

I Angriffe auf Verbindungen

Wilfred R. Bion

In früheren Arbeiten (Bion 1957a, in diesem Band, S. 75 ff.) hatte ich Gelegenheit, im Zusammenhang mit dem psychotischen Teil der Persönlichkeit über die destruktiven Angriffe zu sprechen, die der Patient auf alles unternimmt, was seinem Empfinden nach dazu dient, ein Objekt mit einem anderen zu verbinden. Ich habe die Absicht, in dieser Arbeit die Bedeutung dieser Form destruktiver Angriffe für die Hervorbringung von Symptomen, denen man in Borderline-Psychosen begegnet, aufzuzeigen.

Der Prototyp aller Verbindungen, über die ich sprechen möchte, ist die primitive Brust bzw. der primitive Penis. Mein Aufsatz setzt die Vertrautheit mit Melanie Kleins Beschreibungen der phantasierten sadistischen Angriffe des Säuglings auf die Brust (Klein [1933] 1983) voraus, die Kenntnis ihrer Beschreibungen der Objektsplaltung, der projektiven Identifizierung – womit sie den Mechanismus bezeichnet, durch den Teile der Persönlichkeit abgespalten und in äußere Objekte projiziert werden (Klein [1946] 1983) – und schließlich ihrer Ansichten über die frühen Stadien des Ödipuskomplexes (Klein [1927] 1985). Ich werde die phantasierten Angriffe auf die Brust als Prototyp aller Angriffe auf Objekte diskutieren, die als Verbindungen dienen, und die projektive Identifizierung als den Mechanismus, den die Psyche einsetzt, um die Ich-Fragmente loszuwerden, die durch ihre Destruktivität produziert wurden.

Zunächst werde ich die klinischen Erscheinungsbilder beschreiben, und zwar in einer Reihenfolge, die nicht der Chronologie ihres Auftretens im Behandlungszimmer folgt, sondern von der Notwendigkeit diktiert ist, meine These so verständlich wie möglich darzulegen. Im Anschluß daran werde ich Material vorstellen, das ich ausgewählt habe, um die Reihenfolge aufzuzeigen, die diese

Mechanismen dann annehmen, wenn ihre Beziehung zueinander von der Dynamik der analytischen Situation bestimmt ist. Mit einer theoretischen Betrachtung des vorgelegten Materials werde ich schließen. Die Beispiele stammen aus den Analysen zweier Patienten und sind fortgeschrittenen Analysestadien entnommen. Um die Anonymität zu wahren, werde ich zwischen den Patienten nicht unterscheiden und ihre persönlichen Daten verändern, was jedoch, so hoffe ich, die Exaktheit der analytischen Beschreibung nicht beeinträchtigen wird.

Die Beobachtung einer Disposition des Patienten, die Verbindung zwischen Objekten anzugreifen, wird dadurch vereinfacht, daß der Analytiker eine Verbindung zum Patienten herstellen muß und dies mittels verbaler Kommunikation und mit seinem Rüstzeug an psychoanalytischer Erfahrung leistet. Auf diese Verbindung ist die kreative Beziehung angewiesen, und aus diesem Grunde sollten wir in der Lage sein, Angriffe, die auf sie unternommen werden, wahrzunehmen.

Mir geht es nicht um typische Widerstände gegen Deutungen, vielmehr möchte ich die in meinem Aufsatz „Zur Unterscheidung von psychotischen und nicht-psychotischen Persönlichkeiten“ (1957a, in diesem Band, S. 75 ff.) angesprochenen zerstörerischen Angriffe auf das verbale Denken selbst ausführlicher erörtern.

Klinische Beispiele

Ich werde nun Ereignisse schildern, die mir Gelegenheit boten, dem Patienten eine ihm zum betreffenden Zeitpunkt verständliche Deutung eines Verhaltens zu geben, das dazu bestimmt war, alles zu zerstören, was zwei Objekte miteinander verband, egal um was es sich dabei handelte.

Hier die Beispiele:

I. Ich hatte Grund, dem Patienten eine Deutung zu geben, die zum Ausdruck brachte, daß er seiner Mutter gegenüber Zärtlichkeitsgefühle hegte und diese zeigte, weil sie in der Lage gewesen war, mit einem eigensinnigen Kind umzugehen. Der Patient versuchte zu sagen, daß er meine Meinung teile, aber obwohl es nur weniger Worte bedurfte, wurden diese von einem sehr ausgeprägten Stot-

tern unterbrochen, das dazu führte, daß seine Bemerkung sich über einen Zeitraum von eineinhalb Minuten hinzog. Die tatsächlich ausgestoßenen Laute klangen, als ob er nach Luft schnappte; in das Keuchen mischten sich Gurgellaute, als sei er unter Wasser. Ich machte ihn auf diese Geräusche aufmerksam, und er stimmte zu, daß sie merkwürdig seien und beschrieb sie selbst annähernd so, wie ich es gerade getan habe.

II. Der Patient beklagte sich darüber, nicht schlafen zu können. Mit Anzeichen von Angst sagte er: „So kann es nicht weitergehen.“ Unzusammenhängende Bemerkungen vermittelten den Eindruck, daß er das vordergründige Gefühl hatte, es könne eine Katastrophe eintreten; vielleicht würde er verrückt werden, wenn er nicht mehr Schlaf bekäme. Ich nahm auf Material aus der vorangegangenen Stunde Bezug und sagte, daß er Angst haben könnte zu träumen, wenn er einschlafe. Das stritt er ab und sagte, er könne nicht denken, weil er „blöde“ [wet – feucht] sei. Ich erinnerte ihn daran, daß er sonst mit diesem Wort „blöde“ seine Verachtung für Leute zum Ausdruck brachte, die in seinen Augen schwach und sentimental waren. Damit war er nicht einverstanden, sondern wies darauf hin, daß der Zustand, den er meinte, das genaue Gegenteil davon darstelle. Nach allem, was ich von dem Patienten wußte, hatte ich das Gefühl, daß seine Richtigstellung an diesem Punkt begründet war und die „Feuchtigkeit“ [wetness] sich irgendwie auf einen Ausdruck von Haß und Neid, wie er ihn mit urinären Angriffen auf ein Objekt in Verbindung brachte, bezog. Deshalb sagte ich, daß er zusätzlich zu der vordergründigen Angst, von der er gesprochen hatte, sich vor dem Schlaf fürchte, weil Schlafen für ihn gleichbedeutend mit dem Schwinden seines Verstandes selbst war. Die weiteren Assoziationen zeigten, daß er das Gefühl hatte, meine guten Deutungen würden von ihm so konsequent in kleinste Teilchen zerlegt, daß sie zu psychischem Urin wurden, der unkontrolliert versickerte. Der Schlaf war aus diesem Grund von der Bewußtlosigkeit nicht zu trennen, die selbst wiederum mit einem irreparablen Zustand der Stumpfsinnigkeit identisch war. Er sagte: „Jetzt bin ich trocken“. Ich erwiderte, er habe nun das Gefühl, daß er wach sei und denken könne, daß diese gute Verfassung aber auf unsicherem Boden stehe.

III. In dieser Stunde hatte der Patient Material gebracht, das durch die vorangegangene Wochenendunterbrechung ausgelöst worden war. Seit vergleichsweise kurzer Zeit erst war in der Analyse nachweisbar, daß er sich solcher äußeren Stimuli bewußt war. Vorher konnte man nur vermuten, wie weit er in der Lage war, die Realität anzuerkennen. Ich wußte, daß er einen Bezug zur Realität hatte, denn er kam von sich aus in die Analyse; aber sein Verhalten während der Stunden ließ diesen Schluß kaum zu. Als ich einige Einfälle als Zeichen seines Gefühls deutete, einen Geschlechtsverkehr zwischen zwei Menschen beobachtet zu haben und noch immer zu beobachten, reagierte er, als hätte er einen heftigen Schlag erhalten. Zu diesem Zeitpunkt konnte ich nicht sagen, wo er den Angriff verspürt hatte, und selbst im Nachhinein habe ich davon keine klare Vorstellung. Es wäre logisch zu vermuten, daß meine Deutung ihm den Schock versetzte und der Schlag deshalb von außen kam, aber ich habe den Eindruck, daß er ihn empfand, als würde er ihm von innen versetzt; der Patient erlebte oft etwas, was er als „Dolchangriff von innen“ beschrieb. Er setzte sich auf und starrte durchdringend ins Weite. Ich sagte, es habe den Anschein, als sähe er etwas. Er erwiderte, er könne nicht sehen, was er sähe. Aufgrund früherer Erfahrungen konnte ich deuten, er habe das Gefühl, ein unsichtbares Objekt zu „sehen“, und meine spätere Erfahrung überzeugte mich davon, daß es bei den beiden Patienten, auf deren Analysematerial ich mich in diesem Aufsatz stütze, vorkam, daß sie unsichtbar-sichtbare [invisible-visible] Halluzinationen hatten. Die Gründe für meine Vermutung, daß in diesem Beispiel wie in dem vorigen ähnliche Mechanismen am Werk waren, werde ich später nennen.

IV. In den ersten zwanzig Minuten der Stunde machte der Patient drei vereinzelte Bemerkungen, die für mich ohne Bedeutung waren. Dann sagte er, daß ein Mädchen, das er getroffen hatte, ihn zu verstehen schien. Auf diese Aussage folgte augenblicklich eine heftige, konvulsive Bewegung; er tat so, als habe er sie nicht bemerkt. Sie schien identisch mit den „Dolchangriffen“ zu sein, die ich im vorangegangenen Beispiel erwähnte. Ich versuchte, ihn auf die Bewegung aufmerksam zu machen, aber er ignorierte meine Intervention ebenso, wie er vorher den Angriff ignoriert hatte. Dann sagte er, der Raum sei von einem blauen Dunstschleier erfüllt. Kurze

Zeit später meinte er, der Dunst sei zwar nun verschwunden, aber er fühle sich deprimiert. Ich deutete, daß er sich von mir verstanden fühle. Diese Erfahrung sei angenehm, aber das schöne Gefühl, verstanden zu werden, sei augenblicklich zerstört und ausgestoßen worden. Ich erinnerte ihn daran, daß uns kürzlich aufgefallen war, daß er das Wort „blau“ benutzte, um Schmähreden über Sexualität zu charakterisieren. Wenn meine Deutung zutraf – und die folgenden Ereignisse legten dies nahe –, bedeutete dies, daß die Erfahrung, verstanden zu werden, gespalten, in kleine Teilchen eines sexuellen Mißbrauchs verwandelt und ausgestoßen worden war. Bis hierhin hatte ich das Gefühl, daß die Deutung seinem Erleben nahekam. Weitere Deutungen – daß das Verschwinden des Dunstes auf eine Reintrojektion und Umwandlung in Depression zurückzuführen war – schienen für den Patient weniger Realität zu besitzen, obwohl spätere Ereignisse durchaus mit ihrer Richtigkeit zu vereinbaren waren.

V. Die Stunde begann, wie die in meinem letzten Beispiel, mit drei oder vier Feststellungen, zum Beispiel daß es heiß sei, daß sein Zug überfüllt gewesen und daß heute Mittwoch sei; das nahm dreißig Minuten in Anspruch. Mein Eindruck, er versuche auf diese Weise, an seinem Bezug zur Realität festzuhalten, wurde durch seine Äußerung bestätigt, er habe Angst vor einem Zusammenbruch. Kurz danach sagte er, ich würde ihn nicht verstehen. Ich deutete, er habe das Gefühl, ich sei böse und wolle nicht in mich aufnehmen, was er gerne in mich hineinlegen würde. Ich formulierte die Deutung absichtlich mit diesen Worten, weil er in der vorherigen Stunde gezeigt hatte, daß er meine Deutungen als einen Versuch empfand, Gefühle auszustoßen, die er in mir deponieren wollte. Er reagierte auf meine Deutung mit der Bemerkung, es seien zwei „Wahrscheinlichkeitswolken“ im Zimmer. Ich deutete, er versuche, sein Gefühl loszuwerden, ich sei tatsächlich schlecht und böse; das bedeute, daß er darüber Bescheid wissen müsse, ob ich wirklich böse sei oder ob ich ein böses Ding sei, das aus seinem Innern gekommen war. Obwohl der Punkt in diesem Augenblick nicht von zentraler Bedeutung war, glaubte ich, daß der Patient sich darüber klar zu werden versuchte, ob er halluzinierte oder nicht. Diese in seiner Analyse immer wieder auftretende Angst hing mit seiner Furcht zusammen, daß sein Neid und Haß auf die Verständnissfähigkeit

ihn dazu veranlaßten, ein gutes, verständnisvolles Objekt in sich hineinzunehmen, um es dann zu zerstören und auszustoßen – ein Vorgang, der häufig zur Verfolgung durch das zerstörte und ausgestoßene Objekt geführt hatte. Ob meine Weigerung, ihn zu verstehen, ein Stück Realität war oder eine Halluzination, war nur insoweit wichtig, weil davon abhing, mit welchen schmerzhaften Erfahrungen als nächstes zu rechnen war.

VI. Die Hälfte der Stunde verging schweigend; dann verkündete der Patient, ein Stück Eisen sei auf den Boden gefallen. Anschließend vollführte er ohne einen Laut eine Reihe krampfartiger Bewegungen, als habe er das Gefühl, von innen körperlich angegriffen zu werden. Ich sagte, er könne zu mir keinen Kontakt herstellen, weil er Angst vor den Vorgängen in seinem Innern habe. Er stimmte zu und sagte, er habe das Gefühl, umgebracht zu werden. Er wisse nicht, was er ohne die Analyse tun solle, denn sie verbessere seinen Zustand. Ich erwiderte, daß er – weil wir gemeinsam arbeiten konnten, damit es ihm besser ging – derart neidisch auf sich selbst und auf mich sei, daß er uns beide als ein totes Stück Eisen und einen toten Boden, die zusammen kämen, nicht um ihm Leben zu vermitteln, sondern um ihn umzubringen, in sich aufnehme. Er bekam große Angst und sagte, er könne nicht weitermachen. Ich antwortete, er habe das Gefühl, nicht weitermachen zu können, weil er entweder tot sei oder aber lebendig und so neidisch, daß er die gute Analyse abbrechen müsse. Seine Angst ließ merklich nach; aber der Rest der Stunde war ausgefüllt mit isolierten Feststellungen, was wiederum ein Versuch zu sein schien, seine Phantasien zu verleugnen, indem er den Bezug zur äußeren Realität wahrte.

Gemeinsame Merkmale der geschilderten Beispiele

Ich habe diese Episoden ausgewählt, weil in jeder einzelnen der destruktive Angriff auf eine Verbindung das Hauptthema war. In der ersten kam der Angriff durch ein Stottern zum Ausdruck, das verhindern sollte, daß der Patient die Sprache als Verbindung zwischen sich selbst und mir benutzte. Im zweiten Beispiel wurde der

Schlaf von ihm so empfunden, als sei er mit einer projektiven Identifizierung identisch, die vonstatten ging, ohne daß er sie irgendwie kontrollierend hätte beeinflussen können. Zu schlafen bedeutete für ihn, daß sein Verstand, in winzige Fragmente gespalten, in einer Flut angreifender Teilchen aus ihm herausströmte.

Die Beispiele, die ich hier vorstelle, werfen ein Licht auf das schizophrene Träumen. Der psychotische Patient macht bis zu einer verhältnismäßig fortgeschrittenen Analysephase den Eindruck, als habe er keine Träume – oder zumindest berichtet er keine. Ich habe nun den Eindruck, daß es sich bei diesem scheinbar traumlosen Zustand um ein der unsichtbar-visuellen [invisible-visual] Halluzination analoges Phänomen handelt. Das heißt, daß die Träume aus derart kleinteilig gespaltenem Material bestehen, daß sie bar jeder visuellen Komponente sind. Wenn der Patient Träume hat, von denen er erzählen kann, weil er im Verlauf des Traumes visuelle Objekte erlebt hat, scheint er diese Objekte so zu betrachten, als ob sie zu den unsichtbaren Objekten der vorangegangenen Phase fast dieselbe Beziehung hätten, wie sie für ihn zwischen Fäzes und Urin besteht. Der Patient hält die in den von uns als Träume bezeichneten Erlebnissen auftretenden Objekte für stabil, und als solche heben sie sich von den Traumgehalten ab, die aus einem Kontinuum splitterartiger, unsichtbarer Bruchstücke bestanden.

Als wir diese Stunde hatten, war nicht der Angriff auf eine Verbindung das Hauptthema; im Mittelpunkt standen vielmehr die Folgen eines solchen zuvor unternommenen Angriffs, die darin bestanden, daß es dem Patienten nun an dem Bewußtseinszustand mangelte, der notwendig gewesen wäre, um eine befriedigende Beziehung zwischen ihm und seinem Bett herzustellen. Auch wenn sich dies in der von mir geschilderten Stunde nicht zeigte, hielt er die nicht zu kontrollierende projektive Identifizierung – und der Schlaf hatte in seinen Augen diese Bedeutung – für einen destruktiven Angriff auf den Bewußtseinszustand der vereinigten Eltern. Aus diesem Grund gab es eine doppelte Angst: die eine entsprang seiner Furcht, den Verstand zu verlieren, die andere der Furcht, die durch seinen eigenen Verstand mit Munition belieferten feindseligen Angriffe auf den Bewußtseinszustand, der die Verbindung zwischen dem Elternpaar bildete, nicht mehr unter Kontrolle halten zu können. Der Schlaf war ebenso unannehmbar wie die Schlaflosigkeit.

Im dritten Beispiel, in dem ich visuelle Halluzinationen unsichtbarer Objekte beschrieb, erleben wir, wie der Angriff auf das vereinigte Paar tatsächlich ausgeführt wird. Soweit ich es beurteilen konnte, empfand der Patient meine Deutung, als sei sie seine eigene Vision von einem elterlichen Geschlechtsverkehr; dieser visuelle Eindruck wird in winzige Teile aufgespalten und sofort in Form derart kleiner Partikel ausgestoßen, daß sie die unsichtbaren Komponenten eines Kontinuums bilden. Der gesamte Vorgang diente dem Zweck, dem Erleben von Neidgefühlen gegenüber dem Bewußtseinszustand der Eltern zuvorzukommen, indem der Neid sich augenblicklich in einem destruktiven Akt Ausdruck verschaffte. Über diesen indirekten Haß auf Gefühle und die Notwendigkeit, das Bewußtwerden des Hasses zu vermeiden, werde ich noch etwas mehr sagen müssen.

In meinem vierten Beispiel, der Schilderung des verständnisvollen Mädchens und des Dunstes, empfand der Patient mein Verständnis und seine angenehme Gemütsverfassung als Verbindung zwischen uns, die einen kreativen Akt hervorbringen könnte. Er betrachtete diese Verbindung voller Haß und verwandelte sie in feindselige und destruktive Sexualität, die das Patient-Analytiker-Paar unfruchtbar machte.

In meinem fünften Beispiel, der Episode mit den zwei „Wahrscheinlichkeitswolken“, ist die Verständnissfähigkeit die angegriffene Verbindung, interessant aber ist die Tatsache, daß das Objekt, das die destruktiven Angriffe unternimmt, dem Patienten fremd ist. Darüber hinaus unternimmt der Zerstörer einen Angriff auf die projektive Identifizierung, die für den Patienten eine Methode der Kommunikation darstellt. Insoweit er meinen mutmaßlichen Angriff auf seine Kommunikationsmethode als Ergebnis seines neidischen Angriffs auf mich empfindet, sagt der Patient sich nicht von Schuld- und Verantwortungsgefühlen los. Ein weiterer Punkt ist der, daß unter den ausgestoßenen Teilen der Persönlichkeit des Patienten die Urteilskraft in Erscheinung tritt, die Freud als wesentliches Kennzeichen der Vorherrschaft des Realitätsprinzips betrachtet. Das Vorhandensein der zwei „Wahrscheinlichkeitswolken“ blieb zu diesem Zeitpunkt ungeklärt, aber das Material der folgenden Stunden ließ mich vermuten, daß das, was ursprünglich ein Versuch gewesen war, das Gute vom Bösen zu trennen, in der Existenz zweier Objekte überlebte, die einander aber nun ähnelten,

da jedes aus einer Mischung von Gutem und Bösem bestand. Unter Berücksichtigung des Materials aus späteren Stunden kann ich Schlußfolgerungen ziehen, die damals noch nicht möglich waren; seine Urteilsfähigkeit, die abgespalten und zusammen mit dem Rest seines Ichs zerstört und ausgestoßen worden war, wurde von ihm ähnlich wie andere bizarre Objekte der Art, die ich in dem bereits erwähnten Aufsatz „Zur Unterscheidung von psychotischen und nicht-psychotischen Persönlichkeiten“ beschrieben habe, empfunden. Vor diesen ausgestoßenen Teilen hatte er aufgrund der Behandlung, die er ihnen hatte angedeihen lassen, Angst. Er hatte das Gefühl, daß die ihm entfremdete Urteilsfähigkeit – die „Wahrscheinlichkeitswolken“ – andeutete, daß ich wahrscheinlich böse sei. Sein Verdacht, daß es sich bei den „Wahrscheinlichkeitswolken“ um feindlich gesonnene Verfolger handelte, hatte zur Folge, daß er am Wert der von ihnen angebotenen Führung zweifelte. Es war möglich, daß sie ihn mit einer korrekten Beurteilung versorgten, ebenso bestand aber auch die Möglichkeit, daß sie ihm absichtlich eine falsche lieferten, zum Beispiel eine Tatsache als Halluzination ausgaben oder umgekehrt; oder daß sie etwas hervorbrächten, was wir aus psychiatrischer Sicht als Wahnvorstellungen bezeichnen würden. Die „Wahrscheinlichkeitswolken“ selbst hatten Eigenschaften einer primitiven Brust und wurden als rätselhaft und einschüchternd empfunden.

In meiner sechsten Darstellung, dem Bericht über das Eisenstück, das auf den Boden gefallen war, hatte ich keine Gelegenheit, einen Aspekt des Materials zu deuten, der dem Patienten zu diesem Zeitpunkt bereits vertraut war. (Ich sollte vielleicht sagen, daß die Erfahrung mich gelehrt hatte, daß es Zeiten gab, in denen ich die Vertrautheit des Patienten mit einem Aspekt einer Situation, mit der wir es zu tun hatten, voraussetzte, um dann feststellen zu müssen, daß er ihn trotz unserer Arbeit daran wieder vergessen hatte.) Der bekannte Aspekt, den ich nicht deutete, der aber für das Verständnis dieser Episode wichtig ist, bestand darin, daß der Neid des Patienten auf das Elternpaar umgangen worden war, indem er die Eltern durch sich selbst und mich ersetzt hatte. Das Paar, das in einem kreativen Akt begriffen ist, wird empfunden, als teile es eine beneidenswerte emotionale Erfahrung; da er ebenfalls mit dem ausgeschlossenen Teil identifiziert ist, macht er auch eine schmerzhaft Erfahrung. Bei vielen Gelegenheiten empfand der Patient – zum

Teil aufgrund von Erfahrungen wie der, die ich in dieser Episode beschreibe, und zum Teil aus Gründen, auf die ich später noch ausführlicher eingehen werde – Haß auf Gefühle, mithin schon beinahe auf das Leben selbst. Dieser Haß trägt seinen Teil zu dem mörderischen Angriff auf das bei, was das Paar verbindet, auf das Paar selbst und auf das von dem Paar erzeugte Objekt. In der Episode, die ich beschreibe, leidet der Patient unter den Folgen seines frühen Angriffs auf den Bewußtseinszustand, der die Verbindung zwischen dem kreativen Paar und seiner Identifizierung sowohl mit dem haßerfüllten als auch den kreativen Bewußtseinszuständen bildet.

In diesem wie im vorangegangenen Beispiel gibt es Elemente, die an die Bildung eines feindseligen, verfolgenden Objekts – oder einer Anhäufung von Objekten – denken lassen, das seine Feindseligkeit in einer Weise zum Ausdruck bringt, die für das Zustandekommen der Vorherrschaft psychotischer Mechanismen bei dem Patienten von großer Bedeutung ist; die Eigenschaften, die ich der Anhäufung verfolgender Objekte bereits zugemessen habe, haben den Charakter eines primitiven – und sogar mörderischen – Über-Ichs.

Neugierde, Arroganz und Dummheit

In der Arbeit, die ich 1957 auf dem Internationalen Kongreß vorstellte (Bion [1957a], in diesem Band, S. 75 ff.), vertrat ich die Auffassung, daß Freuds Vergleich einer archäologischen Untersuchung mit einer Psychoanalyse hilfreich sei, wenn man berücksichtigte, daß wir weniger die Zeugnisse einer primitiven Zivilisation als die eines primitiven Desasters freilegen. Der Wert des Vergleichs wird dadurch geschmälert, daß wir es in der Analyse weniger mit einer statischen Situation zu tun haben, die eine geruhende Untersuchung gestattet, als mit einer Katastrophe, die gleichzeitig aktiv bleibt und dennoch unmöglich in einen Ruhezustand aufgelöst werden kann. Dieser Mangel an Weiterentwicklung in jede Richtung muß zum Teil der Zerstörung der Fähigkeit, neugierig zu sein, und der daraus folgenden Lernunfähigkeit zugeschrieben werden. Bevor ich darauf aber näher eingehe, muß ich mich zu einer Angelegenheit äußern, die in den bisher beschriebenen Beispielen kaum eine Rolle spielt.

Angriffe auf die Verbindung entstammen der, wie Melanie Klein sie nannte, paranoid-schizoiden Phase. In dieser Periode dominieren Beziehungen zu Teilobjekten (Klein [1948] 1983). Behält man im Auge, daß der Patient zu sich selbst wie auch zu Objekten, die nicht er selbst sind, eine Teilobjekt-Beziehung hat, trägt dies zum Verständnis solcher Redewendungen wie „es scheint“ bei, die von dem sehr gestörten Patienten im allgemeinen in Situationen benutzt werden, in denen ein weniger gestörter Patient „ich denke“ oder „ich glaube“ sagen würde. Wenn er „es scheint“ sagt, meint er damit häufig ein Gefühl – ein „Es-scheint“-Gefühl –, das ein Teil seiner Psyche ist und dennoch nicht als Teil eines ganzen Objekts wahrgenommen wird. Die einer anatomischen Struktur analoge Konzeption von Teilobjekten, die darauf zurückzuführen ist, daß der Patient konkrete Bilder an die Stelle von Denkeinheiten setzt, ist irreführend, weil die Teilobjekt-Beziehung nicht nur zu den anatomischen Strukturen, sondern auch zur Funktion besteht, nicht nur zur Anatomie, sondern auch zur Physiologie, nicht nur zur Brust, sondern auch zum Stillen, Vergiften, Lieben, Hassen. Dadurch wird der Eindruck eines Desasters hervorgerufen, das einen dynamischen und keinen statischen Charakter hat. Das Problem, das in dieser frühen, noch oberflächlichen Phase zu lösen ist, muß in der Erwachsenen-Sprache in Form der Frage „Was ist etwas?“ gestellt werden, nicht in der Form „Warum ist etwas?“, denn das „Warum“ ist aufgrund von Schuldgefühlen abgespalten worden. Probleme, deren Lösung von einem Kausalitätsbewußtsein abhängig ist, können aus diesem Grund nicht formuliert, geschweige denn gelöst werden. Dadurch entsteht eine Situation, in der der Patient offenbar keine Probleme hat außer denen, die die Existenz von Analytiker und Patient aufwirft. Sein Hauptproblem dreht sich darum, was diese oder jene Funktion darstellt, derer er sich bewußt ist, obwohl er die Totalität, von der die Funktion ein Teil ist, nicht begreifen kann. Daraus ergibt sich, daß sich niemals die Frage stellt, weshalb der Patient da ist oder der Analytiker oder weshalb etwas gesagt oder getan oder empfunden wird, und ebenso wenig kommt der Versuch in Frage, die Ursachen irgendeiner Gemütsverfassung zu verändern...

Denn das „Was?“ ist niemals zu beantworten, ohne daß durch das „Wie?“ oder „Warum?“ weitere Schwierigkeiten entstehen. Ich werde dies zurückstellen, um zunächst die Mechanismen zu

betrachten, die der Säugling einsetzt, um das Problem des „Was?“ zu lösen, wenn es in bezug auf eine Teilobjekt-Beziehung mit einer Funktion empfunden wird.

Verweigerung normaler projektiver Identifizierung

Ich verwende den Begriff „Verbindung“ [link], weil ich die Beziehung des Patienten zu einer Funktion, und nicht zu dem Objekt, das einer Funktion dient, erörtern möchte; mir geht es nicht allein um die Brust oder den Penis oder das verbale Denken, sondern um ihre Funktion, die Verbindung zwischen zwei Objekten herzustellen.

In ihren „Bemerkungen über einige schizoide Mechanismen“ spricht Melanie Klein ([1946] 1983) über die Rolle, die ein übermäßiger Einsatz von Spaltung und projektiver Identifizierung bei der Hervorbringung einer sehr gestörten Persönlichkeit spielt. Sie spricht auch über die „Introjektion des guten Objekts, vor allem der mütterlichen Brust“ als einer „Vorbereitung für die normale Entwicklung“ (Klein [1946] 1983, S. 142). Ohne die Grenzen, innerhalb derer Normalität liegt, zu definieren, gehe ich davon aus, daß es ein normales Maß an projektiver Identifizierung gibt und daß dies in Verbindung mit introjektiven Identifizierungsvorgängen die Grundlage darstellt, auf der die normale Entwicklung beruht.

Diese Auffassung beruht zum Teil auf einem Charakteristikum in der Analyse eines Patienten, das schwierig zu deuten war, weil es sich nie so auffällig in den Vordergrund drängte, daß eine Deutung sich auf überzeugende Nachweise hätte stützen können. Während der gesamten Analyse griff der Patient mit einer Beharrlichkeit auf projektive Identifizierungen zurück, die vermuten ließ, daß es sich um einen Mechanismus handelte, von dem er nie hinreichend hatte Gebrauch machen können; die Analyse bot ihm Gelegenheit, einen Mechanismus auszuprobieren, um den er betrogen worden war. Ich war nicht allein auf diesen Eindruck angewiesen. Es gab Stunden, die mich vermuten ließen, daß der Patient das Gefühl hatte, es gäbe irgendein Objekt, das ihm den Einsatz der projektiven Identifizierung verweigerte. In den Beispielen, die ich geschildert habe –

insbesondere im ersten, dem Stottern, und dem vierten, dem verständnisvollen Mädchen und dem blauen Dunstschleier –, gibt es Elemente, die auf das Gefühl des Patienten hindeuten, ich verwehrte Teilen seiner Persönlichkeit, die er in mir ruhen lassen wollte, den Zugang; er hatte aber zuvor schon Assoziationen gehabt, die mich zu dieser Ansicht führten.

Wenn der Patient danach strebte, sich von Todesängsten zu befreien, die seinem Gefühl nach zu stark waren, als daß seine Persönlichkeit sie in sich hätte bewahren können, spaltete er seine Ängste ab und legte sie in mich hinein; offenbar in der Vorstellung, daß sie, wenn sie lange genug in mir ruhen dürften, von meiner Psyche modifiziert werden würden, um dann gefahrlos reintrojiziert werden zu können. Bei der Gelegenheit, an die ich denke, hatte der Patient, wahrscheinlich aus Gründen, die denen in meinem fünften Beispiel, den „Wahrscheinlichkeitswolken“, glichen, das Gefühl, ich gäbe sie so schnell wieder ab, daß die Gefühle nicht modifiziert, sondern noch schmerzhafter geworden waren.

Einfälle aus einer früheren Analysephase als der, der diese Beispiele entstammen, zeigten, daß die Gefühlsintensität des Patienten wuchs. Dies wurzelte in dem, was er als meine Weigerung empfand, Teile seiner Persönlichkeit anzunehmen. Folglich bemühte er sich, sie mit erhöhter Verzweiflung und Gewaltsamkeit in mich hineinzuzwängen. Außerhalb des Analysezusammenhangs hätte sein Verhalten unter Umständen als Ausdruck von primärer Aggression erscheinen können. Je gewaltsamer seine projektiven Identifizierungsphantasien wurden, desto mehr Angst bekam er vor mir. Es gab Stunden, in denen dieses Verhalten grundlose Aggression zum Ausdruck brachte, ich führe aber diese Stundenfolge deshalb an, weil sie den Patienten in einem anderen Licht zeigt, da seine Gewalttätigkeit eine Reaktion auf etwas ist, was er als feindselige Abwehrhaltung meinerseits empfindet. Die analytische Situation gab mir das Gefühl, Zeuge einer außerordentlich frühen Szene zu sein. Ich bekam den Eindruck, daß der Patient in seiner frühen Kindheit eine Mutter erlebt hatte, die pflichtbewußt auf die emotionalen Äußerungen des Babys reagierte. Die pflichtbewußte Reaktion hatte etwas von einem ungeduldligen „Ich weiß nicht, was mit dem Kind los ist“, an sich. Daraus schloß ich, daß die Mutter im Weinen des Babys mehr als nur die Forderung nach ihrer Anwe-

senheit hätte sehen müssen, um zu verstehen, was das Kind wollte. Vom Standpunkt des Babys aus betrachtet, hätte sie die Angst, daß das Kind stirbt, in sich hineinnehmen und auf diese Weise selbst erleben sollen. Eben diese Angst konnte das Kind nicht in sich bewahren. Es bemühte sich, sie zusammen mit dem Teil der Persönlichkeit, der sie enthielt, abzuspalten und in die Mutter zu projizieren. Eine verständnisvolle Mutter ist in der Lage, das Gefühl der Furcht, mit dem dieses Baby mit Hilfe projektiver Identifizierung fertigzuwerden versuchte, selbst zu erleben und dennoch eine ausgeglichene Haltung zu bewahren. Dieser Patient hatte es mit einer Mutter zu tun gehabt, die es nicht ertragen konnte, solche Gefühle zu erleben, und auf sie reagierte, indem sie ihnen entweder den Zugang verweigerte oder aber, weil sie die Gefühle des Babys introjizierte, der Angst selbst zum Opfer fiel. Zu dieser letzteren Reaktion kam es, denke ich, selten; vorherrschend war die Verweigerung.

Manchem wird diese Rekonstruktion unrealistisch erscheinen; ich halte sie nicht für gezwungen, vielmehr sehe ich in ihr die Antwort auf die Einwände, daß zu großes Gewicht auf die Übertragung gelegt wird, auf Kosten einer wirklichen Aufklärung früher Erinnerungen.

In der Analyse kann man eine komplexe Situation beobachten. Der Patient hat das Gefühl, eine Gelegenheit zu erhalten, um die er bislang betrogen worden war; die Schmerzlichkeit, die mit dieser Benachteiligung verbunden ist, wird dadurch um so heftiger wiedergegeben, und ebenso verhält es sich mit den Gefühlen des Ärgers über diese Benachteiligung. Neben der Dankbarkeit für die Gelegenheit besteht zugleich eine Feindseligkeit gegenüber dem Analytiker als der Person, die nicht verstehen will und es dem Patienten verwehrt, die einzige Kommunikationsmethode einzusetzen, die ihm das Gefühl gibt, sich verständlich zu machen. Somit ist die Verbindung zwischen Patient und Analytiker – oder zwischen Baby und Brust – der Mechanismus der projektiven Identifizierung. Die destruktiven Angriffe auf diese Verbindung entstammen einer Quelle, die außerhalb des Patienten bzw. des Babys liegt, nämlich dem Analytiker bzw. der Brust. Das Ergebnis sind übermäßige projektive Identifizierung seitens des Patienten und eine Beeinträchtigung seiner Entwicklungsprozesse.

Ich möchte diese Erfahrung nicht als Ursache der Störung des

Patienten anführen; diese wurzelt in erster Linie in der angeborenen Disposition des Säuglings, die ich in meinem Aufsatz „Zur Unterscheidung von psychotischen und nicht-psychotischen Persönlichkeiten“ (vgl. S. 75 ff.) beschrieben habe. Ich betrachte sie als das entscheidende Charakteristikum des Umweltfaktors bei der Hervorbringung der psychotischen Persönlichkeit.

Bevor ich erläutere, wie die Entwicklung des Patienten dadurch beeinflusst wird, muß ich auf die angeborenen Eigenschaften und die Rolle eingehen, die sie für das Auslösen von Angriffen des Säuglings auf alles, was ihn mit der Brust verbindet, spielen, nämlich primäre Aggression und Neid. Diese Angriffe werden noch massiver, wenn die Mutter eine solche Unempfänglichkeit an den Tag legt, wie ich sie beschrieben habe, und sie werden abgeschwächt, jedoch nicht abgeschafft, wenn die Mutter die Gefühle des Babys introjizieren und dabei ihr Gleichgewicht bewahren kann (Klein 1957). Die Angriffe bleiben schwer, weil der psychotische Säugling von Gefühlen des Hasses und Neides auf die Fähigkeit der Mutter, eine ausgeglichene Gemütsverfassung aufrechtzuerhalten, obwohl sie die Gefühle des Babys erlebt, überwältigt wird. Dies brachte ein Patient deutlich zum Ausdruck, der darauf bestand, daß ich diese Gefühle gemeinsam mit ihm durchmache, dann aber haßerfüllt war, als er merkte, daß ich dazu in der Lage war, ohne zusammenzubrechen. Hier beobachteten wir einen anderen Aspekt der zerstörerischen Angriffe auf Verbindungen, wobei das Verbindungselement aus der Fähigkeit des Analytikers besteht, die projektiven Identifizierungen des Patienten zu introjizieren. Angriffe auf die Verbindung sind deshalb gleichbedeutend mit Angriffen auf den Seelenfrieden des Analytikers bzw. ursprünglich den der Mutter. Die Introjektionsfähigkeit wird durch den Neid und den Haß des Patienten in Gier verwandelt, die seine Psyche verschlingt; auf vergleichbare Weise wird der Seelenfrieden zu feindseliger Gleichgültigkeit. An diesem Punkt entstehen die analytischen Probleme dadurch, daß der Patient (um den so sehr beneideten Seelenfrieden zu zerstören) zu agieren beginnt und mit delinquenten Handlungen und Suiziddrohungen aufwartet.

Konsequenzen

Um die wesentlichen Merkmale festzuhalten: Der Ursprung der Störung ist zweifacher Art. Auf der einen Seite haben wir die angeborene Disposition des Patienten zu übermäßiger Destruktivität, übermäßigem Haß und Neid; auf der anderen Seite die Umwelt, die dem Patienten im schlimmsten Fall den Einsatz der Spaltungs- und der projektiven Identifizierungsmechanismen verwehrt. In einigen Fällen liegt der Ursprung der destruktiven Angriffe auf die Verbindung zwischen Patient und Umwelt – oder zwischen verschiedenen Aspekten der Persönlichkeit des Patienten – im Patienten selbst; ein anderes Mal in der Mutter, obwohl er in diesem Fall und bei psychotischen Patienten niemals in der Mutter allein liegen kann. Die Störungen beginnen mit dem Leben selbst. Das Problem, das sich dem Patienten stellt, lautet: Was sind die Objekte, derer er sich bewußt ist? Diese Objekte, ob es sich nun um innere oder um äußere handelt, sind Teilobjekte und in erster Linie, wenngleich nicht ausschließlich, etwas, das wir als Funktionen und nicht als morphologische Strukturen bezeichnen sollten. Dies wird erschwert, weil das Denken des Patienten von konkreten Objekten geleitet ist und in dem differenzierter denkenden Analytiker deshalb gewöhnlich den Eindruck entsteht, daß der Patient sich mit dem Charakter der konkreten Objekte beschäftige. Den Charakter der Funktionen, die die Neugierde des Patienten erregen, erforscht er durch projektive Identifizierung. Zu diesen Funktionen gehören auch seine eigenen Gefühle, da sie zu stark sind, um in seiner Persönlichkeit aufgehoben zu werden. Die projektive Identifizierung ermöglicht es ihm, seine eigenen Gefühle in einer Persönlichkeit zu untersuchen, die stark genug ist, um sie in sich zu bewahren. Wird die Anwendung dieser Mechanismen verwehrt, entweder durch die Weigerung der Mutter, als Speicher der Gefühle des Babys zu fungieren, oder durch den Haß und Neid des Patienten, der es der Mutter nicht gestatten kann, diese Funktion auszuüben, dann führt dies zur Zerstörung der Verbindung zwischen Baby und Brust und folglich zu einer schweren Störung des Impulses, neugierig zu sein, auf dem das gesamte Lernen beruht. Auf diese Weise wird also einer schweren Entwicklungshemmung der Weg bereitet. Darüber hinaus wird die Aktivität des Gefühlslebens – ohnehin ein schwerwiegendes Problem – unerträglich, weil die wichtigste Me-

thode, die dem Säugling zur Verfügung steht, damit er mit seinen zu intensiven Gefühlen fertigwerden kann, ihm verwehrt bleibt. Haßgefühle werden daraufhin gegen alle Gefühle – einschließlich des Hasses selbst – sowie gegen die äußere Realität gerichtet, die sie hervorruft. Vom Haß auf Gefühle zum Haß auf das Leben selbst ist es nur ein kleiner Schritt. Wie ich in meinem Aufsatz „Zur Unterscheidung von psychotischen und nicht-psychotischen Persönlichkeiten“ (vgl. S. 75 ff.) sagte, führt dieser Haß dazu, daß der gesamte Wahrnehmungsapparat einschließlich des embryonischen Denkens, das eine Verbindung zwischen den Sinnesindrücken und dem Bewußtsein bildet, auf projektive Identifizierungen zurückgreift. Die Tendenz zu übermäßiger projektiver Identifizierung, wenn die Tödestriebe vorherrschen, wird somit verstärkt.

Über-Ich

Die frühe Entwicklung des Über-Ichs wird durch diese psychische Funktionsweise auf eine Art und Weise herbeigeführt, die ich nun beschreiben werde. Wie schon gesagt, ist die Verbindung zwischen Baby und Brust von projektiven Identifizierungsvorgängen und einer Fähigkeit, projektive Identifizierungen zu introjizieren, abhängig. Das Scheitern der Introjektion läßt das äußere Objekt so erscheinen, als würde es der Neugierde und der Methode, durch die das Baby sie zu betriebligen sucht – nämlich der projektiven Identifizierung –, an sich feindselig gegenüber. Sollte es der Fall sein, daß die Brust empfunden wurde, als sei sie im wesentlichen verständnisvoll, wurde sie durch den Neid und Haß des Babys in ein Objekt umgewandelt, dessen vernichtende Gier die Introjektion seiner projektiven Identifizierungen zum Ziel hat, um diese zu zerstören. Das kann sich in der Überzeugung des Patienten zeigen, der Analytiker versuche dadurch, daß er den Patienten versteht, ihn verrückt zu machen. Das Resultat ist ein Objekt, das, sobald es im Patienten verankert ist, die Aufgabe eines strengen und das Ich zerstörenden Über-Ichs erfüllt. Diese Beschreibung ist nicht für jedes Objekt in der paranoid-schizoiden Position zutreffend, weil sie ein ganzes Objekt voraussetzt. Die Bedrohung, die von solch einem ganzen Objekt ausgeht, trägt zu der von Melanie Klein und anderen (Segal 1992) beschriebenen Unfähigkeit des psychotischen

Patienten bei, sich der depressiven Position und den sie begleitenden Entwicklungen zu stellen. In der paranoid-schizoiden Phase beherrschen die bizarren Objekte vor, die zum Teil aus Elementen eines verfolgenden Über-Ichs zusammengesetzt sind, das ich in meinem Aufsatz „Zur Unterscheidung von psychotischen und nicht-psychotischen Persönlichkeiten“ beschrieben habe.

Entwicklungshemmung

Die Störung des Neugier-Impulses, auf den das gesamte Lernen angewiesen ist, sowie die Verweigerung der Mechanismen, durch die er sich Ausdruck zu schaffen sucht, machen eine normale Entwicklung unmöglich. Ein anderes Merkmal tritt hervor, wenn die Analyse günstig verläuft: Probleme, die in differenzierterem Sprachgebrauch mit der Frage „Wann?“ ausgedrückt werden, können nicht formuliert werden. Der Patient macht den Eindruck, sich keiner Kausalität bewußt zu sein; er wird über schmerzhaftes Gemütsverfassungen klagen und sich weiterhin beharrlich solcher Verhaltensweisen bedienen, die darauf abzielen, diese geradezu hervorzurufen.

Sobald geeignetes Material auftaucht, muß deshalb dem Patienten gezeigt werden, daß er kein Interesse daran hat zu erfahren, *wann* er sich so und so fühlt. Die Aufklärung der begrenzten Reichweite seiner Neugierde erweitert seinen Horizont und führt dazu, daß er sich mit Ursachen auseinanderzusetzen beginnt. Dies führt zu einer Veränderung seines Verhaltens, welches andernfalls vom Leiden verlängert.

Schlußfolgerungen

Das wichtigste Ergebnis dieses Aufsatzes bezieht sich auf jenen Bewußtseinszustand, in dem die Psyche des Patienten ein inneres Objekt enthält, das sich allen Verbindungen – von den primitivsten (die ich als normales Maß an projektiver Identifizierung betrachte) bis zu den differenziertesten Formen verbalen Kommunikation und der Künste – entgegenstellt und sie zerstört.

In diesem Bewußtseinszustand wird das Gefühl gehaßt; es wird

empfunden, als sei es zu stark, um von der unreifen Psyche bewahrt zu werden, es wird empfunden, als verbinde es Objekte, und es verleiht Objekten Realität, die Nicht-Selbst sind und daher dem primären Narzißmus feindselig gegenüberstehen.

Das innere Objekt, ursprünglich eine äußere Brust, die sich weigerte, die verhängnisvolle Gewalt der Gefühle zu introjizieren, sie zu beherbergen und auf diese Weise zu modifizieren, wird paradoxerweise empfunden, als intensiviere es, im Verhältnis zur Stärke des Ichs betrachtet, die Gefühle, gegen die es die Angriffe ursprünglich initiiert. Diese Angriffe auf die verbindende Funktion der Gefühle führen dazu, daß im psychotischen Persönlichkeitsteil solche Verbindungen übergewichtig werden, die logisch, nahezu mathematisch, aber niemals gefühlsmäßig vernünftig wirken. Folglich sind die überdauernden Verbindungen pervers, grausam und steril.

Das äußere Objekt, das internalisiert wird, sein Charakter und die Art, wie es die Kommunikationsmethoden innerhalb der Psyche und mit der Umwelt beeinflußt, sobald es internalisiert ist, bleiben späteren Ausführungen vorbehalten.

Literatur

- Bion, W.R. (1954). Notes on the theory of schizophrenia. *International Journal of Psycho-Analysis* 35, S. 113–118. Auch in: ders., *Second thoughts*. London: Heinemann (1967) sowie London: H. Karnac Books (1984).
- Bion, W.R. (1956). Development of schizophrenic thought. *International Journal of Psycho-Analysis* 37, S. 344–346. Auch in: ders., *Second thoughts*. London: Heinemann 1967.
- Bion, W.R. (1957a). The differentiation of the psychotic from the non-psychotic personalities. *International Journal of Psycho-Analysis* 38, S. 266–275. Auch in: ders., *Second thoughts*. London: Heinemann 1967. (In diesem Band: Zur Unterscheidung von psychotischen und nicht-psychotischen Persönlichkeiten, S. 75–99.)
- Bion, W.R. (1957b). On arrogance. *International Journal of Psycho-Analysis* 39, S. 144–146. Auch in: ders., *Second thoughts*. London: Heinemann 1967.
- Klein, M. (1927). Frühstadien des Ödipuskonflikts. *Internationale Zeitschrift für Psychoanalyse* 14. Auch in: dies., *Frühstadien des Ödipuskomplexes*. Frühe Schriften. 1928–1945. Hg.v. J. Stork. Frankfurt/M.: Fischer 1985.

- Klein, M. (1935). A contribution to the psychogenesis of manic depressive states. *International Journal of Psycho-Analysis* 16. (dt.: Zur Psychogenese der manisch-depressiven Zustände. Übers.v. P. Heimann. 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. *International Journal of Psycho-Analysis* 27. (dt.: Bemerkungen über einige schizoide Mechanismen. Übers.v. H. A. Thorner. In: dies., *Das Seelenleben des Kleinkindes*. Stuttgart: Klett-Cotta 1983.)
- Klein, M. (1948). A contribution to the theory of anxiety and guilt. *International Journal of Psycho-Analysis* 33. (dt.: Zur Theorie von Angst von Schuldgefühl. Übers.v. H. A. Thorner. In: dies., *Das Seelenleben des Kleinkindes*. Stuttgart: Klett-Cotta 1983.)
- Klein, M. (1957). Envy and gratitude. Kap. II. In: dies., *The writings of Melanie Klein*. Bd.3. London: Hogarth Press (1975). (dt., gekürzt: Neid und Dankbarkeit. Übers. v. M. v. Niederhöffer. In: dies., *Das Seelenleben des Kleinkindes*. Stuttgart: Klett-Cotta 1983.)
- Rosenfeld, H. (1952). Notes on the psychoanalysis of the superego conflict of an acute schizophrenic patient. *International Journal of Psycho-Analysis* 33, S. 111–131. (In diesem Band: Bemerkungen zur Psychoanalyse des Über-Ich-Konflikts bei einem akut schizophrenen Patienten, S. 15–62.)
- Segal, H. (1950). Some aspects of the analysis of a schizophrenic. *International Journal of Psycho-Analysis* 31, S. 269–278. Auch in: dies., *The work of Hanna Segal*. New York: Jason Aronson (1981) sowie London: Free Association Books (1986).
- Segal, H. (1956). Depression in the schizophrenic. *International Journal of Psycho-Analysis* 37, S. 339–343. Auch in: dies., *The work of Hanna Segal*. (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. Auch in: dies., *The work of Hanna Segal*. (In diesem Band: Bemerkungen zur Symbolbildung, S. 202–224.)