Bion Alpha-Funktion. Mit Hilfe ihrer Alpha-Funktion kann die Mutter Gefühlen Bedeutung verleihen, sie zu etwas transformieren, worüber auch das Kind nachdenken kann. Sie fungiert als ein „Verwandlungsobjekt“ (Bollas 1987) für ihr Baby. Sie nimmt ihm sozusagen Unverdauliches ab, nimmt es in sich auf und gibt es ihm verdaut zurück, ähnlich wie manche Vögel die für ihr Küken unverdauliche Nahrung zunächst selbst schlucken, dann als vorverdauten Bissen wieder herauswürgen und diesen, verwandelt in bekömmliche Nahrung, dem Küken füttern. Das elterliche Objekt muss also in der Lage sein, psychische Schmerzen und Ängste zu ertragen, die das Kind nicht ertragen kann. „Wenn das Kind immer wieder dieses Containment (Bion) erlebt hat, kann es diese Funktion (die Alpha-Funktion) im Lauf seiner Entwicklung verinnerlichen. Dadurch ist es nach und nach in der Lage, selbst mit seinen Ängsten in seinem eigenen inneren Raum fertig zu werden“ (Williams 2003, S. 151). Durch die Verinnerlichung des Containments der Mutter entwickelt das Kind einen eigenen Raum in seinem Inneren, sozusagen ein psychisches Verdauungssystem, das nicht angeboren ist, sondern durch wiederholte Erfahrungen mit einem gelingenden frühen Containment erworben wird. In diesem System, mit Hilfe der internalisierten Alpha-Funktion der Mutter, lernt das Kind allmählich, seine schmerzlichen, ängstigen Empfindungen wahrzunehmen, zu verstehen, darüber nachzudenken und sie so in erträgliche Empfindungen zu verwandeln, die es in sein Selbst integrieren kann, anstatt sie als unverdaulich auszustoßen, zu projizieren. Dieser Vorgang trägt zum Aufbau einer Persönlichkeit bei, die mit jeder neuen Integration bereichert und gefestigt wird.

Ferro sagt (mündliche Mitteilung), dass bei ungenügender Alpha-Funktion der Mutter das Kind viele wilde, primitive, archaische Beta-Elemente produzieren muss, um die Mutter zur Bildung eines Containers und damit zur Entwicklung ihrer Alpha-Funktion zu zwingen. Dieses Bild lässt sich auch auf meine Erfahrung mit Patienten anwenden: Patienten, die ich nicht verstehe, deren Beta-Elemente ich nicht in erträgliche Empfindungen, also in Alpha-Elemente „verwandeln“ kann, zwingen mich dazu, meinen Container zu vergrößern und meine Alpha-Funktion auszubauen mit Hilfe von weiteren Theorien.

Zurück zur Mutter-Kind-Interaktion: Wenn der Aufbau eines psychischen Verdauungssystems im Kind misslingt, weil es z. B. der Mutter selbst während der ersten Lebensmonate ihres Kindes nicht gut geht, sei es, dass sie sich überfordert fühlt, alleingelassen, nicht genügend unterstützt vom Ehemann oder der eigenen Mutter, sei es dass sie den Hunger ihres Kindes als unstillbare Gier empfindet, weil er sie an eigene unbefriedigte orale Bedürfnisse erinnert, dann besteht die Gefahr, dass eine solche Mutter eigene Ängste und andere schmerzliche Gefühle in das Kind projiziert, statt die des Kindes zu containen. Dann kann das Objekt das Kind nicht nur nicht beruhigen, sondern ruft selbst noch Angst im Kind hervor. Williams nennt dies, im Gegensatz zur entwicklungsfördernden Alpha-Funktion, „Omega-Funktion“. Sie schreibt: „So wie die Introjektion der Alpha-Funktion dazu verhilft, Verbindungen und eine Struktur herzustellen, so führt die Omega-Funktion zu einem gegenteiligen Effekt; sie unterbricht und fragmentiert die Entwicklung der Persönlichkeit“ (Williams 2003, S. 154). Auch hierzu gibt es eine Parallele in der analytischen Situation: wenn der Analytiker z. B. erschöpft, übermüdet oder mit großen eigenen Sorgen belastet ist, kann es passieren, dass er dem Patienten nicht mehr hilfreich sein kann, weil er selbst – hoffentlich nur vorübergehend – in die Omega-Funktion abgerutscht ist.

Williams schildert, wie der Versuch des Kindes, die Introjektion dieser desorganisierenden Omega-Funktion zurückzuweisen, „zu schweren Essproblemen führen kann“ (Williams 2003, S. 155). Wenn die Eltern die Ängste des Kindes, besonders seine Todesangst, nicht aufnehmen können, setzt ein Prozess ein, der die Todesangst des Kindes nur noch verstärkt. Es kommt dann zu „namenloser Angst“ (Bion), weil keiner dieser Angst Bedeutung verleiht. In ihrer späteren Erkrankung hat Lotta für diese namenlosen Ängste, die in ihr wüten, eine Art Containment gefunden. Sie erlebt ihre Bulimie auch als Hilfe, obwohl sich das komisch anhört, weil – und das habe sie auch ihrer Schwester gesagt, die meinte, Lotta solle einfach damit aufhören –, weil sie „sonst vielleicht gar nicht mehr da säße“, das sagt sie mir kurz nachdem ihre Therapie begonnen hat.

Mit Williams Modell der „Omega-Funktion“ verstehe ich, welchen Nutzen Lotta von ihrer Erkrankung hat: Im Erbrechen versucht sie immer wieder, die in sie eingedrungenen Projektionen der Mutter auszustoßen, im heißhungrigen Fressanfall ihre dadurch entstandene innere Leere zu füllen, worauf die Angst, durch unverdauliche, giftige Nahrung zerstört zu werden, wieder zum Erbrechen führt. Durch

die gestörte frühe Mutter-Kind-Interaktion konnte sie kein funktionierendes seelisches Verdauungssystem aufbauen. Ihre Psyche ist sozusagen zweidimensional geblieben, leer und flach, um seelische Schmerzen abzuwehren. Wenn kein Innenraum vorhanden ist, haben die als verfolgend erlebten Projektionen der Eltern in das Kind, die man mit Melanie Klein auch als „böse Brust“ bezeichnen könnte, keinen Platz. Damit schützt sich das Kind vor Angst und Schmerz. „Der Zusammenbruch des inneren Raumes (als würden zwei Seiten eines Ballons aneinander kleben, wenn die Luft entweicht) hat die Funktion, unerwünschte Bewohner für eine gewisse Zeit vor die Tür setzen zu können“ (Williams 2003, S. 35). Solche Kinder tragen nach Williams ein unsichtbares Schild vor sich mit der Aufschrift „Kein Zutritt“. Aber auch ein gutes, hilfreiches Objekt kann nun nicht mehr verinnerlicht werden, das Kind verarmt innerlich, kann kein Identitätsgefühl entwickeln. Das Einzige, was Lotta sicher hat, ist ihre Essstörung.

Naturgemäß konstellierte sich diese Zweidimensionalität zunächst auch in unserer Beziehung. Immer wieder klagt Lotta, es sei ihr so komisch im Kopf, so unklar, wie benebelt, sie kriege ihre Gedanken nicht zusammen. Die Verwirrung erstreckt sich in der Gegenübertragung auch auf mich, vorwiegend immer dann, wenn Aggression in unserer Beziehung deutlicher spürbar zu werden beginnt. Damit wird meine Alpha-Funktion beeinträchtigt. Immer wenn es uns gelingt, die Verwirrung mit dem Auslöser in Verbindung zu bringen, wird ein wenig frische Luft in den Ballon unserer Beziehung und darüber auch in ihren psychischen Innenraum geblasen, und die verklebten Wände lösen sich voneinander. Aber auch indem ich die Verwirrung ertrage und gemeinsam mit ihr anzuschauen versuche, findet dieses schwer erträgliche Gefühl (einschließlich der dahinterstehenden Aggression) doch einen Container und muss nicht als „namenlose Angst“ zu ihr zurückkehren und zu ihrem Verfolger werden. Hier ist wieder meine „negative capability“ gefordert: die Fähigkeit, auch unangenehme Zustände und Nicht-Verstehen auszuhalten, die eine wichtige Errungenschaft der depressiven Position darstellt.

Vermutlich spürt Lotta im Laufe der Therapie immer deutlicher, dass ich beginne, zu einer wichtigen Person in ihrem Leben zu werden, was sie für in der Zukunft liegende unvermeidliche Schmerzen verletzbar macht. Denn das Lebendigwerden des unbewussten Konflikts, das Erreichen der depressiven Position ist mit Schmerzen verknüpft. Zur Abwehr von seelischem Schmerz werden Gedanken vernebelt, Verbindungen abgebrochen (Williams 1997), der Raum, der etwas aufnehmen könnte, vollgestopft mit Verwirrung, etc. Aber jedes Mal, wenn es uns gelingt, über unsere Beziehung, über Ängste und Gefühle nachzudenken und zu sprechen, spannt sich das analytische Dreieck auf, und Lotta gewinnt mit der allmählichen Verinnerlichung dieses Dreiecks mehr Kontakt zu ihrer inneren Welt (Segal 1991). Damit nähert sie sich nach und nach der Lösung ihrer inneren Konflikte, sie werden ihr in einem neu gewonnenen inneren Raum zugänglicher, erlebbarer und bewusster, und sie kann zunehmend spielerischer, kreativer und angemessener damit umgehen. Das ist die Voraussetzung zur Befreiung und Integration ihres „wahren

Selbst“ (Winnicott), was ihr Symptom überflüssig macht und ihr die Entwicklung einer eigenen, weiblichen Identität ermöglicht.

### Triangulierung und professionelle Identität

Besonders hat mir das Konzept der Triangulierung im wahrsten Wortsinn eine neue, dritte Dimension eröffnet, die ich – nicht nur für meine Praxis – als äußerst hilfreich erlebe. Winnicott sieht im Übergangsraum eine gemeinsame Schöpfung von Analytiker und Patient, in dem beide Transformationen durchlaufen und bisher noch nicht Begriffenes eine symbolische Repräsentation erhalten kann (Bohleber 2007). Bohleber weist darauf hin, dass nach Britton (1998) „die Theorie das Element im triangulären Raum von Analytiker und Patient (bildet), das die Fähigkeit des Analytikers zu denken sichert“ (Bohleber 2007, S. 997). Die Funktion von Theorien für die Identitätsbildung des Analytikers – und vielleicht auch des Supervisors – beschreibt Bohleber so: „Der Analytiker befindet sich nicht nur in einer Beziehung zum Patienten, sondern auch zu der virtuellen Gemeinschaft der psychoanalytischen Praktiker, mit denen er bei der Anwendung von theoretischen Konzepten und Behandlungstechnischen Regeln entweder einen inneren Konsens sucht oder mit deren Richtung er sich identifiziert ... Es verschafft eine narzisstische Befriedigung, Konzepte und theoretische Sichtweisen mit anderen zu teilen, mit denen man sich verbunden fühlt“ (Bohleber 2007, S. 996). Dies vermittele ein Gefühl von Sicherheit, was vor allem in Behandlungssituationen zum Tragen komme, die geprägt seien von anhaltender Unsicherheit und emotionalem Druck.

Generell kann man sagen: Analytiker bringen theoretische Modelle mit, Patienten stellen sie infrage. Dabei geht es immer wieder um Befreiung aus Sackgassen. Eine Theorie ist dann für mich, meinen Patienten, unsere Beziehung und damit für meine Praxis gut, wenn sie mich, uns aus einer Sackgasse befreit. Ich kann im Rückblick nicht mehr nachvollziehen, wie sich die verschiedenen Theorien in mir zusammenfügten und meine eigene Vorstellung von seelischen Strukturen formten. „Wer bin ich, und wenn ja, wie viele?“ könnte ich mich mit dem bekannten Buchtitel David Prechts fragen. Vielleicht ist es so: Im Laufe meiner beruflichen Entwicklung stoße ich immer wieder an Grenzen meines Verstehens. Diese Grenzen zwingen mich, Nicht-Wissen zu ertragen, bis mit Hilfe für mich neuer Aspekte weiterer Theorien eine „Gestalt“ sich zeigt, eine „ausgewählte Tatsache“, um mit Bion zu sprechen, die plötzlich ein Verständnis eröffnet, gepaart mit einer starken Emotion. Aus diesen Aspekten verschiedener Theorien, mit denen ich mich selektiv identifiziere, entwickelt sich meine private Theorie. Diese private Theorie ist in ständigem Wandel begriffen, sie ist, solange ich behandle, im Fluss, sie ist nie fertig. Vielleicht könnte man im Anklang an Kleist sagen: Es ist die allmähliche Verfertigung der Theorie beim Praktizieren.

Es bleiben Fragen: Beim Überdenken meiner eigenen beruflichen Entwicklung fällt mir eine Bewegung von eher männlich geprägten Theorien zu eher weiblich

geprägten Theorien auf. Dies entspricht, wie schon erwähnt, der psychoanalytischen Theorie-Entwicklung insgesamt, die man etwas salopp so bezeichnen könnte: „Von der Triebdeutung zur Intersubjektivität“ oder „Von der Ein-Personen-Beziehung zum bipersonalen Feld“, vielleicht auch „Vom Tun zum Sein“. Interessant ist: Es sind nach Melanie Klein vorwiegend männliche Theoretiker, besonders Bion, Meltzer, Winnicott, Ogden, Ferro u.v.m., die sich in diese, eher weibliche, Richtung entwickelt haben. Hängt dies mit einer fortschreitenden Integration des „anderen“, abgewehrten, latenten Persönlichkeitsanteils mit zunehmender Reife, bzw. Lebenserfahrung zusammen? Also in diesem Fall mit der Integration des Weiblichen bei männlichen Theoretikern? Und wie verläuft die entsprechende Entwicklung bei weiblichen Theoretikerinnen? Oder rückt die Welt insgesamt mehr zusammen, vielleicht im Sinne einer geistigen Globalisierung, und wir nehmen das östliche (indische, chinesische) Menschenbild zunehmend mehr in den Blick, womit das (östliche) Sein gegenüber dem (westlichen) Tun zunehmend größere Bedeutung erhält? Oder ist es einfach der Ausschlag des Pendels zur anderen Seite: Früher stand eine männliche Haltung ganz im Vordergrund (der Begründer der Psychoanalyse war ja auch ein Mann), und jetzt wird eine weibliche Haltung zunehmend mehr als sinnvoll erfahren, bevor sich die Theorie in der Mitte einpendelt? Dieses Einpendeln deutet sich an in der zunehmenden Betonung der Spannung und des Oszillierens zwischen den Polen (z. B. bei Zwiebel 2007), der Verschränkung von männlich und weiblich in einer kreativen inneren Urszene, in der mütterliche und väterliche Objekte zusammenkommen, auch in der analytischen Situation.

Zum Abschluss möchte ich noch ein gutes Argument für die stetige Verflechtung von Theorie und Praxis anführen: Kürzlich erschien im Psychotherapeuten-Journal ein Artikel über zwei internationale empirische Studien zur professionellen Entwicklung von Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten über die Lebensspanne mit dem Titel „Zwischen Wachstum und Stagnation“ von Jeschke und Wolff (2010). Die Autorinnen, übrigens keine Psychoanalytikerinnen, stellen einem negativen Entwicklungszyklus, in dem sich aufreibendes Engagement und Erschöpfung gegenseitig hochschaukeln und durch Demoralisierung, Unzufriedenheit und Interessensverlust, bedingt durch ein vorzeitiges Sich-Verschließen zu immer größerer Stagnation führen, einen positiven Entwicklungszyklus gegenüber, in dem die stetige umfassende Reflexion der eigenen therapeutischen Tätigkeit, die sich nie auf ihren Lorbeeren ausruht, als Königsweg benannt wird, um Wachstum und Zufriedenheit mit der Arbeit als Therapeut zu erreichen. So schützt eine offene und selbstreflexive Haltung mit einem Bewusstsein für die Komplexität psychischer Prozesse und der Suche nach einem immer noch genaueren und tieferen Verständnis, auch, wie ich meine, mit Hilfe von Supervision, vor Stagnation und damit letztlich auch vor Burn-Out.

„Gedanken ohne Inhalt sind leer, Anschauungen ohne Begriffe sind blind.“ In Abwandlung dieses Zitats von Immanuel Kant könnte man auch sagen: Theorie ohne Praxis ist leer, Praxis ohne Theorie ist blind. Fruchtbar und hilfreich ist eine enge kontinuierliche Verflechtung von beiden.

**Literatur**

- Benjamin, J. (2004): Beyond doer and done-to: an intersubjective view of thirdness. *Psychoanalytic Quarterly* 73, 5-46.
- Bion, W. R. (1959): Angriffe auf Verbindungen. In: Bott Spillius, Elizabeth (Hg.) *Melanie Klein heute*. Bd. 1, München 1990.
- Bion, W. R. (1962): Lernen durch Erfahrung. Frankfurt am Main 1990.
- Bohleber, W. (2007): Der Gebrauch von offiziellen und privaten impliziten Theorien in der klinischen Situation. *Psyche* 61, S. 995-1016.
- Bollas, Ch. (1987): Der Schatten des Objekts. Das ungedachte Bekannte. Zur Psychoanalyse der frühen Entwicklung. Stuttgart 1997.
- Britton, R. (1998): Glaube, Fantasie und psychische Realität. *Psychoanalytische Erkundungen*. Stuttgart 2001.
- Casement, P. (1985): Vom Patienten lernen. Stuttgart 1989.
- Ferenczi, S./Rank, O. (1924): Entwicklungsziele der Psychoanalyse. Zur Wechselbeziehung von Theorie und Praxis. Leipzig.
- Ferro, A. (2002): Interpretation, Dekonstruktion, Erzählung oder die Beweggründe von Jacques. *Psyche* 56, S. 1-19.
- Ferro, A. (2003): Das bipersonale Feld. Konstruktivismus und Feldtheorie in der Kinderanalyse. Gießen.
- Freud, S. (1913): Zur Einleitung der Behandlung. *GW* 8, 454-478.
- Freud, S. (1980): Briefe 1873 – 1922. Frankfurt am Main.
- Igra, L. (1994): Stilles Töten. Das Konzept der inneren Urszene. *Forum der Psychoanalyse*, Bd. 10, H. 3, 199-212.
- Jeschke, K./Wolff, S. (2010): Zwischen Wachstum und Stagnation – Die professionelle Entwicklung von Psychotherapeut/inn/en über die Lebensspanne. *Psychotherapeuten-Journal* 1, S. 25-33.
- Joseph, B. (1989): Psychisches Gleichgewicht und psychische Veränderung. Stuttgart 1994.
- Kandinsky, W. (1952): Über das Geistige in der Kunst. Bern 2002.
- Klein, M. (1962): Das Seelenleben des Kleinkindes. Stuttgart 1983.
- Meltzer, D. (1980): Gedanken zur Veränderung meiner psychoanalytischen Methode. In: Kutter, P. et al. (Hg.): *Die psychoanalytische Haltung*. München 1988.
- Meltzer, D. (1967): *Der psychoanalytische Prozess*. Stuttgart 1995.
- Ogden, T. (1997): *Analytische Träumerei und Deutung*. Wien 2001.
- Segal, H. (1957): Bemerkungen zur Symbolbildung. In: Bott Spillius, E. (Hg.): *Melanie Klein heute*. Bd. 1, München 1990.
- Segal, H- (1991): *Traum, Fantasie und Kunst*. Stuttgart 1996.
- Will, H. (2008): Über die Position eines Analytikers, der keine Schule entstammt. Eine Fallstudie zum Verhältnis von privater und öffentlicher Theorie. *Psyche* 62, S. 1-27.
- Williams, G. (1997): Innenwelten und Fremdkörper. Abhängigkeitsbeziehungen bei Essstörungen und anderen seelischen Erkrankungen. Stuttgart 2003.
- Winnicott, D. W. (1971): *Vom Spiel zur Kreativität*. Stuttgart 1985.
- Wittenberger, A. (1998): Zohra – Essstörung als Ausdruck einer Störung in der Objektbeziehungsentwicklung. In: Schule-Markwort et al.(Hg.): *Psychische Störungen im Kindes- und Jugendalter*. Stuttgart 2001.
- Wittenberger, A. (1994): *Von Goldgräbern und Geisterjägern. Drei Kinderanalysen*. Tübingen 2001 (edition diskord, jetzt bei Brandes & Apsel, Frankfurt am Main).

- Wittenberger, A. (2005): Zur Psychodynamik einer jugendlichen Bulimie-Patientin. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 54, S. 337-353.
- Wittenberger, A. (2001): Der „kleine Hans“ und der „arme Ben“. Einige Überlegungen zur Bedeutung des dreidimensionalen Raumes. *Forum Supervision*, 9. Jg., H. 18, S. 83-98.
- Zwiebel, R. (2001): Zum Konzept des „Inneren Analytikers“. *Forum Supervision*, 9. Jg., H. 18, S. 65-82.
- Zwiebel, R. (2007): Von der Angst, Psychoanalytiker zu sein. Das Durcharbeiten der phobischen Position. Stuttgart.

Anschrift der Autorin:

Annegret Wittenberger, Korbacher Straße 245 D, 34312 Kassel.