Anmerkungen

[1] Die Patientin spaltet mich in eine Vielzahl von Personen auf: das Publikum ist ein Beispiel für die Spaltung in winzige Teilchen (*minute* splitting), die Wilfred Bion in seinem Beitrag „Zur Unterscheidung von psychotischen und nicht-psychotischen Persönlichkeiten" beschreibt (in diesem Band, S. 75–99).

[2] Ich setze mich in dieser Arbeit nicht mit den Gründen auseinander, die die depressive Position für diese Patienten so unerträglich machen. Herbert Rosenfelds „Bemerkungen zur Psychoanalyse des Über-Ich-Konflikts bei einem akut schizophrenen Patienten" (in diesem Band, S. 15–62) erläutern dieses Problem.

Aus: Bott Spillius (Hg.) Melanie Klein Heute Bd. 1: Beiträge zur Theorie

3
Zur Unterscheidung von psychotischen und nicht-psychotischen Persönlichkeiten

- 1957 -

Wilfred R. Bion

S. S 18-141 - neue Band

Thema dieser Arbeit ist, daß die Unterscheidung von psychotischen und nicht-psychotischen Persönlichkeiten auf einer kleinteiligen Spaltung [minute splitting] in dem gesamten Persönlichkeitsbereich beruht, der mit der Wahrnehmung der inneren und äußeren Realität befaßt ist, und auf der Ausstoßung dieser Fragmente, die daraufhin in ihre Objekte hineingelangen oder sie verschlingen. Ich werde diesen Vorgang detailliert beschreiben und im Anschluß daran erörtern, welche Konsequenzen sich daraus ergeben und wie sie sich auf die Behandlung auswirken.

Zu meinen Schlußfolgerungen gelangte ich im analytischen Kontakt mit schizophrenen Patienten, und ich habe sie in der Praxis überprüft. Ich bitte Sie, ihnen Beachtung zu schenken, denn sie hatten für meine Patienten Entwicklungen zur Folge, die im analytischen Sinn bedeutsam sind und nicht verwechselt werden dürfen mit Remissionen, wie sie Psychiatern vertraut sind, oder mit jener Kategorie von Zustandsverbesserungen, die man unmöglich mit Deutungen oder einer schlüssigen psychoanalytischen Theorie in Verbindung bringen kann. Ich bin der Überzeugung, daß die Fortschritte, die ich bei diesen Patienten beobachtet habe, es verdienen, psychoanalytisch untersucht zu werden.

Daß ich es lernte, mich in der Dunkelheit zu orientieren, die jede Analyse psychotischer Patienten durchzieht, verdanke ich im wesentlichen drei Arbeiten. Da sie für das Verständnis des Folgenden entscheidend sind, möchte ich sie in Erinnerung rufen. Erstens: Freuds (1911) Beschreibung des psychischen Apparats, der von den Forderungen des Realitätsprinzips und insbesondere jenes Teils

1) Formulierung eines neuen Prinzips des psychischen Geschehens

desselben, der mit dem an die Sinnesorgane geknüpften Bewußtsein zusammenhängt, auf den Plan gerufen wird, auf die ich (Bion 1954) mich in meinem Vortrag für den Londoner Kongreß 1953 bezog. Zweitens: Melanie Kleins ([1927] 1985) Beschreibung der phantasierten sadistischen Angriffe, die der Säugling während der paranoid-schizoiden Phase auf die Brust unternimmt, und drittens: ihre Entdeckung der projektiven Identifizierung (Klein [1946] 1983). Mit diesem Mechanismus spaltet der Patient einen Teil seiner Persönlichkeit ab und projiziert ihn in das Objekt, wo dieser Teil sich fest verankert – manchmal als Verfolger, da er die Psyche, von der er abgespalten wurde, in entsprechend verarmtem Zustand zurückläßt.

Um die Vermutung auszuschließen, ich führte die Entwicklung einer Schizophrenie ausschließlich auf bestimmte Mechanismen zurück, ohne die Persönlichkeit, die sie anwendet, zu berücksichtigen, möchte ich an dieser Stelle auf das verweisen, was meines Erachtens die Voraussetzungen für die Mechanismen sind. Da wären die Umwelt, auf die ich jetzt nicht eingehen möchte, und die Persönlichkeit, die vier entscheidende Merkmale aufweisen muß, nämlich: ein Überwiegen destruktiver Impulse von solcher Intensität, daß selbst der Liebesimpuls von ihnen überschwemmt wird und sich in Sadismus verkehrt; Haß auf die – innere wie äußere – Realität, der sich auf alles erstreckt, was zu einem Realitätsbewußtsein beiträgt; die Furcht vor drohender Vernichtung (Klein [1946] 1983) und schließlich eine unreife und übereilte Herstellung von Objektbeziehungen – wobei die Übertragung an vorderster Stelle steht –, deren Dürftigkeit einen auffallenden Kontrast zu der Hartnäckigkeit bildet, mit der an ihnen festgehalten wird. Unreife, Dürftigkeit wie Hartnäckigkeit sind pathognomisch und haben eine entscheidende Quelle in dem Konflikt (den ich an dieser Stelle nicht erörtere), den der Schizophrene nie lösen kann: im Konflikt zwischen Lebens- und Todestrieb.

Bevor ich mich den Mechanismen zuwende, die aus diesen Eigenschaften erwachsen, muß ich kurz einige Punkte klarstellen, die die Übertragung betreffen. Die Beziehung zum Analytiker ist unreif, entsteht überstürzt und ist von intensiver Abhängigkeit gekennzeichnet; erweitert der Patient unter dem Druck seiner Lebens- und Todestriebe die Beziehung, dann werden gleichzeitig zwei Phänomenstränge sichtbar. Erstens nehmen das Aufspalten

seiner Persönlichkeit und die Projektion der Fragmente in den Analytiker überhand, so daß Verwirrtheitszustände, wie Rosenfeld ([1952] 1981) sie beschrieb, die Folge sind. Zweitens wird die psychische und sonstige Aktivität, durch die der dominierende Impuls, sei er Lebens- oder Todestrieb, sich Ausdruck zu verschaffen bemüht, sofort durch den vorübergehend untergeordneten Impuls verstümmelt. Um der mit dieser Entstellung einhergehenden Qual und dem Verwirrtheitszustand zu entrinnen, kehrt der Patient zu der eingeschränkten Beziehung zurück. Während der gesamten Analyse setzen sich diese Schwankungen zwischen dem Versuch, die Beziehung zu erweitern, und dem Versuch, sie wieder einzuschränken, fort.

Wenden wir uns nun wieder den von mir aufgezählten Eigenschaften zu, die ich für wesentliche Merkmale der schizophrenen Persönlichkeit halte. Sie formieren sich zu einer psychischen Ausstattung, die sicherstellt, daß ihr Träger die paranoid-schizoide und die depressive Position auf eine Weise durchläuft, die sich deutlich von der entsprechenden Entwicklung anderer Menschen unterscheidet, die über diese Ausstattung nicht verfügen. Der Unterschied beruht darauf, daß diese Kombination von Eigenschaften zur kleinteiligen Fragmentierung der Persönlichkeit – insbesondere des realitätsbezogenen Bewußtseinsapparats, der laut Freud auf Geheiß des Realitätsprinzips zum Einsatz gelangt – führt und die übermäßige Projektion dieser Persönlichkeitsfragmente in äußere Objekte zur Folge hat.

In meinem Beitrag zum Internationalen Kongreß im Jahre 1953 (Bion 1954) habe ich einige Aspekte dieser Theorien beschrieben, als ich über die Beziehung der depressiven Position zur Entwicklung des verbalen Denkens und über die Bedeutung sprach, die dieser Zusammenhang für das Bewußtwerden der inneren und äußeren Realität hat. Denselben Gegenstand greife ich in dieser Arbeit wieder auf, allerdings setze ich nun bei einer viel früheren Phase an, dem Lebensbeginn des Patienten nämlich. Ich beschäftige mich mit Phänomenen der paranoid-schizoiden Position, die letzten Endes mit dem Nichtzustandekommen verbalen Denkens verknüpft sind. Wie dies sich verhält, wird, so hoffe ich, bald deutlich werden.

Die Theorien Freuds und Melanie Kleins, auf die ich bereits Bezug genommen habe, müssen nun genauer betrachtet werden.

Unter Hinweis auf seine Arbeit „Neurose und Psychose" (Freud 1924) definiert Freud (1924 a) ein Unterscheidungsmerkmal von Neurose und Psychose in dem Sinn, „daß bei ersterer das Ich in Abhängigkeit von der Realität ein Stück des Es (Trieblebens) unterdrückt, während sich dasselbe Ich bei der Psychose im Dienste des Es von einem Stück der Realität zurückzieht" (Freud 1924 a, S. 357). Ich nehme an, daß Freud, wenn er von der „Abhängigkeit" des Ichs von der Realität spricht, die Entwicklungen meint, die seiner Darstellung zufolge gemeinsam mit der Einsetzung des Realitätsprinzips stattfinden. Er schreibt: „Zunächst machten die neuen Anforderungen eine Reihe von Adaptierungen des psychischen Apparats nötig, die wir infolge von ungenügender oder unsicherer Einsicht nur ganz beiläufig aufführen können." (1911, S. 19) Dann zählt er auf: die erhöhte Bedeutung der der Außenwelt zugewendeten Sinnesorgane und des an sie geknüpften Bewußtseins; die *Aufmerksamkeit*, die er als eine „besondere Funktion" bezeichnet, „welche die Außenwelt [...] abzusuchen hatte, damit die Daten derselben im vorhinein bekannt wären, wenn sich ein unaufschiebbares inneres Bedürfnis einstellte" (ebd.); ein „System von *Merken*, welches die Ergebnisse dieser periodischen Bewußtseinstätigkeit zu deponieren hatte, ein Teil von dem, was wir *Gedächtnis* heißen"; die „*Urteilsfällung*, welche entscheiden sollte, ob eine bestimmte Vorstellung wahr oder falsch" sei (ebd.); die „motorische Abfuhr", die nicht länger einfach „zur Entlastung des seelischen Apparats von Reizzuwächsen", sondern „zur zweckmäßigen Veränderung der Realität verwendet wurde"; und schließlich das Denken, das es laut Freud dem seelischen Apparat ermöglicht, die Frustration zu ertragen, die mit dem Handeln unausweichlich einhergeht, weil es „ein Probehandeln" darstellt.

Wie man sehen wird, halte ich die Funktion und die Bedeutung des Denkens für wesentlich umfangreicher, im übrigen aber übernehme ich die von Freud vorgeschlagene Klassifizierung der Ichfunktion, da sie einen Teil der Persönlichkeit konkretisiert, mit dem sich diese Arbeit beschäftigt. Sie stimmt mit der klinischen Erfahrung überein und wirft Licht auf Vorgänge, die mir ohne sie unendlich rätselhafter erschienen wären.

Freuds Beschreibung möchte ich in zweierlei Hinsicht modifizieren, um sie enger mit meinen Ergebnissen zu verbinden. Zumindest was jene Patienten angeht, denen wir in der analytischen Praxis

begegnen können, glaube ich nicht, daß das Ich jemals vollständig von der Realität abgezogen ist. Ich würde sagen, daß sein Bezug zur Realität durch die Dominanz, die die Allmachtsphantasien des Patienten in seinem Denken und seinem Verhalten behaupten, verschleiert wird; eine Dominanz, die darauf abzielt, entweder die Realität oder das Bewußtsein von ihr zu zerstören und auf diese Weise einen Zustand zu erreichen, der weder Leben noch Tod bedeutet. Da der Realitätsbezug niemals vollständig verlorengeht, gibt es immer auch solche Phänomene, die wir gewöhnlich mit den Neurosen in Verbindung bringen, und weil sie inmitten psychotischen Materials bestehen, erschweren sie die Analyse, sobald ein entsprechender Fortschritt erzielt wurde. Auf diesem Bezug des Ichs zur Realität beruht die Existenz einer nicht-psychotischen Persönlichkeit, die parallel neben der psychotischen Persönlichkeit vorhanden ist, aber von dieser verdeckt wird.

Zweitens modifiziere ich Freuds Beschreibung dahingehend, daß der Rückzug von der Realität eine Illusion, keine Tatsache, darstellt und eine Folge des Einsatzes projektiver Identifizierung gegen den von Freud angeführten psychischen Apparat ist. Diese Phantasie ist so dominant, daß es klar ist, daß sie für den Patienten, der sich verhält, als könne sein Wahrnehmungsapparat sich in winzige Fragmente spalten und in Objekte hineinprojiziert werden, keine Phantasie, sondern eine Tatsache darstellt.

Diese Modifikationen führen uns zu der Schlußfolgerung, daß Patienten, die krank genug sind, um, sagen wir, für psychotisch erklärt zu werden, in ihrer Psyche einen nicht-psychotischen Persönlichkeitsteil bewahren, der den verschiedenen neurotischen Mechanismen zum Opfer fällt, mit denen die Psychoanalyse uns vertraut gemacht hat, sowie einen psychotischen Persönlichkeitsteil, der so dominant ist, daß der nicht-psychotische Teil der Persönlichkeit, zu dem er in einer negativen Juxtaposition steht, beinahe unkenntlich gemacht wird.

Eine Begleiterscheinung der von Freud erwähnten Ablehnung der Realität ist die von Melanie Klein (Klein [1946] 1983) als Teil der paranoid-schizoiden Phase beschriebene Phantasie des psychotischen Säuglings, die Brust sadistisch anzugreifen. Ich möchte betonen, daß der Psychotiker in dieser Phase seine Objekte – und gleichzeitig all die Teile seiner Persönlichkeit, die ihm die verhaßte Realität bewußt machen könnten – in äußerst winzige Fragmente

aufspaltet, denn diese splitterartigen Spaltungen sind wesentlich dafür verantwortlich, daß er das Gefühl hat, seine Objekte oder sein Ich nicht wiederherstellen zu können. Infolge dieser spaltenden Angriffe sind all diejenigen Persönlichkeitsmerkmale, die eines Tages die Grundlage für ein intuitives Verstehen des eigenen Selbst und anderer schaffen sollten, schon in ihrer Entstehung gefährdet. Sämtliche Funktionen, die Freud als Antworten einer späteren Entwicklungsstufe auf das Realitätsprinzip beschrieb – also das Bewußtsein für Sinneseindrücke, die Aufmerksamkeit, das Gedächtnis, die Urteilsfällung und das Denken –, haben in der noch rudimentären Gestalt, die sie zu Beginn des Lebens besitzen, die sadistischen, entleibenden Spaltungsangriffe gegen sich aufgebracht, die sie in winzige Teilchen spalten und aus der Persönlichkeit ausstoßen, damit sie in Objekte eindringen oder diese einkapseln können. In der Phantasie des Patienten führen die ausgestoßenen Ichpartikel eine unabhängige und unkontrollierte Existenz; sie enthalten entweder die äußeren Objekte in sich oder sind selbst in den Objekten enhalten; sie üben ihre Funktionen weiterhin aus, so als ob die Tortur, der sie unterworfen waren, nur dazu gedient hätte, ihre Anzahl zu erhöhen und sie zu Feinden der Psyche zu machen, die sie ausgestoßen hat. Folglich fühlt der Patient sich von bizarren Objekten umgeben, deren Charakter ich im folgenden beschreiben werde.

Im Empfinden des Patienten besteht jede Partikel aus einem realen Objekt, das in einem Stück der Persönlichkeit, von der es verschlungen wurde, wie in einer Kapsel eingeschlossen ist. Der Charakter dieser vollständigen Partikel hängt zum Teil vom Charakter des realen Objekts, sagen wir einem Grammophon, ab, und zum Teil vom Charakter der Persönlichkeitspartikel, die es verschlingt. Hat der Persönlichkeitsteil etwas mit dem Sehen zu tun, glaubt der Patient, daß das Grammophon ihn beobachtet, wenn es spielt; hängt der Persönlichkeitsteil mit dem Hören zusammen, dann hat er das Gefühl, das spielende Grammophon höre ihm zu. In seinem Zorn darüber, verschlungen worden zu sein, schwillt das Objekt sozusagen an, überschwemmt den Persönlichkeitsteil, der es festhält, und kontrolliert ihn: in diesem Maße ist die Persönlichkeitspartikel zu einem Gegenstand geworden. Da der Patient auf eben diese Partikel als Prototypen von Vorstellungen – die später die Matrix bilden sollen, aus denen die Wörter hervorgehen – angewiesen ist, muß er, wenn der Persönlichkeitsteil ganz von dem

Objekt angefüllt ist, das er zwar in sich enthält, von dem er aber kontrolliert wird, die Wörter für die Dinge halten, die sie bezeichnen, und dies trägt zu den von Segal beschriebenen Verwirrungen bei, die entstehen, weil der Patient zwar Gleichsetzungen vornimmt, aber keine Symbole entwickelt (vgl. Segal 1957, in diesem Band, S. 202 ff.). Da der Patient diese bizarren Objekte benutzt, um Gedanken zu bilden, ergibt sich nun ein neues Problem. Halten wir uns vor Augen, daß einer der Zwecke, die der Patient mit dem Einsatz von Spaltung und projektiver Identifizierung verfolgt, darin besteht, ihn vom Realitätsbewußtsein zu befreien, liegt es auf der Hand, daß er sich – mit geringstem Kraftaufwand – von der Realität dann am erfolgreichsten lösen könnte, wenn es ihm gelänge, diese zerstörerischen Angriffe auf das Verbindungselement – was immer es sein mag – anzusetzen, das die Sinneseindrücke mit dem Bewußtsein verbindet. In meinem Beitrag zum Internationalen Kongreß im Jahre 1953 (Bion 1954) zeigte ich, daß das Bewußtsein für die psychische Realität von der Entwicklung einer Fähigkeit zum verbalen Denken abhängig ist, deren Grundlage mit der depressiven Position verbunden ist. An dieser Stelle ist es nicht möglich, darauf näher einzugehen. Ich verweise statt dessen auf Melanie Kleins Arbeit über „Die Bedeutung der Symbolbildung für die Ichentwicklung" (Klein [1930] 1983) und auf H. Segals Beitrag von 1955 für die Britische Psychologische Gesellschaft (Segal 1957, in diesem Band, S. 202 ff.). In diesem Aufsatz stellt Segal die Bedeutung der Symbolbildung dar und untersucht ihre Beziehung zu verbalem Denken und den Wiedergutmachungswünschen, die normalerweise mit der depressiven Position verbunden sind. Ich beschäftige mich mit einer früheren Phase derselben Angelegenheit. Es ist meine Überzeugung, daß der Schaden, der in der depressiven Position allerdings sehr viel deutlicher in Erscheinung tritt, bereits in der paranoid-schizoiden Position angerichtet wird, in der die Grundlagen für ein primitives Denken geschaffen werden sollten, dies aber aufgrund übermäßiger Spaltung und projektiver Identifizierung nicht geschieht.

Freud schreibt dem Denken die Funktion zu, das Handeln zu verzögern. Er fährt jedoch fort: „Das Denken war wahrscheinlich ursprünglich unbewußt, insoweit es sich über das bloße Vorstellen erhob und sich den Relationen der Objekteindrücke zuwendete, und erhielt weitere für das Bewußtsein wahrnehmbare Qualitäten

erst durch die Bindung an die Wortreste." (Freud 1911, S. 20) Meine Erfahrungen lassen mich vermuten, daß eine gewisse Form des Denkens, die eher mit Ideogrammen und mit dem Sehen als mit Wörtern und dem Hören zusammenhängt, von Anfang an vorhanden ist. Dieses Denken ist auf die Fähigkeit angewiesen, zwischen der Introjektion von Objekten und der Projektion in Objekte ein Gleichgewicht herzustellen, erst recht aber darauf, daß ein Bewußtsein von den Objekten existiert. Dieses gehört zum nicht-psychotischen Teil der Persönlichkeit, einmal aufgrund der Spaltung und Ausstoßung des Bewußtseinsapparats, die ich bereits darstellte, zum anderen aus Gründen, auf die ich nun zu sprechen komme.

Aufgrund der Operationen des nicht-psychotischen Persönlichkeitsteils ist der Patient sich dessen bewußt, daß Introjektion zur Bildung unbewußten Denkens führt, von dem Freud sagt, daß es „sich den Relationen der Objekteindrücke zuwendete". Ich glaube nun, daß eben dieses unbewußte Denken, das sich nach Freud den Relationen zwischen den Objekteindrücken zuwendet, für das an die Sinnesorgane „geknüpfte" Bewußtsein verantwortlich ist. In dieser Meinung fühle ich mich durch seine zwölf Jahre später in der Arbeit „Das Ich und das Es" getroffene Feststellung bestärkt. Hier heißt es: „Die Frage: 'Wie wird etwas bewußt?' lautet also zweckmäßiger: 'Wie wird etwas vorbewußt?' Und die Antwort wäre: 'Durch Verbindung mit den entsprechenden Wortvorstellungen.'" (Freud 1923, S. 289) 1953 sagte ich in meinem Beitrag, daß das verbale Denken an das Bewußtsein für die psychische Realität gebunden ist (vgl. Bion 1954); ich glaube, dies trifft auch für das frühe prä-verbale Denken zu, von dem ich hier spreche. In Anbetracht meiner bisherigen Erläuterungen über die Angriffe, die der Psychotiker auf den gesamten psychischen Apparat unternimmt, der äußere und innere Realität bewußt macht, können wir erwarten, daß die projektive Identifizierung besonders folgenschwer gegen das Denken, wie immer es auch aussehen mag, eingesetzt wird, das sich den Beziehungen zwischen den Objekteindrücken zuwendet; denn wenn diese Verbindung durchtrennt werden könnte – oder besser noch: gar nicht zustande käme –, dann würde zumindest das Bewußtsein für die Realität zerstört, auch wenn die Realität selbst nicht zu zerstören ist. Das Zerstörungswerk ist aber bereits zur Hälfte getan, weil das Material, aus dem das Denken gemacht ist (bei dem Nicht-Psychotiker die Ausgewogenheit von Introjektion

und Projektion), dem psychotischen Persönlichkeitsteil nicht zur Verfügung steht, denn die Ersetzung von Projektion und Introjektion durch projektive Identifizierung hat ihn den bizarren Objekten überlassen, die ich beschrieben habe.

Nicht allein das primitive Denken wird angegriffen, weil es die aus der Realität gewonnenen Sinneseindrücke mit dem Bewußtsein verbindet; vielmehr greifen die Spaltungsprozesse aufgrund der dem Psychotiker eigenen übermäßigen Destruktivität auf die Verbindungen innerhalb der Denkprozesse selbst über. Diese primitive Matrix von Ideogrammen, aus denen das Denken sich entwickelt, enthält selbst wiederum Verbindungen zwischen den einzelnen Ideogrammen, die Freuds Formulierung vom Denken, das „sich den Relationen der Objekteindrücke zuwendete", bereits impliziert. Diese Verbindungen werden nun sämtlich angegriffen, bis es schließlich nicht mehr möglich ist, zwei Objekte so zusammenzubringen, daß jedes Objekt mitsamt seinen ihm innewohnenden Eigenschaften intakt bleibt und dennoch durch Zusammenführung ein neues psychisches Objekt geschaffen werden kann. Folglich gestaltet sich die Symbolbildung, deren therapeutische Wirkung von der Fähigkeit abhängt, zwei Objekte so zusammenzubringen, daß ihre Ähnlichkeit deutlich, ihre Unterschiedenheit aber dennoch nicht beeinträchtigt wird, nun zu einer schwierigen Aufgabe. Auf einer noch späteren Stufe zeigt das Ergebnis dieser Spaltungsangriffe sich in Form einer Verweigerung der Artikulation als dem Prinzip, Wörter zusammenzufügen. Dies bedeutet nicht, daß Objekte nicht zusammengebracht werden können; ich werde später im Zusammenhang mit der Agglomeration zeigen, daß eine solche Ansicht völlig unzutreffend wäre. Da „Das-was-verbindet" nicht nur in winzige Teile gespalten, sondern mit dem Ziel, eine Verbindung zu den anderen bizarren Objekten herzustellen, auch in Objekte hineinprojiziert wurde, fühlt der Patient sich darüber hinaus von winzigen Verbindungen umgeben, die die Objekte auf grausame Weise miteinander verknüpfen, weil sie selbst nun voller Grausamkeit sind.

Zum Abschluß meiner Beschreibung der Fragmentierung des Ichs sowie der Ausstoßung und Projektion der Teile in Objekte und deren Umgebung hinein möchte ich festhalten, daß der geschilderte Prozeß meines Erachtens den entscheidenden Faktor – soweit man einen solchen Faktor isolieren kann, ohne ihn zu ver-

zerren – für die Unterscheidung von psychotischem und nicht-psychotischem Persönlichkeitsteil darstellt. Er findet mit dem Lebensbeginn des Patienten statt. Die sadistischen Angriffe auf das Ich und auf die Matrix des Denkens, zusammen mit der projektiven Identifizierung der Bruchstücke, stellen sicher, daß von diesem Punkt an der psychotische und der nicht-psychotische Persönlichkeitsteil immer weiter auseinanderlaufen, bis die Kluft zwischen ihnen schließlich unüberbrückbar erscheint.

Die Konsequenzen für den Patienten bestehen darin, daß er sich nun zwar nicht in einer Traumwelt bewegt, aber in einer Welt aus Objekten, die normalerweise die Träume ausstatten. Seine Sinneseindrücke erscheinen auf eine Art entstellt, die angemessen erschiene, wenn sie so angegriffen worden wären, wie die Brust in den sadistischen Phantasien des Säuglings als angegriffen erlebt wird (Klein [1927] 1985). Der Patient fühlt sich in dem einmal erreichten Bewußtseinszustand gefangen und unfähig, ihm zu entfliehen, weil er merkt, daß ihm der Bewußtseinsapparat für die Realität fehlt, der sowohl den Fluchtweg erschließt als auch die Freiheit, in die er entkommen könnte. Das Gefühl der Gefangenschaft wird durch die bedrohliche Gegenwart der ausgestoßenen Fragmente, deren planetarische Bewegungen ja auch ihn selbst umfassen, noch intensiviert. Diese zwar primitiven, aber komplexen Objekte haben Eigenschaften, die für die nicht-psychotische Persönlichkeit der Masse, analen Objekten, den Sinnen, Vorstellungen und dem Über-Ich eigen sind.

Die Verschiedenartigkeit solcher Objekte, abhängig von dem Sinnesorgan, das sie vereinnahmt, verdient mehr als den kursorischen Hinweis auf ihre Entstehungsweise, den ich gegeben habe. Die Beziehung dieser Objekte zum Material ideographischen Denkens ist die Ursache dafür, daß der Patient reale Objekte mit primitiven Vorstellungen verwechselt und dann in Verwirrung gerät, wenn diese Objekte sich den Gesetzen der Naturwissenschaft beugen und nicht denen der Funktionsweise der Psyche. Wenn er das Ich wiederherzustellen versucht und diese Objekte wieder zurückgewinnen möchte – und in der Analyse fühlt er sich genötigt, diesen Versuch zu machen –, muß er sie durch umgekehrte projektive Identifizierung und auf dem Weg, auf dem sie ausgestoßen wurden, zurückholen. Ob er nun das Gefühl hat, eines dieser Objekte sei vom Analytiker in ihn hineingelegt worden, oder ob er das Gefühl

hat, er selbst habe es in sich aufgenommen – er empfindet das Eindringen als Angriff. Das Extrem, zu dem er die Objektspaltung ähnlich wie die Spaltung des Ichs gesteigert hat, macht jeden Versuch einer Synthese zum Risiko. Da er sich außerdem von dem-was-verbindet, von seiner Fähigkeit, zu verbinden, losgesagt hat, werden die Methoden zur Synthese als zu dürftig empfunden; er kann zwar komprimieren, aber nicht zusammenfügen, er kann Objekte zwar ineinander aufgehen lassen, sie aber nicht miteinander verbinden. Die Fähigkeit zu verbinden wird aufgrund ihrer Ausstoßung so empfunden, als ob sie, wie alle anderen ausgestoßenen Partikel, unendlich viel böser geworden wäre, als sie es zur Zeit der Ausstoßung war. Jede stattfindende Zusammenfügung erfolgt unter dem Aspekt der Vergeltung, das heißt auf eine Art, die den momentanen Wünschen des Patienten ausdrücklich entgegengesetzt ist. Im Verlauf der Analyse verliert dieser Komprimierungs- und Agglomerationsprozeß einiges von seiner Bösartigkeit, und dann entstehen neue Probleme.

Ich muß Ihre Aufmerksamkeit nun auf etwas lenken, das eigentlich einen eigenen Beitrag erfordert und an dieser Stelle deshalb nur erwähnt werden kann, aber in meiner Erläuterung, daß die psychotische Persönlichkeit oder ein Persönlichkeitsteil Spaltung und projektive Identifizierung als Ersatz für die Verdrängung eingesetzt hat, impliziert ist. Wo der nicht-psychotische Persönlichkeitsteil die Verdrängung als Mittel anwendet, bestimmte psychische Vorgänge sowohl vom Bewußtsein als auch von anderen Manifestations- und Aktivitätsformen fernzuhalten, versucht der psychotische Teil der Persönlichkeit, den Apparat loszuwerden, auf den die Psyche angewiesen ist, um die Verdrängungen durchzuführen; die Welt des Trauminventars scheint an die Stelle des Unbewußten getreten zu sein.

Ich werde nun versuchen, eine Behandlungsstunde zu beschreiben. Bei dieser Darstellung handelt es sich eher um eine auf diesen Theorien beruhende klinische Erfahrung als um die Beschreibung einer Erfahrung, auf der diese Theorien beruhen, aber ich hoffe, das Material vorheriger Stunden einzuarbeiten, das mich zu meinen Deutungen veranlaßte.

Der Patient kam zur Zeit, als die Stunde stattfand, von der ich einen kleinen Teil wiedergebe, seit sechs Jahren zu mir. Einmal war er fünfundvierzig Minuten zu spät gekommen, nie aber hatte er

eine Stunde verpaßt; die Stunden endeten immer pünktlich. An diesem Vormittag traf er eine Viertelstunde zu spät ein und legte sich auf die Couch. Er verbrachte einige Zeit damit, sich von einer Seite auf die andere zu drehen, angeblich, um es sich bequem zu machen. Schließlich sagte er: „Ich glaube nicht, daß ich heute irgend etwas machen werde. Ich hätte meine Mutter anrufen sollen." Er machte eine Pause, danach sagte er: „Nein; ich habe mir gedacht, daß es so sein würde." Es folgte eine längere Pause. „Nichts als dreckige Sachen und Gestank", sagte er dann, „ich glaube, ich kann nichts mehr sehen." Ungefähr fünfundzwanzig Minuten von unserer Zeit waren nun vergangen, und an dieser Stelle gab ich eine Deutung, aber bevor ich sie wiederhole, muß ich früheres Material erläutern, das meine Intervention verständlich machen wird, wie ich hoffe.

Die Manöver, die der Patient auf der Couch vollführte, waren mir schon vertraut. Vor fünf Jahren hatte er erklärt, daß sein Arzt ihm zu einer Bruchoperation geraten habe, und es war anzunehmen, daß das durch den Bruch hervorgerufene Unbehagen ihn zu diesem Hinundherrücken nötigte. Es war jedoch offenkundig, daß es um mehr ging als den Bruch und Rationalisierungsversuche, um sein körperliches Wohlbefinden zu steigern. Ich hatte ihn manchmal gefragt, was das für Bewegungen seien, und seine Antwort auf diese Fragen lautete: „Nichts." Einmal hatte er gesagt: „Ich weiß nicht." Ich hatte das Gefühl gehabt, „Nichts" sei sowohl eine kaum verhüllte Aufforderung an mich, mich um meine eigenen Angelegenheiten zu kümmern, als auch eine Verleugnung von etwas sehr Bösem. Ich hatte seine Bewegungen über Wochen und Jahre fortwährend beobachtet. Ein Taschentuch wurde neben seiner rechten Hosentasche arrangiert; er krümmte den Rücken – hier mit Sicherheit eine sexuelle Andeutung? Ein Feuerzeug fiel aus seiner Tasche. Sollte er es aufheben? Ja. Nein, vielleicht nicht. Nun, besser doch. Es wurde vom Boden aufgehoben und neben das Taschentuch gelegt. Augenblicklich ergoß sich eine Handvoll Münzen über die Couch und auf den Fußboden. Der Patient lag ganz still und wartete ab. Vielleicht, so ließen seine bedeutungsvollen Bewegungen vermuten, war es unklug gewesen, das Feuerzeug zurückzuholen. Das schien die Ursache für das Herausfallen der Münzen gewesen zu sein. Er wartete, vorsichtig, verstohlen. Und schließlich machte er die Bemerkung, die ich zitiert habe. Sie erinnerte mich an seine Schilderungen der umständlichen Manöver, die er vollziehen mußte, bevor er zur Toilette oder hinunter zum Frühstück ging oder seine Mutter anrief. Diese Schilderungen waren nicht in einer einzigen Stunde, sondern über Monate hinweg zustande gekommen. Ich war durchaus daran gewöhnt, mich an viele der freien Assoziationen zu erinnern, die mühelos zu dem Verhalten passen konnten, das er an diesem wie an anderen Vormittagen demonstrierte. Jetzt waren sie aber meine Assoziationen, und als ich einmal in einer Deutung von solchem Material Gebrauch gemacht hatte, hatte er mir genau dies zur Antwort gegeben. Ich erinnerte mich an eine Deutung, die einigermaßen erfolgreich gewesen war. Ich hatte darauf hingewiesen, daß er in bezug auf diese Bewegungen fast das gleiche empfand wie in bezug auf einen Traum, den er mir erzählt hatte – zu dem Traum fiel ihm nichts ein, und zu den Bewegungen fiel ihm auch nichts ein. „Ja", hatte er bestätigt, „so ist es." „Und dennoch", erwiderte ich, „ist Ihnen dazu einmal etwas eingefallen; Sie dachten, es läge an dem Bruch." „Das ist nichts", gab er zurück und hatte dann eine Pause gemacht, fast hinterhältig, meiner Meinung nach, so als wolle er sehen, ob ich begriffen hätte. Also sagte ich: „Dieses Nichts ist also in Wirklichkeit ein Bruch." „Keine Ahnung," erwiderte er, „nur ein Bruch." In mir blieb das Gefühl zurück, daß sein „Keine Ahnung" der Tatsache sehr ähnlich war, daß ihm zu den Träumen oder zu den Bewegungen „nichts einfiel", aber in dieser Stunde zumindest konnte ich nicht weiterkommen. In dieser Hinsicht waren die Bewegungen und die Träume sehr deutliche Beispiele verstümmelter Versuche zu kooperieren, und auch darauf hatte ich ihn aufmerksam gemacht.

Ihnen ist, wie es mir selbst häufig ging, vielleicht aufgefallen, daß ich hier Zeuge einer Reihe von dramatischen Miniaturdarstellungen war: Vorbereitungen auf das Baden oder Füttern des Babys, das Wechseln der Windeln oder aber eine sexuelle Verführung. Zutreffender wäre es, die meisten dieser Darstellungen als ein Konglomerat kleiner Ausschnitte aus einer ganzen Anzahl solcher Szenen zu bezeichnen, und dieser Eindruck weckte in mir schließlich die Vermutung, daß ich Zeuge einer ideomotorischen Aktivität war, das heißt einer Möglichkeit, eine Vorstellung [idea] zum Ausdruck zu bringen, ohne ihr einen Namen zu geben. Von hier aus war es nur ein kleiner Schritt zu der Annahme, daß es sich bei ihr um jene Art

von Motorik handelte, die Freud als Kennzeichen der Herrschaft des Lustprinzips beschrieben hat (vgl. Bion 1954). Denn was die psychotischen Phänomene betraf, die ich beobachtete, konnte der Patient mit seinem Verhalten nicht auf ein Bewußtsein von äußerer Realität reagieren; er führte jene motorische Abfuhr vor, von der Freud sagt, daß sie „während der Herrschaft des Lustprinzips zur Entlastung des seelischen Apparats von Reizzuwächsen gedient hatte und dieser Aufgabe durch ins Innere des Körpers gesandte Innervationen (Mimik, Affektäußerungen) nachgekommen war" (Freud 1911, S. 20). Dieser Eindruck kam mir wieder in den Sinn, als der Patient sagte: „Ich glaube nicht, daß ich heute irgendetwas machen werde." Diese Bemerkung konnte sich ebenso auf die Möglichkeit beziehen, daß er Material für meine Deutungen produzierte, wie auf die Möglichkeit, daß ich Deutungen produzieren würde. „Ich hätte meine Mutter anrufen sollen" konnte bedeuten, daß er nun mit seiner Unfähigkeit, in der Analyse mitzuarbeiten, dafür bestraft wurde, daß er es nicht getan hatte. Es bedeutete auch, daß seine Mutter wissen würde, was zu machen sei – sie würde Assoziationen aus ihm oder Deutungen aus mir herausholen können; auch von der Bedeutung, die seine Mutter für ihn hatte, hing etwas ab, aber in diesem Punkt tappte ich wirklich im Dunkeln. Sie war in der Analyse als einfache Arbeiterfrau aufgetaucht, die arbeiten gehen mußte, um die Familie zu ernähren; diese Betrachtungsweise hegte er mit derselben Überzeugung, die auch seine Behauptung prägte, daß die Familie außerordentlich wohlhabend sei. Mir wurde manchmal ein kurzer Blick auf sie gewährt, und ich sah eine Frau, die einer solchen Vielzahl von sozialen Verpflichtungen nachging, daß ihr wenig Zeit blieb, die Bedürfnisse des Patienten, der ihr ältester Sohn war, und ihrer ältesten Tochter – zwei Jahre älter als der Patient – oder der übrigen Familie zu befriedigen. Er hatte über sie so gesprochen – wenn man diese Nichtartikulation überhaupt als Sprache bezeichnen kann –, als wäre sie ohne jeden gesunden Menschenverstand, eine Frau ohne Bildung, trotz ihrer Angewohnheit, Kunstgalerien von internationalem Ruf zu besuchen. Aus all dem konnte ich nur den Schluß ziehen, daß ihre Art der Erziehung unkundig und bestenfalls pflichtbewußt war. Ich darf sagen, daß ich zu der Zeit, über die ich schreibe, kaum mehr von seiner realen Mutter wußte als das, was mir jemand mitteilte, der sich von seinem Ich in der Weise losgesagt hatte, die ich als

typisch für die psychotische Persönlichkeit beschrieben habe. Nichtsdestoweniger hatte ich diesen Gesamteindruck und einige Anhaltspunkte, auf die ich hier nicht eingehe, und auf sie stützte ich meine Deutungen. Der Patient reagierte auf sie, indem er sie völlig zurückwies, weil sie entweder unzulässig, weil falsch waren oder zwar richtig, aber insofern auf unlautere Weise zustande gekommen, als ich mich ohne seine Erlaubnis seines Verstandes (eigentlich seiner Fähigkeit, den Kontakt zur Realität aufrechtzuerhalten) bedient haben mußte. Er brachte damit eine eifersüchtige Verleugnung meiner Einsichtsfähigkeit zum Ausdruck.

Als der Patient nach einer Pause sagte, er habe gewußt, daß es so ausgehen würde, nahm ich an – und fühlte mich dabei auf recht sicherem Boden –, daß ich derjenige war, der in dieser Stunde wahrscheinlich nichts tun würde, und daß seine Mutter eine Person oder eine Sache war, die ihn hätte befähigen können, mit mir auf eine befriedigendere Weise umzugehen. Dieser Eindruck wurde durch die nächste Assoziation noch verstärkt.

Wenn die hier dargestellten Theorien richtig sind, dann hat der Patient, der wie dieser krank genug ist, um für unzurechnungsfähig erklärt zu werden, in jeder Situation zwei Hauptprobleme zu lösen, von denen das eine den nicht-psychotischen Persönlichkeitsteil, das andere den psychotischen Teil betrifft. Die psychotische Persönlichkeit und ihre Probleme machten bei diesem bestimmten Patienten und zu diesem bestimmten Zeitpunkt die nicht-psychotische Persönlichkeit und ihre Probleme noch undurchsichtiger. Nichtsdestoweniger blieben diese innerhalb des Materials erkennbar. Die nicht-psychotische Persönlichkeit hatte es mit einem neurotischen Problem zu tun, das heißt mit einem Problem, das sich um die Lösung eines Vorstellungs- und Gefühlskonflikts drehte, den die Operationen des Ichs ausgelöst hatten. Die psychotische Persönlichkeit aber war mit dem Problem beschäftigt, das Ich zu reparieren, und den Schlüssel dazu lieferte die Angst, nichts mehr sehen zu können. Da dieses psychotische Problem sich in den Vordergrund schob, befaßte ich mich damit und ging zuerst auf die letzte Assoziation ein. Ich sagte, daß er das Gefühl habe, ich hätte diese drekkigen Sachen und Gerüche auf seine Veranlassung hin gemacht, und daß er mich gezwungen hatte, sie einschließlich seines Sehvermögens, das er in mich hineingelegt hatte, in einem Defäkationsakt aus mir heraus zubefördern.

Der Patient zuckte krampfartig zusammen, und ich sah, daß er ganz vorsichtig die Augen wandern ließ, um zu sehen, was um ihn herum vorging. Folglich sagte ich, er fühle sich von schlechten und stinkenden Teilchen seiner selbst umgeben, zu denen auch seine Augen gehörten, die er durch seinen Anus ausgeschieden zu haben glaubte. Er antwortete: „Ich kann nicht sehen." Ich sagte dann zu ihm, er habe das Gefühl, sein Augenlicht und seine Fähigkeit, mit seiner Mutter oder mit mir zu sprechen, dann verloren zu haben, als er sich von diesen Fähigkeiten losgesagt hatte, um Schmerzen zu vermeiden.

In dieser letzten Deutung machte ich von einer Stunde Gebrauch, die viele Monate zurücklag und in der der Patient geklagt hatte, die Analyse sei eine Folter, eine Gedächtnisfolter. Anschließend zeigte ich ihm, daß er dann, wenn er Schmerzen fühlte, wie in dieser Stunde an seinem krampfartigen Zusammenzucken deutlich wurde, sich schmerzunempfindlich machte, indem er sich von seinem Gedächtnis und allem anderen befreite, was ihn die Schmerzen hätte wahrnehmen lassen können.

Patient: „Mein Kopf spaltet sich; es kann meine dunkle Brille sein."

Nun hatte ich fünf Monate zuvor eine dunkle Brille getragen, was, soweit ich mich erinnern konnte, von jenem Tag an bis zum gegenwärtigen Zeitpunkt keinerlei Reaktion verursacht hatte; das ist aber weniger überraschend, wenn wir bedenken, daß ich damals, als ich die dunkle Brille trug, von ihm als eines jener Objekte empfunden wurde, von denen ich gesprochen habe, als ich das Schicksal der ausgestoßenen Ich-Partikel beschrieb. Ich habe erklärt, daß die psychotische Persönlichkeit anscheinend das Auftauchen eines passenden Ereignisses abwarten muß, bevor sie das Gefühl hat, über ein Ideogramm zu verfügen, das sich zur Kommunikation mit sich selbst oder anderen eignet. Umgekehrt werden andere Ereignisse, von denen man annehmen könnte, daß sie für die nicht-psychotische Persönlichkeit eine unmittelbare Bedeutung haben, achtlos übergangen, weil sie so empfunden werden, als ob sie nur als Ideogramme, die nicht unmittelbar gebraucht werden, von Bedeutung seien. In meinem aktuellen Beispiel war das durch meine dunkle Brille entstandene Problem im nicht-psychotischen Teil der Persönlichkeit verdeckt, weil der psychotische Persönlichkeitsteil die Oberhand hatte; und in diesem Teil der Persönlichkeit

war der Vorfall lediglich als Ideogramm von Bedeutung, für das er im Augenblick keine Verwendung hatte. Als das Faktum sich in der Analyse endlich in den Vordergrund schob, sah es oberflächlich betrachtet so aus, als handele es sich um eine Art verzögerter Reaktion. Allerdings beruht eine solche Auffassung auf der Annahme, daß die Assoziation der dunklen Brille der Ausdruck eines neurotischen Konflikts im nicht-psychotischen Teil der Persönlichkeit war. In Wirklichkeit war es aber kein verzögerter Ausdruck eines Konflikts im nicht-psychotischen Teil der Persönlichkeit, sondern, wie ich zeigen werde, die Mobilisierung eines Ideogramms, das der psychotische Persönlichkeitsteil für die sofortige Reparatur des Ichs benötigte, das durch die geschilderte übermäßige projektive Identifizierung beschädigt worden war. Ein solches Sich-Aufdrängen von Fakten, die ursprünglich stillschweigend übergangen wurden, ist also weniger aufgrund dieser Verzögerung von Bedeutung als vielmehr deshalb, weil es ein Nachweis für die Aktivität des psychotischen Teils der Persönlichkeit ist.

Wenn man annimmt, daß die dunkle Brille hier eine verbale Kommunikation eines Ideogramms ist, ist es notwendig, die Deutung des Ideogramms zu bestimmen. Ich muß das mir zur Verfügung stehende Material hier so komprimieren, daß ich Gefahr laufe, unverständlich zu werden. Die Brille enthielt einen Hinweis auf die Babyflasche. Sie bestand aus zwei Gläsern – oder Flaschen – und hatte deshalb eine Ähnlichkeit mit der Brust. Die Brille war dunkel, denn sie war mißbilligend und zornig. Sie war aus Glas, um ihn für den Versuch zu entlohnen, durch sie hindurchzusehen, als die Brillengläser die Brüste waren. Sie war dunkel, weil er die Dunkelheit braucht, um den Eltern heimlich beim Geschlechtsverkehr zuzusehen. Sie war dunkel, weil er die Flasche nicht genommen hatte, um Milch zu bekommen, sondern um zu sehen, was die Eltern machten. Sie war dunkel, weil er sie und nicht einfach nur die in ihr enthaltene Milch verschluckt hatte. Und sie war auch deshalb dunkel, weil die klaren und guten Objekte in seinem Innern schwarz und stinkig geworden waren. All diese Attribute muß sie durch die Vorgänge im nicht-psychotischen Persönlichkeitsteil erlangt haben. Über diese Eigenschaften hinaus gab es solche, die, wie ich dargestellt habe, als Teil des Ichs zu ihr gehören, der durch projektive Identifizierung ausgestoßen worden ist, nämlich ihr Haß auf ihn als Teil seiner selbst, den er zurückgewiesen hatte. Ich griff

auf diesen Zuwachs an analytischer Erfahrung zurück, wobei ich mich immer noch auf das psychotische Problem, das heißt auf die Notwendigkeit konzentrierte, das Ich wiederherzustellen, um den Anforderungen der äußeren Situation gerecht zu werden, und sagte:

Analytiker: Ihr Sehvermögen ist wieder in Sie zurückgekehrt, aber es spaltet Ihnen den Kopf; Sie haben das Gefühl, daß es ein sehr schlechtes Sehvermögen ist, aufgrund dessen, was Sie ihm angetan haben.

Patient (bewegt sich, als habe er Schmerzen und müsse seinen Rücken schützen): Nichts.

Analytiker: Es scheint mit Ihrem Rücken zu tun zu haben.

Patient: Moralische Vorhaltungen.

Ich sagte, er empfinde sein Sehvermögen, die dunkle Brille, wie ein Gewissen, das ihn bestrafe: zum Teil, weil er sich von ihm freigemacht hatte, um Schmerzen zu vermeiden, zum Teil, weil er es benutzt hatte, um mir und seinen Eltern nachzuspionieren. Ich hatte nicht das Gefühl, der Dichte der Assoziation gerecht geworden zu sein.

Man wird bemerkt haben, daß ich nicht in der Lage gewesen bin, irgendwie zu erklären, wodurch diese Reaktionen des Patienten ausgelöst wurden.

Das überrascht nicht, denn ich beschäftige mich ja mit einem psychotischen Problem; und da das psychotische Problem, im Gegensatz zum nicht-psychotischen Problem, genau mit der Zerstörung des gesamten psychischen Apparats zusammenhängt, der das Bewußtsein für solche von der Realität ausgelösten Stimuli schafft, ist die Eigenart und selbst die Existenz solcher Stimuli gewöhnlich nicht erkennbar. Die nächste Bemerkung des Patienten brachte es jedoch an den Tag:

Patient: Das Wochenende – ich weiß nicht, ob ich es überstehe.

An diesem Beispiel sehen wir, auf welche Art und Weise der Patient seine Kontaktfähigkeit repariert zu haben und mir deshalb mitteilen zu können glaubt, was um ihn herum passierte. Dieses Phänomen war uns mittlerweile vertraut, so daß ich es nicht deutete. Statt dessen sagte ich:

Analytiker: Sie haben das Gefühl, Sie müßten es eigentlich schaffen können, ohne mich zurechtzukommen. Sie glauben aber, daß das nur dann gelingt, wenn Sie sehen können, was um Sie herum

geschieht, und wenn Sie mit mir noch in Verbindung bleiben können; Sie müßten in der Lage sein, die Verbindung zu mir über die Entfernung aufrechtzuerhalten, wie Sie es mit ihrer Mutter machen, wenn Sie sie anrufen; deshalb haben Sie versucht, ihre Seh- und Sprechfähigkeit wieder von mir zurückzubekommen.

Patient: Glänzende Deutung. *(Mit einem plötzlichen Zusammenzucken des ganzen Körpers)* Mein Gott!

Analytiker: Sie haben zwar das Gefühl, jetzt wieder sehen und verstehen zu können, aber das, was Sie sehen, glänzt so stark, daß es schreckliche Schmerzen bereitet.

Patient (ballt die Fäuste und wirkt sehr angespannt und ängstlich): Ich hasse Sie.

Analytiker: Wenn Sie sehen, was Sie sehen – die Unterbrechung am Wochenende und die Dinge, die Sie nur heimlich im Dunkeln beobachten können – das erfüllt Sie mit Haß auf mich und mit Bewunderung.

Ich bin der Überzeugung, daß die Wiederherstellung des Ichs an diesem Punkt für den Patienten bedeutete, vor dem nicht-psychotischen Problem, der Lösung des neurotischen Konflikts, zu stehen. In dieser Meinung wurde ich durch seine Reaktionen in der folgenden Woche bestärkt; er demonstrierte seine Unfähigkeit, den durch die Realität ausgelösten neurotischen Konflikt zu ertragen, und versuchte, dieses Problem durch projektive Identifizierung zu lösen. Dann versuchte er, mich als sein Ich zu benutzen, bekam Angst wegen seines Wahnsinns, unternahm weitere Versuche, sein Ich zu reparieren, und kehrte schließlich zu Realität und Neurose zurück; und auf diese Weise wiederholte sich der ganze Kreislauf.

Ich habe diesen Stundenausschnitt so detailliert geschildert, weil er hilft, eine Reihe von Punkten zu illustrieren, ohne den Leser mit einer ganzen Anzahl unterschiedlicher Beispiele für Assoziationen und Deutungen zu belasten. Zu meinem Bedauern mußte ich auf einiges beeindruckende Material voller Dramatik verzichten; denn auch darauf einzugehen, ohne gleichzeitig eine geradezu überwältigende Fülle von Beschreibungen der alltäglichen, banalen Analyse und ihrer Unmenge an schieren Unbegreiflichkeiten, Irrtümern usw. mitaufzunehmen, würde ein völlig irreführendes Bild ergeben. Gleichzeitig möchte ich aber keinen Zweifel daran lassen, daß der Ansatz, den ich beschreibe, meiner Meinung nach beachtliche Resultate erzielt. Die Veränderung, die in diesem Patienten wäh-

rend der Wochen vor sich ging, in denen ich ihm die beschriebene Wechselwirkung vor Augen führen konnte, würde meines Erachtens wohl jeder Analytiker als eine Besserung aufgrund der Psychoanalyse bezeichnen können. Das Verhalten des Patienten wurde weicher, sein Ausdruck wirkte viel weniger angespannt. Am Anfang und am Ende der Stunden schaute er mir in die Augen, statt mir auszuweichen oder, wie es bislang üblich gewesen war, hinter mich zu starren, als wäre ich die Oberfläche eines Spiegels, vor dem er ein inneres Drama probte – eine sonderbare Eigenschaft, die mir häufig die Erkenntnis vermittelt hatte, daß ich für ihn keine wirkliche Person war. Leider sind diese Phänomene nicht leicht zu beschreiben, und ich kann mich bei dem Versuch nicht lange aufhalten, weil ich die Aufmerksamkeit auf eine Verbesserung lenken möchte, die mir ebenso überraschend wie rätselhaft vorkam und bei anderen Patienten immer noch so vorkommt. Da sie mit dem Hauptthema dieser Arbeit zusammenhängt, kann ich mich wieder der theoretischen Diskussion zuwenden, die ich unterbrochen habe, um mein klinisches Beispiel vorzustellen.

Wenn es das verbale Denken ist, das Eindrücke synthetisch zusammenfaßt und miteinander verbindet und deshalb für das Bewußtwerden der inneren und äußeren Realität unerläßlich ist, dann ist zu erwarten, daß es während der ganzen Analyse gelegentlich destruktiven Spaltungs- und projektiven Identifizierungsprozessen unterliegt. Ich habe den Beginn des verbalen Denkens als Bestandteil der depressiven Position beschrieben. Aber die Depression, die dieser Phase eigen ist, ist selbst etwas, gegen das die psychotische Persönlichkeit sich wehrt; deshalb wird die Entwicklung des verbalen Denkens zum Angriffsziel, und seine noch ganz unentwickelten Elemente werden aus der Persönlichkeit ausgestoßen, wann immer es zu einer Depression kommt. In ihrem Beitrag zum Internationalen Kongreß von 1955 beschreibt Segal ([1956] 1990, in diesem Band, S. 63 ff.), wie die Psyche mit der Depression fertig wird; ich möchte Sie auf diese Beschreibung verweisen, weil sie für jenen Teil der depressiven Position zutrifft, den meine gegenwärtige Erörterung der Entwicklung des verbalen Denkens mitumfaßt. Ich habe aber gesagt, daß in der noch früheren Phase, der paranoid-schizoiden Position, Denkprozesse, die sich eigentlich entwickeln sollten, in Wirklichkeit zerstört werden. In dieser Phase kann überhaupt nicht von verbalem Denken gesprochen werden, sondern nur von

Ansätzen zu einem primitiven Denken präverbalen Charakters. Auf dieser frühen Stufe verhindert eine übermäßige projektive Identifizierung die glatte Introjektion und Assimilierung von Sinneseindrücken und verwehrt somit der Persönlichkeit die solide Grundlage, auf der die Anfänge des präverbalen Denkens sich weiterentwickeln könnten. Darüber hinaus wird nicht allein das Denken angegriffen, das selbst eine Verbindung ist, sondern ganz ähnlich auch die Faktoren, die für einen Zusammenhalt im Denken selbst sorgen, so daß letztendlich die Denkelemente, die Einheiten sozusagen, aus denen das Denken aufgebaut ist, nicht artikuliert, nicht miteinander verbunden werden können. Die Entwicklung des verbalen Denkens ist deshalb doppelt gefährdet: zum einen durch die fortgesetzten Angriffe, die ich als typisch für die depressive Position beschrieben habe, zum anderen dadurch, daß die Angriffe auf jede Denkform, die der depressiven Position vorausgeht, eine lange Geschichte haben.

Der Versuch zu denken, der für den gesamten Prozeß der Wiederherstellung des Ichs eine entscheidende Rolle spielt, umfaßt auch den Einsatz von primitiven, präverbalen Formen, die durch Verstümmelung und projektive Identifizierung beeinträchtigt sind. Das bedeutet, daß die ausgestoßenen Ich-Partikel mitsamt ihren Ablagerungen wieder unter Kontrolle gebracht und folglich in die Persönlichkeit reintegriert werden müssen. Die projektive Identifizierung wird deshalb umgekehrt, so daß diese Objekte auf demselben Weg, auf dem sie ausgestoßen wurden, wieder zurückgeholt werden. Das brachte ein Patient zum Ausdruck, als er sagte, zum Denken müsse er einen Darm, kein Gehirn benutzen, und die Exaktheit seiner Beschreibung noch einmal betonte, indem er mich korrigierte, als ich bei einer späteren Gelegenheit davon sprach, daß er etwas in sich hineingenommen habe, indem er es verschluckte – „Das Gedärm schluckt nicht", erwiderte er. Damit sie zurückgebracht werden können, müssen diese Objekte komprimiert werden. Wegen der Feindseligkeit der zurückgewiesenen Verbindungsfunktion, die nun selbst ein Objekt darstellt, können die Objekte nur unangemessen zusammengefügt oder aber angehäuft, versammelt werden. Ich habe in meinem klinischen Beispiel behauptet, daß die dunkle Brille ein Beispiel für diese Art von Agglomeration bizarrer Objekte darstellt, die das Produkt einer projektiven Identifizierung des Ichs waren. Darüber hinaus habe ich festge-

stellt, daß der Patient infolge seiner Unfähigkeit, zwischen solchen Objekten und realen Objekten zu unterscheiden, auf geeignete Ereignisse warten mußte, die ihm zusammen mit dem Ideogramm den für die Mitteilung notwendigen Impuls lieferten; und daß dieser Fall reziprok zu dem anderen war: nämlich ein Beispiel dafür, daß ein Ereignis nicht aufgrund seiner neurotischen Bedeutung gespeichert wird, sondern aufgrund seiner Bedeutung als Ideogramm. Das bedeutet nun, daß die dunkle Brille auf einer bereits relativ entwickelten Ebene Anwendung findet. Daß ein solches Ereignis gespeichert wird, damit es als Ideogramm Anwendung finden kann, entspricht in bestimmter Hinsicht Freuds Beschreibung der Suche nach Daten, damit diese bereits bekannt sind, wenn ein „unaufschiebbares inneres Bedürfnis" entsteht, als einer Funktion der Aufmerksamkeit, die ein Aspekt des Ichs ist. Es ist aber auch ein Beispiel für eine geschickte Agglomeration, die Bedeutungen erfolgreich vermitteln kann, selbst wenn dies hier in etwas rudimentärer Form geschieht. Die überraschende und beinahe beunruhigende Besserung, von der ich gesprochen habe, berührt genau diesen Punkt: die geschickte Agglomeration. Ich habe nämlich festgestellt, daß die Patienten nicht nur immer häufiger von verbalem Denken Gebrauch machten und auf diese Weise zeigten, daß ihre Fähigkeit zu verbalem Denken wuchs und sie den Analytiker zunehmend als wirklichen Menschen betrachteten, sondern auch, daß sie ein immer größeres Geschick für diese Art eines eher agglomerierenden, anhäufenden als artikulierten Sprechens entwickelten. Die Pointe der gesellschaftsfähigen, gebildeten Sprache liegt ja gerade darin, daß sie die Aufgabe des Denkenden oder Sprechenden enorm vereinfacht. Mit diesem Werkzeug lassen sich Probleme lösen, weil sie zumindest formuliert werden können, während ohne das Werkzeug bestimmte Fragen, egal, wie wichtig sie sein mögen, nicht einmal gestellt werden können. Das Außerordentliche ist nun die tour de force, der Kraftakt, mit dem der Patient primitive Denkformen benutzt, um äußerst komplexe Themen zu formulieren. Und ich halte es für wichtig, daß diese Fähigkeit gleichzeitig mit noch willkommeneren Fortschritten wächst. Ich spreche von willkommeneren Fortschritten, weil ich selbst noch nicht davon überzeugt bin, daß es richtig ist, den Inhalt einer Assoziation deshalb außer acht zu lassen, weil der Analytiker, wenn er sich mit ihm auseinandersetzen wollte, unendlich viel länger als der Patient re-

den müßte. Wie sähe beispielsweise die richtige Deutung des Gehalts von „moralischen Vorhaltungen" aus? Und wenn diese Frage beantwortet wäre – wie ginge man dann richtig vor? Wie lange soll man bei der Aufklärung verweilen?

Wir haben gesehen, daß die Partikel, die verwendet werden müssen, die Eigenschaften von Dingen haben. Das läßt sie dem Patienten als zusätzliches Hindernis für ihre Rückkehr erscheinen. Da diese Objekte, die so empfunden werden, als seien sie durch die projektive Identifizierung ausgestoßen worden, nach dieser Ausstoßung unendlich viel böser geworden sind, als sie es ursprünglich waren, fühlt der Patient sich durch diese Rückkehr, selbst wenn sie eigentlich gewollt ist, bedrängt, angegriffen und gequält. In dem Beispiel, das ich schilderte, kommt dies in der krampfartigen Bewegung des Patienten und seiner verblüffenden Reaktion auf die „glänzende" Deutung zum Ausdruck. Sie zeigt aber auch, daß die Sinne – als Teil des ausgestoßenen Ichs – ebenfalls schmerzhaft komprimiert werden, wenn sie zurückgenommen werden, und das ist häufig die Erklärung für die außerordentlich schmerzhaften taktilen, auditiven und visuellen Halluzinationen, in deren Fängen er sich zu quälen scheint. Depression und Angst werden, da sie demselben Mechanismus gehorchen, auf ähnliche Weise intensiviert, bis der Patient gezwungen ist, ihnen mittels projektiver Identifizierungen zu begegnen, so wie Segal es beschrieben hat.

Schlußfolgerung

Die praktische Erfahrung mit diesen Theorien hat mich davon überzeugt, daß sie von wirklichem Nutzen sind und zu Besserungen führen, bei denen auch die Psychoanalytiker den Eindruck haben müßten, daß sie ernsthaft überprüft und untersucht zu werden verdienen. Umgekehrt glaube ich, daß psychotische Patienten solange keine wirklichen Fortschritte machen können, wie dem Charakter der Divergenz zwischen der psychotischen und nichtpsychotischen Persönlichkeit nicht das entsprechende Gewicht beigemessen wird, insbesondere der Rolle, die die projektive Identifizierung im psychotischen Teil der Persönlichkeit als Ersatz für die Verdrängung im neurotischen Teil der Persönlichkeit spielt. Die destruktiven Angriffe, die der Patient auf sein Ich unternimmt, und

die Ersetzung von Verdrängung und Introjektion durch projektive Identifizierung müssen durchgearbeitet werden. Dasselbe gilt meines Erachtens auch für den schwer neurotischen Patienten, in dem meiner Meinung nach eine psychotische Persönlichkeit durch die Neurose verdeckt wird, so wie die neurotische Persönlichkeit durch die Psychose des Psychotikers verborgen wird und aufgedeckt und bearbeitet werden muß.

Literatur

Bion, W. R. (1954). Notes on the theory of schizophrenia. International Journal of Psycho-Analysis 35, S. 113–118.

Freud, S. (1911). Formulierungen über die zwei Prinzipien des psychischen Geschehens. StA Band III.

Freud, S. (1923). Das Ich und das Es. StA Band III.

Freud, S. (1924). Neurose und Psychose. StA Band III.

Freud, S. (1924 a). Der Realitätsverlust bei Neurose und Psychose. StA Band III.

Klein, M. (1927). Early stages of the Oedipus conflict. In: dies., The writings of Melanie Klein. Band 1, S. 186–198. London: Hogarth Press. (dt.: Frühstadien des Ödipuskonfliktes. Übers.v. Ch. Graf. In: dies., Frühstadien des Ödipuskomplexes. Frühe Schriften 1928–1945. Hg.v. J. Stork. Frankfurt/M.: Fischer 1985.)

Klein, M. (1930). The importance of symbol formation in the development of the ego. In: dies., The writings of Melanie Klein. Band 1. (dt.: Die Bedeutung der Symbolbildung für die Ichentwicklung. Übers.v. H. A. Thorner. In: dies., Das Seelenleben des Kleinkindes und andere Beiträge zur Psychoanalyse. Hg.v. H. A. Thorner. Stuttgart: Klett-Cotta 1983.)

Klein, M. (1946). Notes on some schizoid mechanisms. In: M. Klein, P. Heimann, S. Isaacs und J. Riviere (Hg.). Developments in psycho-analysis. London: Hogarth Press (1952), S. 292–320. (dt.: Bemerkungen über einige schizoide Mechanismen. Übers.v. H. A. Thorner. In: dies., Das Seelenleben des Kleinkindes. Stuttgart: Klett-Cotta 1983.)

Rosenfeld, H. (1952). Transference-phenomena and transference-analysis in an acute catatonic schizophrenic patient. International Journal of Psycho-Analysis 33, S. 457–464. (dt.: Übertragungsphänomene und Übertragungsanalyse bei einem Fall von akuter katatoner Schizophrenie. In: ders., Zur Psychoanalyse psychotischer Zustände. Übers.v. Ch. Kahley-Neumann. Frankfurt/M.: Suhrkamp 1981.)

Segal, H. (1956). Depression in the schizophrenic. International Journal of Psycho-Analysis 37, S. 339–343. Auch in: dies., The work of Hanna Segal. New York: Jason Aronson (1981), S. 121–129. (In diesem Band: Die Depression des schizophrenen Patienten, S. 63–74.)

Segal, H. (1957). Notes on symbol formation. International Journal of Psycho-Analysis 38, S. 391–397. (In diesem Band: Bemerkungen zur Symbolbildung, S. 202–224.)