

Pathologische Passung, Mentalisierung und negative therapeutische Reaktion

Elm

...

Love is a shadow.

How you lie and cry after it

Listen: these are its hooves: it has gone off,
 like a horse.

All night I shall gallop thus, impetuously,
 Till your head is a stone, your pillow a little turf,
 Echoing, echoing.

...

Now I break up in pieces that fly about like
 clubs.

A wind of such violence

Will tolerate no bystanding: I must shriek.

...

I let her go. I let her go.

Diminished and flat, as after radical surgery.

How your bad dreams possess and endow me.

I am inhabited by a cry.

Nightly it flaps out

Looking, with its hooks, for something to love.

I am terrified by this dark thing

That sleeps in me;

All day I feel its soft, feathery turnings, its mali-
 gnity.

...

Sylvia Plath

In ihrem Gedicht „Elm“ fasst die ame-
 rikanische Dichterin Sylvia Plath ihre
 tiefste Sehnsucht nach einer liebenden Be-
 zogenheit in verstörender Weise in Worte.
 Sie drückt ein Grundbedürfnis eines jeden
 Menschen in Bildern aus, die uns nicht

unberührt lassen können, eben weil sie an
 ein ureigenes archaisches Bedürfnis
 rühren: Das basale Bedürfnis, sich liebend
 zu beziehen: „looking for something to
 love“, das durch seine Unerfülltheit zu et-
 was höchst Bedrohlichem wird. Sie spricht
 in „Elm“ aber auch über die Auswirkun-
 gen des Fehlens eines Aufgehobenseins in
 einer Beziehung, die die Entfaltung ihres
 wahren Selbst ermöglicht hätte. In ersch-
 reckenden Bildern beschreibt sie ihre
 innere Fragmentierung und vermittelt sie
 gleichzeitig durch die Sprachmelodie und
 die Struktur ihres Gedichtes. Sylvia Plath
 konnte sich nicht in einer verlässlich-ak-
 zeptierend liebenden Beziehung wieder-
 finden. Da sie im tiefsten Innern wusste,
 dass sie ihr wahres Selbst nicht gelebt und
 schließlich jede Hoffnung darauf aufgege-
 ben hatte, nahm sie sich mit 30 Jahren das
 Leben; sie brachte sich um, indem sie ih-
 ren Kopf in den Backofen des aufgedrehten
 Gasherds legte.

Pathogene Beziehungserfahrungen und die *schizoide Zitadelle*

Ein Selbst, das lieben und geliebt werden
 will, sich aber aufgrund seiner Erfahrun-
 gen und deren psychischer Verarbeitung
 in seiner *schizoiden Zitadelle* so abge-
 schottet hat, dass es fast nicht mehr er-
 reichbar erscheint, dieses Dilemma des
 schizoiden Menschen – der voller Seh-
 nsucht nach Kontakt zu seinem wahren
 Selbst und zum anderen ist, ein Kontakt,
 den er zugleich zutiefst fürchtet –, wurde

schon früh u. a. sehr ausführlich von Guntrip (1968) in seiner immanenten Logik erfasst und beschrieben. Guntrip, der die tiefsten Ängste des Menschen als Ausdruck von Beziehungs- und damit Abhängigkeitsängsten verstand, betonte die Bedeutung des Analytikers als reale, hilfreiche Person. Eine schizoide Zitadelle, entstanden durch pathogene Beziehungserfahrungen, ist durch den Therapeuten nicht zu betreten und kann vom Patienten nur unter höchster Angst geöffnet oder verlassen werden. Das, was zur Wahrnehmung und damit Befreiung des eingeschlossenen Selbst führen könnte, nämlich ein affektives „attunement“ oder auch eine Passung zwischen Analytikerin und Patient, ist nur mit dem Erleben größter Angst herzustellen.

Diese *schizoide Zitadelle*, also strukturelle Störungen auf unterschiedlichem Niveau, von der narzisstischen Persönlichkeitsstörung bis hin zu narzisstischen Verhaltens- und Borderlinestörungen, von Psychosomaten bis hin zu Perversionen,¹ als Folge pathogener Beziehungserfahrungen mit daraus hervorgehenden destruktiven Introjekten sowie ihren spezifischen Abwehrmechanismen und den daraus folgenden häufig zu beobachtenden negativen therapeutischen Reaktionen, konstatiert schwierige Übertragungs- und Gegenübertragungssituationen, mit denen wir in der klinischen Praxis zunehmend häufiger konfrontiert werden. Dabei ist die Hoffnung des Patienten auf eine „bessere“ Erfahrung, deren bewusste Wahrnehmung uns unsere Arbeit erleichtern könnte, hinter der Abwehr tief verborgen. In der klinischen Praxis zeigen sich Patienten, die im konkretistischen Denken verhaftet bleiben,

u. a. empathie- und introspektionsunfähig, häufig unfähig, ihr eigenes Inneres von dem des anderen zu trennen, nicht triangulierungsfähig, demnach nicht in der Lage, einen Perspektivenwechsel vorzunehmen, weil sie nicht ihre Sichtweise halten und gleichzeitig die des anderen sehen können. Dies alles weist darauf hin, dass die Störung an einem sehr frühen Punkt der Entwicklung geschehen ist, an dem das entstehen sollte, was heute unter dem Begriff *theory-of-mind*-System beschrieben wird. Wie nun lassen sich solche Phänomene in einen psychoanalytischen Theorierahmen einordnen, und was bedeutet dies für eine angemessene Behandlungstechnik? Bereits aus der Art der Störung ist zu vermuten, dass rein interpretative Ansätze hier an ihre natürliche Grenze geraten (v. a. bei narzisstischen Verhaltensstörungen und Psychosomaten), weil es sich um Störungen in frühesten, im psychoanalytischen Sinne präsymbolischen Entwicklungsstufen handelt.² Über die gesunde Entwicklung frühester Bindungssysteme, die zugleich den Entwicklungskern des sich entfaltenden *theory-of-mind*-Systems bilden, konnte in den vergangenen Jahrzehnten durch die neuere Säuglingsforschung, die vergleichende Entwicklungspsychologie und die Kognitionsforschung bedeutende neue Einsichten gewonnen werden. Diese über die normale Entwicklung gewonnenen Einsichten zeigen nicht nur, welche primären Beziehungserfahrungen für eine gesunde psychische Entwicklung notwendig sind, sondern liefern auch Aufschluss darüber, welche längerfristigen Auswirkungen fehlen-

¹ So können selbst ausgeprägte Perversionen letztlich als ein völlig fehlgeleiteter konkretistischer Versuch einer misshandelten, getöteten Psyche verstanden werden, eine Objektbeziehung aufzunehmen, in der die Befriedigung von Nähewünschen durch die identifikatorische Teilhabe am Gefühl des anderen nur unter Anwendung von im schlimmsten Falle tödlicher Gewalt möglich erscheint, die zur Abwehr von Ohnmachtsgefühlen, nichts auslösen zu können, dient. Ein Beispiel hierfür ist der Fall Jürgen Bartsch (Moor 1991, S. 391 f.).

² Dies wird in dem von Stern so genannten „now moment“, der eine entscheidende authentische Begegnung zwischen Patient und Analytikerin bedeutet, besonders deutlich. Die Analytikerin bewegt sich für diesen Moment aus dem Schutz der Abstinenz heraus, versucht aber gleichzeitig, die Spannung zwischen einem Teilen und dem gleichzeitigen Verstehen des Zustands des Patienten sowie dem Aufrechterhalten des eigenen inneren Raums zu halten. Derartige Now moments lassen eine völlig neue Erfahrung für beide entstehen, die für die Entwicklung des Patienten von großer Bedeutung ist. Siehe hierzu etwa Stern et al. (2002).

Gisela Bergmann-Mausfeld

Pathologische Passung, Mentalisierung und negative therapeutische Reaktion

Zusammenfassung

Pathologische Passung lässt sich als eine zweckmäßige Reaktion auf pathogene Beziehungserfahrungen in der Zeit absoluter Abhängigkeit, als Anpassung an das pathogene Objekt zur Erhaltung der überlebensnotwendigen Beziehung auffassen. Ein Mangel an primärer Mütterlichkeit in Form einer unzureichend ausgebildeten „mentalen Nabelschnur“ zieht Mentalisierungsdefizite nach sich, die u. a. als Mangel an Introspektionsfähigkeit und als gravierender Mangel an Empathie spürbar werden. Die aus frühesten Beziehungserfahrungen stammenden destruktiven Introjekte führen zu schwierig handzuhabenden Übertragungen und Gegenübertragungen, häufig zu negativen therapeutischen Reaktionen. Pathogene Beziehungserfahrungen lassen das Erleben dessen, was entwicklungsförderlich ist, zu etwas höchst Bedrohlichem werden. Durch intensivierte frühe unerfüllt gebliebene Bedürfnisse wird eine ersehnte passende Reaktion zu etwas „Unpassendem“, das die Identität des Patienten

von Grund auf infrage zu stellen droht und zu sehr belastenden Gegenübertragungsgefühlen führen kann. Die Bedeutung von Beziehungserfahrungen für die Nachreifung von Mentalisierung findet in neueren Befunden der frühesten Entwicklungspsychologie und der Kognitionsforschung zur „theory of mind“ eine theoretische Begründung. Anhand des Beispiels einer autistischen und einer Borderlineentwicklung wird die Regulation eines Selbst durch den anderen illustriert und damit die Bedeutung frühester Synchronisationserfahrungen als Voraussetzung für eine weitere Entwicklung hin zur Symbolisierungsfähigkeit herausgestellt. Die Beschreibung des „mini-enactments“ einer pathologischen Passung und deren Auflösung zeigt, dass die Analytikerin zum destruktiven, psychotischen Angst erregenden Objekt werden muss, damit eine entwicklungsförderliche Passungserfahrung stattfinden kann.

Pathologic accomodation, mentalization and negative therapeutic reaction

Abstract

Pathological accommodation is conceived as an adequate reaction to pathogenic intersubjective experiences during the critical period of primary dependency, serving to maintain a crucial relationship by means of accommodating to the pathogenic object. Failure of primary maternal preoccupation and thereby an insufficiently developed “mental navel string” results in deficient mentalizing, which becomes apparent as a deficient ability for introspection and as a severe lack of empathy. Destructive introjects resulting from earliest experiences of interactions give rise to transferences and countertransferences that are often difficult to handle. Due to early pathogenic interactions and the intensification of earliest unfulfilled needs, later experiences of a good-enough-mothering and of desired “adequate” reactions are experienced as non-fitting,

inadequate and jeopardizing the patient's identity in a fundamental way. The importance of earliest synchronization and affect attunements for the maturation of the ability to mentalizing is stressed by more recent findings of early developmental psychology and of cognitive psychological research in the *theory of mind*. Three vignettes, pertaining to an autistic structure and different levels of borderline development, illustrate different grades of impairment and different regulations of the self by the other. By means of describing a *mini-enactment* of a pathological accommodation and its resolution, it is shown how the analyst must accept becoming the object that arouses destructive psychotic fear in order to make a further development to a more stable sense of identity possible.

de oder unpassende Beziehungserfahrungen in sensiblen Entwicklungsphasen haben können. Sie sind daher für die Psychoanalyse sowohl für ein weiterreichendes Verständnis früher Störungen wie auch für die Entwicklung adäquater Behandlungstechniken von unmittelbarer Relevanz.

In klassisch-psychoanalytischer Sichtweise erfuhren Störungen, wie die mit dem Bild der *schizoiden Zitadelle* oder dem Begriff der Grundstörung beschriebenen lange ein triebtheoretisches Verständnis. Diese triebtheoretische Sichtweise war – zu einer Zeit, in der man über die Entwicklungspsychologie der frühesten Entstehung von Bindung und Mentalisierung so gut wie nichts wusste – der Versuch, ein theoretisches Bild derartiger Krankheitsbilder zu entwerfen, bei einem allerdings aufkeimenden Bewusstsein, dass es für Behandlungsprobleme struktureller Störungen noch kein wirklich zufriedenstellendes Verstehen gab und man somit nur auf eine zukünftige Forschung hoffen konnte (s. Guntrip 1968, S. 213). Heute sind wir nun erstmals in der Geschichte der Psychoanalyse in der Lage, über ein schon lange vorhandenes intuitives Verständnis hinaus berechnete Hoffnung auf ein tieferes theoretisch fundiertes Verständnis der Entstehung struktureller Störungen in ihren unterschiedlichen klinischen Manifestationen haben zu können. Hiermit eröffnen sich zugleich neue Aspekte für therapeutische Interventionen. In den interdisziplinären Bemühungen der Entwicklungspsychologie der frühesten Entwicklung und der Kognitionsforschung, insbesondere der für die Psychoanalyse besonders relevanten Bereiche, wie Bindungsforschung – die erst seit einiger Zeit von der traditionellen Psychoanalyse in ihrer Bedeutsamkeit wahrgenommen wird – und Untersuchungen zur *theory of mind*, konnten Einsichten gewonnen werden, die hoffen lassen, die Genese früher Störungen besser verstehen zu können. Die Intuitionen v. a. der Kleinianer (u. a. Melanie Klein, Donald Meltzer, Ronald Britton, Herbert A. Rosenfeld, John Steiner) zu diesen intrapsy-

chischen Vorgängen stimmen in beeindruckender Weise mit neueren Forschungsergebnissen überein. Damit ergeben sich neue Antworten auf die Frage, wie es zu malignem Missverstehen (Britton 1997, S. 109 ff.), wie es zu dem intensiven und intensivierten Bedürfnis nach Übereinstimmung, zu einer pathologischen Passung, zur Entstehung destruktiver Introjekte mit entsprechenden klinischen Phänomenen und schließlich zu negativen therapeutischen Reaktionen kommt.

Anders als für die neuere Säuglingsforschung³ und die Untersuchungen zur *theory of mind*, die sich – bis auf die Untersuchungen zum Autismus (s. z. B. Leslie 1991) – mit den Eigenschaften eines gesunden Systems beschäftigen, steht für die psychoanalytische Theorie und die Behandlungstechnik, die sich bei der Behandlung strukturell gestörter Patienten mit frühen Defiziten befasst, die Frage nach dem technischen Umgang mit klinisch als traumatisierend zu verstehenden Defiziten im Vordergrund, basierend auf einem Verständnis der Ursache. Nun kann eine Untersuchung solcher Defizite aus ethischen Gründen nicht Gegenstand einer experimentellen Forschung sein, sodass wir uns hinsichtlich der Verarbeitungsweisen defizitärer Systeme auf verschiedene Arten indirekter Belege stützen müssen.⁴ Die psychoanalytische Praxis liefert wichtige derartige Belege. Im Folgenden will ich versuchen, Beispiele unterschiedlichen Strukturniveaus mit ihren jeweils spezi-

³ An dieser Stelle möchte ich auf ein häufig zu findendes Missverständnis hinweisen: Säuglingsforschung – als das Bemühen, die Funktionsweise der kognitiv-affektiven Teilsysteme des Gehirns besser zu verstehen, die für die Beschaffenheit und die Struktur eines entstehenden Ichs und seine Erfahrungen von Intersubjektivität verantwortlich sind – unterscheidet sich fundamental vom deskriptiv-klassifikatorischen und somit *nichtexperimentellen Babywatching* im Rahmen psychoanalytischer Kategorien.

⁴ Die bekannten Beispiele aus der Literatur, wie Lane (1976), *The Wild Boy of Aveyron*, zeigen uns in beeindruckender Weise, in welchem Maß eine Nachreifung psychischer Struktur möglich ist, selbst bei einer mehr intuitiven Begegnung und nicht systematisch-gezielt erfolgtem Intervenieren.

fischen Passungsproblemen aus meiner eigenen Praxis und aus einem autobiographischen Text von Donna Williams (1994) im Kontext der von der Säuglings- und Kognitionsforschung bereitgestellten theoretischen Basis zu diskutieren und daraus weitere Konsequenzen für die therapeutische Praxis abzuleiten.

Bedingungsfaktoren für die Ausbildung von Intersubjektivität und Mentalisierung

In die Entwicklung psychischer Systeme, die für diejenigen Leistungen verantwortlich sind, die häufig als Mentalisierung, *theory of mind*, Bindung, Wahrnehmung eigener und fremder mentaler Zustände etc. bezeichnet werden, wurden in jüngerer Zeit vielfältige neue Einsichten gewonnen. Dabei entsteht gegenwärtig eine theoretische Vorstellung von der frühesten Entwicklung dieser psychischen Systeme, die sich grundlegend von traditionellen Vorstellungen unterscheidet. Empirisch untermauert wird diese theoretische Konzeption durch die Verfügbarkeit neuer experimenteller Techniken der Säuglingsforschung und damit gewonnener experimenteller Befunde, durch die Identifizierung humanspezifischer Aspekte in der vergleichenden Entwicklungs- und Kognitionsforschung sowie durch neuere Einsichten in die Struktur des Geistes in der Kognitionsforschung.⁵

Die neu gewonnene theoretische Konzeption der Struktur des Geistes und der Entwicklung spezifischer Teilkomponen-

ten lässt sich vereinfachend so zusammenfassen: Bereits der Säugling weist, als Teil seines natürlichen biologischen Seins, einen reichen Fundus an Teilsystemen auf, die auf die Interaktion mit physikalischen Objekten, biologischen Objekten und hier wiederum Objekten der Art „Meinesgleichen“ spezialisiert sind (s. hierzu z. B. Spelke et al. 1995). In diesen Teilsystemen ist von Geburt an ein hochgradig bereichsspezifisches „Vorwissen“ über relevante Aspekte vorhanden (s. Mausfeld 2005). Entgegen den inzwischen auch im psychoanalytischen Denken als überholt geltenen klassischen Vorstellungen, nach denen der Säugling ein amorphes Triebbündel (Freud), eine „blooming buzzing confusion“ (William James 1890, S. 462) oder ein Art *Tabula rasa* ist, die es erst durch Lernen, wie bei den Behavioristen, oder durch sensumotorische Erfahrungen mit der Welt, wie bei Piaget, zu füllen gilt, kommt der Säugling bereits mit einer großen Menge an Vorwissen und damit verbundenen Erwartungen auf die Welt, auf die er sich vom ersten Moment seines Lebens bezieht. Diese Einsicht konnte aus mehreren Gründen erst vergleichsweise spät gewonnen werden, weil sie unserer Alltagsintuition widerspricht, der zufolge wir uns erst durch Lernen psychisch zu dem ausdifferenzieren, was wir sind.⁶ Aus ethologischer Sicht ist sie wenig überraschend, da auch viele andere Organismen über eine solche reichhaltige Ausstattung an Vorwissen über die Welt verfügen, dessen Entfaltung und Differenzierung jedoch

⁶ Die unerschütterliche Verleugnung unseres abhängigen Seins findet bildhaften Ausdruck in einem Gedicht aus Ambrose Bierces *The Devil's Dictionary*:

“A leaf was riven from a tree,
I mean to fall to earth,” said he.

The west wind, rising, made him veer.
“Eastward,” said he, “I now shall steer.”

The east wind rose with greater force.
Said he: “Twere wise to change my course.”

With equal power they contend.
He said: “My judgment I suspend.”

Down died the winds; the leaf, elate,
Cried: “I’ve decided to fall straight.”

⁵ Die relevanten Befunde aus Säuglings- und Kognitionsforschung erfahren endlich in der Psychoanalyse immer größere Aufmerksamkeit. Damit wird im Grunde wieder an die Breite des Freud-Denkens angeknüpft, das ausdrücklich eine universelle und abstrakt-biologische Perspektive einschloss (wie sie sich später auch bei Bowlby fand). Da dabei ganz unterschiedliche Zugangsweisen aufeinanderstoßen, ist es verständlich, dass eine adäquate Rezeption dieser Befunde schwierig ist und mit vielfältigen Missverständnissen einhergeht. Hierüber und über die im folgenden Abschnitt geschilderten Befunde sowie deren Bedeutung haben mir die Gespräche mit Rainer Mausfeld geholfen, Klarheit zu gewinnen.

an das Vorliegen *genau passender* Umgebungsstrukturen gebunden ist. Auch die Basis für unsere komplexe Befähigung zu einem sozialen Interagieren und zur Inter-subjektivität ist, wie jüngere Befunde der Entwicklungspsychologie zeigen, schon von Geburt an verfügbar und bedarf zu ihrer gesunden Ausreifung und Ausdifferenzierung spezifischer passender Interaktionserfahrungen. Entsprechenden Befunden zufolge, vermag das Neugeborene Objekte der Art „Meinesgleichen“ von Beginn an von anderen Objekttypen zu unterscheiden (z.B. Bonatti et al. 2002) und verfügt über spezifische Mechanismen (u. a. Gesichtsidentifikation, Identifikation der Blickrichtung, Aufmerksamkeitssynchronisation, Imitation), um in eine reziproke Interaktion zu treten (s. Philipps et al. 2002). Unsere Fähigkeit zu einer mentalen Interaktion beruht darauf, dass wir über sinnlich Wahrnehmbares hinaus anderen – wie auch uns selbst – innere, mentale Zustände zuschreiben können. Der Ursprung dieser Prozesse des Gewährwerdens sowie des Ausdifferenzierens eigener und fremder mentaler Zustände liegt in diesen Prädispositionen zu einem „mentalen Andocken“ des Säuglings, das er schrittweise von der Gesichtsidentifikation, über die Aufmerksamkeitssynchronisation und Imitation bis zur Protokonversation etabliert. Diese frühesten Interaktionserfahrungen bilden die Basis, aus der sich dann ein System ausdifferenzieren kann, das für die Handhabung und die Zuschreibung mentaler Zustände zu sich und anderen verantwortlich ist, und das somit die Grundlage für die Entfaltung des Ichs, für die affektiv-emotionale Entwicklung und die Entwicklung interpersoneller Beziehungen bildet. Dieses System wird oft als *theory of mind module* (ToMM) bezeichnet.

Entwicklungspsychologische Einsichten in die spezifische Art der Interaktionserwartungen mit „Meinesgleichen“, durch die festgelegt wird, wie der für eine gesunde Ausreifung eines *theory-of-mind*-Systems notwendige „Input“ beschaffen sein

muss, sind daher für die Theorie und für die Technik der Psychoanalyse von besonderem Interesse. Daher ist verständlich, dass kaum ein Konzept aus der Kognitionsforschung in den vergangenen Jahren in der Psychoanalyse eine derartige Resonanz erfahren hat wie das der *theory of mind* und das ursprünglich als synonym eingeführte Konzept der *Mentalisierung*.⁷

Die Nutzbarmachung dieser Einsichten für die Psychoanalyse wird, wie so oft im interdisziplinären Austausch, dadurch erschwert, dass beide Bereiche sehr unterschiedliche „Sprachen“ sprechen, so wie sie sich für die jeweiligen Belange als zweckmäßig herausgebildet haben. Es ist nur natürlich, dass die Terminologie der Kognitionsforschung, die für die Beschreibung der internen funktionalen Struktur des Geistes in seiner normalen, also gesunden Funktionsweise entwickelt wurde, der Psychoanalyse fremd erscheinen muss. Wir finden uns damit also vor einem Übersetzungs- und Vermittlungsproblem. Ich will daher versuchen, einige zentrale Begriffe zu psychoanalytischen Konzepten in Beziehung zu setzen.

Fragen der *Struktur des Psychischen* sind auch in der Theorie der Psychoanalyse wichtige Fragen. Die Unterscheidung unterschiedlicher Komponenten unseres Geistes geht auf Platon zurück und wurde von Freud

⁷ Der Ausdruck *theory of mind* wurde, nur halb ernsthaft, 1978 von dem Primatenforscher David Premack im Kontext ethologischer Untersuchungen mit Schimpansen eingeführt (Premack u. Woodruff 1978) und „was not to be taken literally of course“ (Frith u. Frith 2003). Denn die *theory of mind* ist keine Theorie und stellt erst recht keine Theorie des Geistes dar. Vielmehr handelt es sich um ein funktionales Teilsystem des Gehirns mit spezifischen Mechanismen, das auf der Basis sensorisch verfügbarer Informationen anderen mentale Zustände zuschreibt und die Art und Weise bestimmt, in der die Zuschreibung mentaler Zustände zu sich selbst und zu anderen gehandhabt wird. Es handelt sich also um ein durch spezifische Aufgaben bestimmtes funktionales Teilsystem, das adäquate Inputs für seine Funktion benötigt und selbst wiederum im Dienste anderer kognitiver und affektiver Systeme steht. Um die irreführenden Konnotationen des Ausdrucks *theory of mind* zu vermeiden, haben Frith und Frith (z. B. 2003) den Begriff *Mentalisierung* eingeführt und Leslie den Begriff *theory of mind module* (ToMM), den ich im Folgenden verwenden werde.

zu einer expliziten Strukturtheorie weiterentwickelt. Diese Komponenten nun werden in der Kognitionsforschung als *Module* oder modulare Teilsysteme bezeichnet. Kognitionsforschung und Evolutionsbiologie haben herausgefunden, dass die Struktur unseres Geistes und unseres Gehirns aus einer Vielzahl isolierbarer und hochgradig spezifischer Teilsysteme besteht und sprechen daher von der *Modularität des Geistes*.⁸ Diese Teilsysteme haben u. a. die Eigenschaft, dass ihre Funktionsweise nicht kognitiv-introspektiv zugänglich ist – womit die Freudschen Vorstellungen des (dynamischen) Unbewussten in einigen Aspekten eine theoretische Bestätigung und Fortführung erfahren – und dass sie in ihrer Entwicklung und in ihrer Ausreifung auf spezifische sowie passende Inputs in bestimmten ethologisch sensiblen Entwicklungsphasen angewiesen sind. Darin lässt sich eine Bestätigung der (etwas globaleren) Vorstellungen Freuds zu spezifischen kritischen Entwicklungsperioden sehen. Diese Teilsysteme weisen darüber hinaus eine unterschiedliche Art der Plastizität auf, d. h. der Art und Weise, in der sie bei einem Fehlen passender Inputs zu einem späteren Zeitpunkt nachreifen oder Defizite kompensieren können.

Psychoanalyse und die – stark durch eine ethologische Orientierung geprägten – entwicklungspsychologischen Untersuchungen zum ToMM teilen also das Interesse an einem tieferen Verständnis der für die gesunde Ausreifung einer psychischen Struk-

tur notwendigen Entwicklungsbedingungen und an den vulnerablen sensiblen Entwicklungsphasen, deren Störung eine gesunde Entwicklung blockieren kann. In der Psychoanalyse findet sich diese Perspektive bereits bei Freud sowie bei Kohut, der sie in eine umfassende Theorie einbettete (Kohut 1979), und bei Bowlby (1982). Die Bindungstheorie, in der psychoanalytisches und ethologisches Denken eine sehr fruchtbare Verbindung eingegangen sind, versuchte ebenfalls, ein spezifisches Teilsystem, nämlich das Bindungssystem, zu identifizieren, und untersuchte, welches die ethologisch sensiblen Prägungsphasen eines solchen Systems sind, welche Bedingungsfaktoren es zu einer adäquaten Ausreifung benötigt, und wie es auf Störungen reagiert. Die Bindungstheorie hat daher eine große gedankliche Nähe zu den neueren Untersuchungen zum ToMM. Diese neueren Untersuchungen gehen jedoch weit darüber hinaus, da es durch die Entwicklung neuer Experimentalmethoden möglich geworden ist, Struktur und Funktionsweise entsprechender Systeme exakter und sehr viel früher in der Ontogenese zu untersuchen, als dies zuvor möglich war. Dadurch konnten erstmals detaillierte und oftmals überraschende Einsichten in die Natur der frühesten Ausbildung von Intersubjektivität und Mentalisierung gewonnen werden.

Es soll weder eine Übersicht über die für die Psychoanalyse relevanten Befunde hierzu gegeben (einige Aspekte finden sich in Beebe et al. 2003 a,b; Dornes 2004; Köhler 2004), noch auf die Kontroversen eingegangen werden, die mit der Interpretation der Befunde und den möglichen daraus zu ziehenden Schlussfolgerungen verbunden sind. Mein Anliegen richtet sich vielmehr auf ein vertieftes theoretisches Verständnis eines spezifischen Phänomens psychoanalytischer Praxis, nämlich die pathologische Passung oder auch Passung an ein pathologisches, pathogenes Objekt bzw. die negative therapeutische Reaktion (s. dazu beispielsweise Plenker 2000) sowie die mit Mentalisierungsdefiziten verbundenen Erfordernisse an die Behandlungstechnik.

⁸ In dieser Fokussierung auf modulare Teilsysteme wird deutlich, dass die Kognitionsforschung grundlegend andere Ziele und damit auch Herangehensweisen hat als die Psychoanalyse. Ziel der Kognitionsforschung ist es, durch adäquat konzipierte Experimente einzelne Teilsysteme des menschlichen Geistes zu isolieren und dadurch in ihren *universellen* Eigenschaften untersuchen zu können. In der Psychoanalyse als Theorie und Behandlungstechnik hingegen geht es wesentlich um das Verstehen des komplexen Zusammenspiels der Psyche und bei den hier diskutierten Störungen insbesondere um eine Nachreifung und eine dynamische Reorganisation als Folge von Schädigungen und unzureichenden Entwicklungsbedingungen. Daher lassen sich Befunde aus der Säuglings- und Kognitionsforschung, aus ihrem Kontext herausgelöst, nicht ohne weiteres auf den Kontext der Psychoanalyse übertragen.

Ich werde daher nur kurz auf diejenigen Aspekte zur Entwicklung der *theory of mind* eingehen, die mir als geeignet erscheinen, die genannten in psychoanalytischen Behandlungen bestimmter Patienten immer wieder auftauchenden Probleme in einen theoretischen Zusammenhang zu bringen.

Entwicklungspsychologischen Befunden zufolge entwickelt sich das Intersubjektivität und Mentalisierung ermöglichende System bereits während der Schwangerschaft (wie etwa entsprechende Studien zur Wiedererkennung von Stimme oder Geruch der Mutter belegen) und beginnt mit der Geburt, zwischen Mutter und Baby eine abstrakte Verbindung aufzubauen, die ich als *mentale Nabelschnur* bezeichnen möchte. Diese Verbindung wird auf der Basis vorgegebener Prädispositionen etabliert, über die Gesichtsidentifikation, die Blick- und Aufmerksamkeitssynchronisation (s. z. B. Woodward 2005), Protokonversation (Trevarthen 1998) und früheste Imitation. Bereits diese Imitationsleistungen machen die Verfügbarkeit eines gemeinsamen Kommunikationskodes deutlich, über den ein erster emotionaler Kontakt mit einem Gegenüber aufgebaut werden kann, und der bereits zum Teilen eines gemeinsamen Erlebnisraums führt.⁹ Dieser gemeinsame Erlebnisraum wird gefestigt

und ausdifferenziert durch all das, was Stern (1999) *Vitalitätsaffekte* nennt und die mit ihnen einhergehende Duett-Struktur der Protokonversation, in der Mutter und Kind fest vorgegebene Erwartungen über eine optimale temporale und tonale Passung teilen (Trevarthen 1998; Trevarthen u. Malloch 2000). Hier wird bereits der Grundstein für das Entstehen des Übergangsraums gelegt. Die frühesten Beziehungserfahrungen können also nur dann in einer ausreichend guten, d. h. in einer der Natur und den Erwartungen der beteiligten Systeme angemessenen Weise verlaufen, wenn sie ganz spezifische Passungserfahrungen darstellen. Erst eine solche Passung in den Interaktionen ermöglicht ein mental-affektives Andocken des sich entwickelnden ToMM des Säuglings an das der Mutter und somit erst die Ausbildung entsprechender Mentalisierungsleistungen eines Ichs. Werden die biologisch vorgegebenen Erwartungen der am Aufbau eines ToMM beteiligten Teilsysteme nicht erfüllt, werden also passende Beziehungserfahrungen in den kritischen, vulnerablen Entwicklungsphasen dieser Systeme nicht gemacht, so kann sich eine verbindende und ausreichend gute mentale Nabelschnur nicht entwickeln. Die dadurch verursachten strukturellen Defizite in der affektiv-emotionalen Organisation des Selbst müssen, soweit möglich, durch kompensatorische Heranziehung anderer Teilsysteme ausgeglichen werden, u. a. in Form von vorzeitiger Ichreifung, Intellektualisierung etc. (Die Verarbeitung eines derartigen Defizits mit strukturell-emotionalen Auswirkungen in Form einer schweren Depression mit Zwangsgedanken beschreibt Bollas, 1995, in einer ausführlichen Falldarstellung.) Die Notwendigkeit einer Stabilisierung von Bindungssystemen lässt sich an den ethologischen Beispielen der Graugansprägungen von Lorenz und, noch beeindruckender, der Harlowschen Affen illustrieren, die zeigen, dass eine kompensatorische Stabilisierung von Bindungssystemen, denen in der kritischen Entwicklungsphase die passende Beziehungserfahrung versagt geblieben ist, über Surrogate hergestellt wird.

⁹ In diesem Zusammenhang erfährt gegenwärtig ein jüngerer Befund der Neurophysiologie breite Aufmerksamkeit: die Entdeckung sog. Spiegelneurone im präfrontalen Kortex von Affen und Menschen (s. etwa Gallese et al. 2004). Diese Klasse von Neuronen feuert nicht nur bei spezifischen motorischen Eigenhandlungen, sondern beispielsweise auch bei der beobachteten Durchführung dieser Handlungen durch andere. Diese Entdeckungen haben, außerhalb der Neurophysiologie, zu dem weit verbreiteten Missverständnis geführt, diese Neurone selbst als „Erklärung“ von Leistungen, wie Imitation und Empathie, anzusehen und nicht lediglich als ein neurales Korrelat dieser Leistungen. Ein solches Missverständnis, wie es in einer derartigen Verwechslung einer Korrelation mit einer Erklärung zum Ausdruck kommt, ist sehr bedauerlich und stellt für psychoanalytisches Denken eine Sackgasse dar. Dass es überhaupt zu einem derartigen Missverständnis kommen kann, liegt – abgesehen von Motiven, die wissenschaftssoziologisch und -psychologisch zu verstehen sind – an einer gewissen Vorliebe für möglichst konkrete und sichtbare Erklärungen, die wiederum analytisch zu verstehen ist.

Die in Säuglings- und Kognitionsforschung gewonnenen Befunde und Einsichten zu diesem System mentaler Andocking und zu den spezifischen Beziehungserfahrungen, die es zu seiner Entfaltung benötigt, betreffen die primären Kernstrukturen dieses Systems. Hierzu gehören die Befunde, die sich auf ToMM, auf „primäre Intersubjektivität“ oder auf die „Protoempathie“ beziehen (s. Bergmann-Mausfeld 2000, S. 207), die Keimzellen der vielfältigen Erscheinungsformen interpersoneller Bezogenheit. In der psychoanalytischen Praxis haben wir es jedoch nicht allein mit der Kernstruktur eines solchen ToMM zu tun, also nicht mit einem *einzelnen* Instrument in dem reichhaltigen Orchester aller Komponenten des menschlichen Geistes, sondern mit dem komplexen gelungenen oder weniger gut gelungenen Zusammenspiel des gesamten Orchesters, d.h. also einschließlich all der Fragmentierungs- und Kompensationsprozesse, die sich als Folge bestimmter Defizite ereignen können. Wenn wir in psychoanalytischem Kontext von Mentalisierung sprechen, wie beispielsweise Fonagy et al. (2002) dies tun, so sind dabei also nicht die ursprünglich mit diesem Begriff bezeichneten Kernstrukturen mentaler Interaktion¹⁰ gemeint, sondern vielmehr die Ermöglichung des komplexen inneren Raums, in dem unser Innenleben und das des anderen Gestalt annehmen und Ausdruck finden kann.

Konsequenzen dieser theoretischen Konzeption für die Psychoanalyse

Von dem bisher Beschriebenen ist für die Psychoanalyse besonders die Tatsache von Bedeutung, dass die für die Mentalisierung verantwortlichen Systeme für ihre Ausdifferenzierung und Entfaltung auf ganz spezifische Inputs, Beziehungserfah-

rungen, angewiesen sind. Spätestens seit dem Entstehen der Zwei-Personen-Psychologie, vertreten durch u.a. Ferenczi, Fairbairn, Guntrip, Balint, Winnicott sowie ihre heutigen Nachfolger, ist die Bedeutung solcher Beziehungserfahrungen innerhalb eines analytischen Prozesses formuliert worden.

Mit unserem heutigen Wissen über die früheste Entwicklung bedeutet dies, für die Behandlungstechnik von strukturellen Störungen zur Festigung der mentalen Nabelschnur über ein *affect attunement* Korrelationen oder, besser gesagt, Passungen bereitstellen zu müssen. Spezifische Beziehungserfahrungen müssen ermöglicht werden, um als Erwartungen derartiger Beziehungserfahrungen, als *representations of interaction that have been generalized* (RIGs), internalisiert werden zu können. Dies bedeutet jedoch keineswegs, die „bessere Mutter“ sein zu müssen oder eine „korrigierende emotionale Erfahrung“ aktiv herbeizuführen. Es geht vielmehr um das Verstehen des inneren Zustands des Patienten – und dies bedeutet ganz wesentlich, zulassen zu müssen, als Analytikerin zum destruktiven Objekt zu werden –, um das Verstehen seiner Entwicklungsbedürfnisse sowie das Zulassen der Wiederaufnahme und Fortführung des vorzeitig unterbrochenen Entwicklungsweges. Weil das anfängliche Chaos des Erlebens mit der Ausbildung von Erwartungen geordnet werden kann, weil auf diese Weise Angst bleibend reduziert werden kann, weil auf der Grundlage einer Sicherheit in der Beziehung die Welt – und dann auch die innere Welt – exploriert werden kann, ist es von grundlegender Bedeutung, ordnende Erwartungen überhaupt erst entstehen zu lassen. Die Erfahrung der Erfüllung derartiger Erwartungen bildet also die Basis für die strukturbildende Arbeit.

Richtet sich die Aufmerksamkeit aber nicht auf das primäre in seiner Entwicklung gestörte Teilsystem, sondern auf ein höheres interpretatives „System“ – in dem zwar die Schädigung des relevanten Primärsystems ebenfalls seinen Ausdruck fin-

¹⁰ Dies wird bereits daran deutlich, dass Frith u. Frith (1999, S. 1692) den Begriff „mentalizing“ fest an die mit der sog. *Sally-Ann task* verbundenen Leistungen koppeln: „The acid test of mentalizing is the ability to compute what another person will do on the basis of a false belief.“

det –, ist eine Nachreifung der geschädigten Strukturteile nicht möglich. Natürlich können andere affektive und kognitive Teilsysteme kompensatorisch Störungen im ToMM, bezogen auf das psychische Gesamtgefüge, auffangen, doch können sie diese in der Regel nicht kausal beseitigen. Daher muss das vorrangige Bemühen der „Reparatur“ der kausal verantwortlichen Struktur gelten, also direkt da einsetzen, wo die genetische Störung liegt. Dabei ist davon auszugehen, dass es eine gewisse Plastizität und Möglichkeit der Nachreifung dieses Systems gibt, sofern ihm nachträglich der passende Input, im vorliegenden Fall passende Beziehungserfahrungen, d.h. das Verstehen der Entwicklungsbedürfnisse, zur Verfügung gestellt wird. Die Erfahrungen der therapeutischen Praxis sprechen für eine solche Plastizität, auch wenn sich dort „direkte Reparaturen“ nur schwer von kompensatorischen Effekten trennen lassen.

Damit stellt sich die Frage, welche Inputs, also welche Beziehungserfahrungen, ein in seiner Entwicklung gestörtes ToMM für eine Nachreifung benötigt. Es spricht viel dafür, dass bei frühesten Störungen die Sprache nur ein Hilfsmedium, aber nicht zentral ist, und dass es vorrangig um eine direkte affektive Einstimmung geht, so wie sie durch Stern unter dem Begriff der Regulation von Selbst mit anderem beschrieben worden ist. Dies lässt sich sehr deutlich in der Behandlungen von Patienten mit schweren Grundstörungen erkennen, die nicht auf den Inhalt von Deutungen reagieren, sondern auf die emotionale Qualität der Stimme der Analytikerin. Sie sagen dann beispielsweise: „Es war nicht wichtig, was Sie gesagt haben. Es war Ihre Stimme, sie ist wie Musik, ich höre sie so gern.“ Diese Patienten sind durch ihre häufig desorganisierten, vermeidenden oder ambivalenten Bindungserfahrungen auf den unveränderlichen festen Rahmen der Analyse und eine verlässlich zugewandte Analytikerin angewiesen, um erstmals ganz konkret Sicherheit erleben zu können. Der zeitlich und räumlich festste-

hende Rahmen stellt für den inneren in der Regel verwirrten, angst erfüllten Zustand solcher Patienten eine externe Regulation dar, die verlässliche Sicherheit bietet. Auf Terminänderungen reagieren diese Patienten daher häufig mit zeitlicher Desorientiertheit, erscheinen zu früh oder zu spät oder am falschen Tag zur Sitzung oder „vergessen“ den Termin. Zu dieser notwendigen Verlässlichkeit kann es gehören, in Paniksituationen als konkret haltende Analytikerin für den Patienten da sein zu müssen. Um einem möglichen Missverständnis vorzubeugen, möchte ich betonen, dass dies keinesfalls bedeutet, dem Patienten eine körperliche Berührung anzubieten. Es geht vielmehr um das verlässliche Dasein als Sicherheitsbasis für den Patienten – u.U. in Form telefonischer Kontakte in Urlaubszeiten oder gar einer konkreten physischen Begleitung in hoch ängstigenden externen Situationen. Dieses Halten „lediglich“ auf einer symbolischen Ebene anzubieten, erweist sich bei manchen Patienten als unzureichend.

Beispiel für eine gelungene Passung bei einer autistischen Störung

Der Fall Jodie von Donna Williams

Die eindrucksvolle Beschreibung einer Regulation eines Selbst (eines autistischen Mädchens) durch den anderen findet sich in einem autobiographischen Bericht von Donna Williams. Donna Williams veröffentlichte mit Anfang 20 ihr Buch *Ich könnte verschwinden, wenn Du mich berührst (Nobody, nowhere)*, dem wenige Jahre später, 1994, *Somebody somewhere: Breaking free from the world of autism* folgte. Beide Bücher sind Zeugnisse eines „Seelenmords“ und einer auch unter schwerst traumatisierenden Erfahrungen von körperlicher und emotionaler familiärer Gewalt und Missbrauch nichtzerstörbaren Suche nach den eigenen Gefühlen, nach einer Integration von sich selbst, nach dem Verstehen von sich selbst. In *Somebody somewhere* stellt sie ein Beispiel

eines gelungenen Affect attunements und einer damit verbundenen Regulation des Selbst durch den anderen auf einer vor-symbolischen Ebene dar (1994, S. 31 ff.).

Sie beschreibt ihre Begegnung mit dem autistischen sechsjährigen Mädchen Jodie. Jodie war nicht in der Lage, selbst Nahrung zu sich zu nehmen. Sie saß starr auf dem Schoß eines Betreuers, schaukelte sich selbst, knirschte rhythmisch mit den Zähnen und schlang ihre Arme um sich, dabei rhythmisch sich selbst berührend. Der Betreuer hielt sie fest und bemühte sich gleichzeitig, ihre Hände festzuhalten. Ein zweiter Betreuer versuchte währenddessen vergeblich, ihr mit einem Löffel Nahrung einzuflößen. Donna Williams nun nahm Kontakt auf, indem sie sich neben Jodie setzte und über längere Zeit eine einfache, immer gleich bleibende Melodie summete. Als Jodie schließlich – ohne irgendein anderes äußerlich erkennbares Zeichen einer Reaktion – aufhörte, mit den Zähnen zu knirschen, fuhr Donna Williams fort, diese immer wiederkehrende Melodie zu summen. Erst nach längerer Zeit begann sie schließlich im Rhythmus der Melodie mit ihrer Hand Jodies Schulter zu berühren. Jodie hörte daraufhin auf, sich selbst zu berühren; sie hatte nun ihre Hände zur Verfügung und war in der Lage, ihre Nahrung selbst zu sich nehmen.

Was war geschehen, und wie ist das, was geschehen ist, zu erklären?

Donna Williams beschreibt hier ein intuitives Attunement, zu dem sie aufgrund ihrer eigenen Erfahrungen fähig war. Sie war in der Lage, sich den inneren Zustand des Mädchens vorzustellen und konnte ihr deswegen das zur Verfügung stellen, was sie sich als hilfreich vorstellte. Sie wusste, was Jodies äußeres Verhalten bedeutete, sie wusste, warum das Schaukeln, das Zähneknirschen, das kontinuierliche Selbstberühren notwendig waren. Sie verstand das Zähneknirschen als ein Mittel, unvorhersehbare, störende und bedeutungslose Geräusche „draußen“ zu halten.

Genau dasselbe bezweckten kontinuierliches repetitives Summen und Singen. Das Klopfen stellte einen stetigen, tragenden Rhythmus bereit und verhinderte gleichzeitig das Eindringen der unregelmäßigen, nichtvorhersehbaren Bewegungen der Umwelt. Mithilfe all dieser repetitiven extrem zwanghaften Verhaltensweisen versuchte Jodie, die sich selbst halten und beruhigen musste, sich eine Erfahrung zu verschaffen, in der sie sich als initiativ handelnd erleben konnte, in der Geschehen vorhersagbar wurde – also Korrelationen hergestellt werden konnten –, und mit der gleichzeitig auf einer ganz basalen Ebene ein Überwältigtwerden durch eine verfolgend erlebte Umwelt auf eine ganz konkrete Weise abgewehrt werden konnte. Donna Williams konnte die Initiative und den Selbstbewahrungsversuch Jodies, die gleichzeitig die Abwehr einer als intrusiv erlebten Umwelt darstellten, respektieren, weil sie durch Empathie fähig war, die notwendige Resonanz auf den inneren Zustand Jodies zu erbringen. Sie konnte dadurch eine Synchronisationserfahrung bereitstellen, die es Jodie ermöglichte, in diesem Moment, in dem sie sich auf einer tiefen Ebene wahrgenommen und damit gehalten erlebte, ihre Abwehr aufzugeben und einen wesentlichen Schritt in ihrer Selbstregulation tun zu können. Sie konnte durch die erlebte „crossmodale“ Einstimmung einen Kontakt zulassen, konnte mit einem anderen in einer Beziehung sein, statt sich zu verschließen und das Gegenüber ausschließen zu müssen.

Donna Williams stellte also zuerst auf der stimmlich-rhythmischen Ebene eine Atmosphäre von verlässlicher Vorhersagbarkeit her, womit eine Atmosphäre bereitgestellt wurde, in der der innere und äußere Zustand des Mädchens global gehalten werden konnte. Jodie hörte als Erstes einen von außen kommenden gleichbleibenden Reiz; einige Zeit später – nach der Adaptation an diesen Reiz – konnte sie zusätzlich einen rhythmisch genau gleichartigen Reiz passiv taktil wahrnehmen. Dies erinnert an das Erleben des Fetus im Mutter-

leib, der den gleichmäßigen Herzschlag der Mutter hört und zugleich koenästhetisch wahrnimmt. Jodie konnte also in einem „crossmodal matching“ eine Synchronisation zweier unterschiedlicher von außen kommender Reize erleben, die sich in ihren eigenen inneren Rhythmus einstellten. Dies muss ihr ein Gefühl von tiefer Übereinstimmung ihres Äußeren mit ihrem Inneren sowie einer Übereinstimmung der äußeren Umwelt mit ihrem eigenen Zustand ermöglicht haben. In diesem Moment konnte sie ruhiger werden und sich öffnen. Sie konnte durch diese Art der amodalen Synchronisationserfahrung – temporale und auch Intensitätskonturen des durch Donna Williams vermittelten Reizes – an ein anderes mentales System andocken, gegen das sie sich bislang wegen des ständigen Überwältigtwerdens durch ein Zuviel an sensorischer Überflutung hatte abschotten müssen.

Donna Williams hatte durch die intuitiv bereitgestellte richtige Passung den inneren Zustand Jodies extern reguliert. Sie war dazu fähig, weil sie aufgrund ihrer eigenen Erfahrungen Jodie eine von außen kommende passende Regulation ihres angstvollen Zustands, ohne sie durch ein Zuviel zu überwältigen, zur Verfügung stellen konnte. Jodie wurde dadurch in die Lage versetzt – mit nun frei gewordenen Händen – einen Schritt weiterzugehen, sich selbst mit Nahrung versorgen zu können. Sie tat einen bedeutsamen Schritt in ihrer Selbstregulation, weil sie die positive Erfahrung einer Regulation von Selbst durch den anderen hatte machen können.

An diesem Beispiel wird deutlich, wie wichtig das tatsächliche – passende – Verhalten des Gegenübers für die Auflösung einer pathologischen Haltung ist, und dass diese passende Haltung und Reaktion nur vor dem Hintergrund des Wissens um die Bedürfnisse und das innere Funktionieren des anderen erreichbar sein können. Es ist offensichtlich, dass Worte, Deutungen auf einer symbolischen Ebene Jodie völlig verfehlt hätten. Die Interaktion spielte sich auf der frühesten Ebene der amodalen Syn-

chronisationseffekte ab, die den Aufbau einer mentalen Nabelschnur überhaupt erst ermöglicht.

Beispiel für eine Passung bei einer Borderlinestörung

Der Fall von Herrn A.

An einem Fallbeispiel möchte ich die Notwendigkeit eines Tuns, eines Haltens über den üblichen Rahmen hinaus belegen, als Bedingung für die Bildung einer sicheren Beziehung, die nachholendes psychisches Wachstum, die Entwicklung der Fähigkeit der Symbolisierung und des Perspektivenwechsels erst ermöglicht. Dabei ist von besonderem Interesse, dass es sich um einen Patienten in hohem Alter handelt.

Im Alter von 67 Jahren begann Herr A., der sein Leben lang sein klaustrophob-agoraphobes Dilemma in ungezählten ambulanten und einer Reihe von stationären Behandlungsversuchen agiert hatte, bei mir eine analytische Therapie. Aus seinen therapeutischen und anderen Beziehungen hatte er die Botschaft mitgenommen, ein rücksichtsloser, anspruchlicher Egoist zu sein, was er aber nicht wirklich verstand. Eine mit 30 Jahren begonnene Analyse (wegen einer schweren Verhaltensstörung mit verschiedenen strafrechtlich relevanten Perversionen) mit einer beginnenden Übertragungsheilung im ersten halben Jahr wurde nach dem Wegzug des Analytikers durch einen offenbar klassisch triebtheoretisch arbeitenden Kollegen fortgeführt. „Eineinhalb Jahre hielt ich das aus“, dann brach Herr A. die Behandlung ab. Dieses Muster wiederholte sich nun sein Leben lang. Entweder er oder sein Gegenüber brach mit der Empfehlung, „die eigenen Fähigkeiten zu nutzen“ die Behandlung ab. In all diesen Jahren hatte er nie zu seinen Gefühlen gefunden. Es gab dementsprechend auch keinen inneren Raum zum Denken. Er spürte lediglich vage eine frei flottierende Angst, für die er keine Worte hatte. Meine Worte dazu verstand er zu Beginn der Behandlung über-

haupt nicht, geriet stattdessen in noch größere Verwirrung. Trotz seiner chaotisch anmutenden Mitteilungen und der Unmöglichkeit, irgendeine passende Reaktion durch mich erleben zu können, entwickelte sich eine idealisierende Übertragung durch mein *containing* des nie Passenden und mein fortdauerndes Bemühen zu verstehen. Herr A. griff immer mehr auf meine Präsenz zurück, um seine ihm unerträglich erscheinende Situation – ihm nicht bewusste Trennungsängste, Angst vor dem Alleinsein, Angst vor seinen destruktiven Introjekten – insbesondere an den Wochenenden zu „überleben“. Dies bedeutete eine Frequenz von 5 Stunden pro Woche und Telefonate am Wochenende. Damit ersetzte ich die Telefonseelsorge und die Bekannten, die er in solchen Situationen jeweils angerufen hatte. In den ersten beiden Jahren war ich in meinem Urlaub für ihn telefonisch zu verabredeten Zeiten erreichbar. Nachdem er eine ihm extrem ängstigende schwere Operation nicht mehr vermeiden konnte (mehrere Monate analytischer Arbeit waren vonnöten, ihn den Schritt tun lassen zu können), dekomensierte er durch Nachblutungen und durch die in der Klinik entstandenen Beziehungskonflikte so sehr, dass die Klinik mich anrief. Ich konnte den Patienten telefonisch auf der Intensivstation beruhigen. Während seines gesamten Klinikaufenthalts und der nachfolgenden Rehabilitationsmaßnahme rief er mich zu verabredeten Zeiten an. Die Bewältigung des ängstigenden Schrittes der Operation wie auch der folgenden Komplikationen legte, zusammen mit meiner verlässlichen Verfügbarkeit über die vorangegangene Zeit die Grundlage für die Entwicklung einer immer sicherer werdenden Beziehung. Dabei stellte meine Bereitschaft, mich auf seine pathologische Struktur in unterschiedlichen Bereichen einzustellen und den analytischen Rahmen zu erweitern, eine zur üblichen analytischen Haltung „pathologische Passung“ meinerseits dar. Auf diese Weise jedoch wurden stabile Korrelationen ermöglicht, sodass Herr A. entspre-

chende Erwartungen internalisieren konnte. Durch diese Internalisierung einer verlässlichen, berechenbaren Beziehung entstand eine wachsende Sicherheit in ihm; er fühlte sich nicht mehr so bedroht, musste nicht mehr jede Annäherung als unaushaltbaren Angriff (Britton 1997, S.110 f.) fürchten. Daher war er ein Jahr später in der Lage, eine notwendige weitere gleichartige Operation leichter in Angriff zu nehmen. Erst sehr viel später – als es möglich geworden war, durch die sich entwickelnde mentale Nabelschnur seine Selbstzustände und seine Gefühle zu validieren – konnte er seine Gefühle der Dankbarkeit in Worte fassen. Dies waren die ersten Gefühle, die er mir gegenüber äußerte. Schließlich wurde es möglich – anfänglich zur außerordentlichen Irritation des Patienten – unsere Beziehung und das, was sich jeweils zwischen uns ereignete, durch mich zu verbalisieren. Das jahrelang Agierte konnte nun, in mühsamer Arbeit, Stück für Stück in Worte gefasst werden, der Symbolisierungsprozess war in Gang gekommen. Herr A. bekam Zugang zu seinem Inneren, konnte u. a. seine „innere Leere“ in Worte fassen, sich „an den Wochenenden so leer zu fühlen wie damals als verlassenenes (einsames) Kind auf der Straße“. Die sich entwickelnde Mentalisierungsfähigkeit entstand innerhalb der aufkeimenden Fähigkeit zur Intersubjektivität; außerdem verschwanden die Dringlichkeit und der tödliche Ernst seiner Zustände: „Früher war das eine Frage von Sein oder Nicht-Sein, das ist nicht mehr so. . . Sie machen eine humoristische Therapie“. Er war über den Äquivalenzmodus hinausgewachsen, erlebte die Welt jetzt im Als-ob-Modus. Ein „Versagen“ meinerseits ertrug er mittlerweile, ohne in Panik zu geraten. Sein Selbst war kohäsiver geworden.

Herr A. hatte nach dem Auslaufen der Krankenversicherungsleistungen (400 Stunden) die Finanzierung trotz seiner engen Ressourcen (Folge seiner früheren Verleugnung) zu einem reduzierten Satz über weitere 2 Jahre – bei wesentlich reduzierter Frequenz – selbst getragen. Dann wurde

ein erneuter Antrag erfolgreich gestellt. In all den Jahren versäumte er keine einzige Sitzung, bis auf eine nach etwa 3 Jahren: Eine halbe Stunde vor seiner Zeit machte er an meiner Praxistür voller Wut wieder kehrt, weil nach meinem Urlaub die Türe, entgegen seinen Erwartungen, nicht geöffnet war. Er klingelte auch nicht (wie dies für derartige Fälle besprochen war), hinterließ stattdessen einen Zettel, auf dem er mitteilte, „dieses Spiel nicht mehr mitzumachen“ (von mir abhängig zu sein). Wichtig war meine Reaktion, ihm sofort zu schreiben und auf die nächste Stunde zu verweisen. Meine Versuche, dies alles analytisch zu verstehen, schmetterte er vehement ab. Mein Handeln musste erst einmal geschehen und durfte (noch) nicht verstanden werden. Weitere ähnliche Geschehnisse ereigneten sich in dieser Therapiephase. Im Laufe dieser Behandlung, in der seine Ansprüchlichkeit, Grenzüberschreitungen, Kontrollbedürfnis, hohe Kränkbarkeit und massive Sexualisierung seiner Zuwendungsbedürfnisse in die Beziehung kamen, erlebte ich sehr belastende Gegenübertragungsgefühle: Ratlosigkeit, völlige Verwirrung, Überforderung sowie Ärger bis hin zu intensiver Wut, Aversion, Ekel und sehr starke Entwertung. Es dauerte lange, bis in mir Gefühle von Traurigkeit und Mitgefühl entstehen konnten und schließlich auch im Patienten Gefühle von Verlorenheit, Traurigkeit spürbar wurden. Dieser Prozess der Entwicklung eines affektiven intersubjektiven Selbst lässt sich in terminis eines sehr lang andauernden projizierenden, introjizierenden und reprojizierenden Prozesses beschreiben, in dem die bereitgestellte Alpha-Funktion der Analytikerin die Beta-Elemente des Patienten verwandelte. Dies lässt sich auch als die Bereitstellung der notwendigen „Nahrung“, des passenden Inputs formulieren: in diesem Falle ein konkret-symbolisches Dasein und Halten des Patienten als Voraussetzung für die nachholende Entwicklung einer mentalen Nabelschnur, sogar in fortgeschrittenem Alter.

Nach dem Fall einer autistischen Struktur, bei dem es keine Beziehungsaufnahme

mehr gab, und bei dem die dennoch möglich gewordene Regulation psychischer Bedürfnisse durch die affektive Einstimmung und die dadurch ermöglichte Körperkontaktregulierung durch den anderen eine gelungene Passung bedeutete, wurde in dem eben beschriebenen Fall einer Borderlinestörung mit einer steten aktiven Beziehungssuche, die jahrzehntelang in permanenten „mismatches“ endete und zu jeweils selbst initiierten oder induzierten Beziehungsabbrüchen führte, die Regulation der Trennungs- und Abhängigkeitsangst verdeutlicht. Dies und damit eine weitere psychische Entwicklung wurden durch die konkret-symbolische Präsenz sowie das analytische Halten und Verstehen der Analytikerin möglich.

Fallbeispiel für ein Passungsdilemma

Der Fall von Frau B.

Im Folgenden möchte ich eine stabile pathologische Passung, die durch eine notwendige „Nichtpassung“ zu einem regressiven Einbruch führte und durch ein entsprechendes Verständnis aufgelöst werden konnte, an einem Fall verdeutlichen. Ich möchte zeigen, wie die unzureichende Entwicklung einer mentalen Nabelschnur, die zu einer „Passung“ an das pathologische primäre Objekt geführt hatte, sich in der analytischen Beziehung als aktuelle pathologische Passung konstellierte, erkannt und schließlich verstanden werden konnte. Es handelt sich um eine Therapie mit einer sehr verzweifelten, sich (moderat) selbst verletzenden Patientin voller paranoider Ängste, die in ihrer zurückliegenden Liebesbeziehung präpsychotische Angst mit Unsicherheit über die Identität ihres Gegenübers erlebt hatte und voller Angst (nach einer mehrjährigen Analyse und verschiedenen anderen therapeutischen Versuchen) in die Therapie kam. Lange Zeit wurde sie von ihren undifferenzierten Affekten derartig überflutet, dass sie in den Stunden häufig erregt im Therapieraum umherlief und sich gerade

noch davon abhalten konnte, gegen unbelebte Objekte gewalttätig zu werden. Im Anfangsstadium der Therapie war es zu zwei präpsychotischen Episoden in der Stunde selbst gekommen. Dass sich jeweils gerade etwas Gravierendes in Frau B. ereignet hatte, konnte ich durch ihre unübersehbare Angst – sie saß mit weit aufgerissenen Augen vor mir – direkt erkennen. Sie selbst war nicht in der Lage, irgend etwas verbal mitzuteilen. Es war meine Aufgabe, ihr verändertes Aussehen mit ihrem inneren Zustand in Verbindung zu bringen. Das von mir Wahrgenommene in Worte Gefasste, die Validierung ihres inneren Zustands durch mich und das suchende Verstehen des jeweils auslösenden Moments in der Beziehung hatte zur Folge, dass Frau B. schließlich wieder selbst sprechen und mir mitteilen konnte, dass sie nicht mehr gewusst hatte, wer ich war und welch panische Angst sie gerade erlebt hatte.

Im weiteren Verlauf der Therapie hatte sich Frau B. sehr stabilisiert. Ihre paranoiden Ängste ließen beträchtlich nach, sie konnte sich in jeder Hinsicht in ihrem Alltag besser regulieren und wurde kontaktfähiger. Bei aller Zufriedenheit über diese Entwicklung fühlte ich mich jedoch im Laufe der Therapie zunehmend unwohl, von Frau B. auf Distanz gehalten und erlebte mich selbst in der Folge mehr und mehr distanziert, kühl, unlebendig werdend, mir selbst damit immer fremder werdend. Ich hatte zwar den Eindruck, weiterhin intellektuell-analytisch gut zu funktionieren, spürte aber, dass etwas Wesentliches nicht zugelassen wurde, wobei ich nicht sagen konnte, was. Mir wurde nur bewusst, mich immer stärker gefangen zu fühlen. Erst später wurde verstehbar, dass beide, Frau B. und auch ich, uns aus unterschiedlichen Gründen unbewusst mit dieser Art der Nähe-Distanz-Regulation eingerichtet hatten. Wie sehr Frau B. emotionale Nähe zu einem anderen Menschen fürchtete, hatte sich über den gesamten Verlauf der Therapie in einer Art Leitmotiv in Form eines Satzes aus *Das Geisterhaus* von Isabel

Allende verdichtet: „Als ich wieder unter Menschen kam, brach ich zusammen“; dieses Motiv war in vielfältigen anderen Bedeutungen verstanden worden. Diese Angst vor Nähe, die sich mit einem Zusammenbruch verbindet, und die auch in vergleichbaren anderen immer wiederkehrenden Assoziationen enthalten war, fand schließlich in einem Mini-enactment, das ich im Folgenden darstellen möchte, Ausdruck und Bestätigung.

Ich hatte, wie eben beschrieben, mit der Zeit einen stärker werdenden depressiven Affekt in mir wahrgenommen, herrührend aus einem wachsenden Unbehagen über die Atmosphäre in der Beziehung, mein eigenes Mich-Gefangen-Fühlen in der Art der Beziehungsgestaltung sowie das Verhalten und die Äußerungen von Frau B., die mir durch ihre Unbezogenheit keine emotionale Bedeutung zukommen ließ. Als ich mich nun eines Tages, nach einem längeren Urlaub gestärkt und beflügelt, entschlossen fühlte, nicht weiterhin in dieser Atmosphäre bleiben zu wollen, trat ich Frau B. zu Beginn ihrer zweiten Stunde nach der Pause bei der Begrüßung innerlich (und damit vermutlich auch äußerlich) lebendiger entgegen. Was sich in diesem Augenblick dadurch in Frau B. ereignete, nahm ich nicht wahr. Sie nahm, wie immer, Platz und begann in beiläufigem Ton über ihren beruflichen Alltag zu sprechen, in dem jemand Interesse an ihr gezeigt hatte und sie registriert habe, wie sie sich „ungeschickt, unaufgeräumt, abwertend“ erlebt habe und innerlich realisiert hatte, dass sie sich gar nicht in der Lage fühlte, auf dieses Interesse eingehen zu können und fuhr nach einer kurzen Pause fort: „Es passt nicht, mich hinzustellen und Sie erst einmal anzugucken, was Sie anhaben, wie Sie aussehen. Das ist nicht angemessen, es gehört sich nicht.“

Ich: „Es hat nicht Platz hier, was zwischen uns ist, an Gefühlen zwischen Ihnen und mir.“

Frau B.: „Das macht mich ein bisschen unruhig . . . Sie sehen so anders aus. . . mir wird jetzt richtig schwindlig, das zeigt,

was mich unbewusst antreibt, aufhören zu wollen, wenn wir daran kommen . . .“ Dann, so, als ob sie sich ein Herz fasste: „Jetzt kann ich es ja sagen, was in den ersten zehn Minuten wirklich los war, was in mir passiert ist.“ Und sie berichtet nun, wie sie mich verändert wahrgenommen hat: „Sie waren so anders, im Habitus, Gestik, der Tonfall. Sie haben mich so betont begrüßt, als wenn Sie sich was Besonderes dabei gedacht haben, Sie waren so anders, und das kurz nach dem Urlaub, wo ich sowieso nicht wusste, ob Sie noch die Alte sind. Ich hatte panische Angst, ich wusste tatsächlich nicht mehr . . . ich war unsicher, wer Sie waren . . . ich wusste nicht mehr, wer Sie sind . . . ich fühlte mich so bedroht, es waren Ihr Tonfall und Ihr Habitus, Sie wahren die Form, und wehe dann. . ., wie bei meiner Mutter. Die sagte: ‚Komm erst einmal rein, und dann sehen wir . . .‘. Und dann ging es aber los mit der Beschimpfung!“

In diesem Mini-enactment hatte ich zwar deutlich wahrgenommen, mich anders zu fühlen, anders zu sein. Die tatsächliche weitreichende Bedeutung dieser anderen inneren Gestimmtheit in Bezug auf deren Auswirkungen auf Frau B. war mir in dem Augenblick jedoch nicht bewusst. Ich hatte nur mich gesehen, nur meine eigene Sicht des Erlebens und hatte in diesem Moment die Perspektive der Patientin aufgegeben (s. Schwaber 2000). Es schien in diesem Augenblick nicht möglich, zwei unterschiedliche Erlebensweisen nebeneinander und aufeinander bezogen sehen zu können. Ich hatte es nicht mehr ertragen, mich bedeutungslos, ohne eigene anzuerkennende Existenz zu fühlen und setzte meinen Wunsch nach Lebendigkeit sowie einer lebendigen Bezogenheit in Szene. Ich hatte mich damit der malignen Verschmelzung entzogen. Ich war sehr überrascht, als ich schließlich erfuhr, dass die Patientin die ersten 10 Minuten der Stunde durch ihr Erleben einer so anders als sonst gestimmten und aussehenden Analytikerin in eine derartige Angst geraten war, in der sie meiner Identität nicht mehr sicher war. Frau B. hatte ihre intensive Angst,

mich in diesem Augenblick nicht erkennen zu können, ihrer Realität nicht mehr sicher zu sein, allerdings dieses Mal in sich halten und schließlich mitteilen können, wie verändert sie mich erlebt habe, und welche Angst dies in ihr ausgelöst habe. Ich bestätigte die Wahrnehmung der Patientin meines eigenen veränderten inneren Zustands; dies führte zu einer weiteren Stabilisierung von Frau B. Die tiefere Bedeutung des Geschehens, die Angst der Patientin vor der nichtkontrollierbaren destruktiv erlebten Mutter in der Übertragung und meine Abwehr gegen die projektive Identifizierung mit dieser Mutter waren zu der Zeit nicht verbalisierbar. Es waren erst einmal nur die realen Auswirkungen in Worte zu fassen. Seit dieser Stunde rückten die Identitätsproblematik, die Fragen „Wer bin ich, und wer bist du? Und ist Raum für uns beide?“ in den Mittelpunkt. Auch in Träumen wurde die Veränderung der inneren bislang von destruktiven Introjekten gefüllten Welt der Patientin deutlich, in der sie mich nun als positiv besetztes emotional reagierendes Gegenüber erlebte und ihre Sehnsucht nach Gesehenwerden, Nähe und Gehaltenwerden deutlich wurden.

Wie nun ist dieses Mini-enactment zu verstehen? Im Laufe der Therapie hatte sich zwischen Patientin und Analytikerin eine pathologische Passung in einer Mutterübertragung hergestellt, in der die Analytikerin immer mehr zu dem „Eisschrank“ wurde, als den die Patientin ihre Mutter erlebt hatte. In dem Moment, in dem die Analytikerin diese „Passung“ innerlich zerstörte, eine Trennung und gleichzeitig mehr Lebendigkeit herstellte, stellte sie einen ungewohnten, „nichtpassenden“ Kontakt her. Die Patientin „verlor“ die Kontrolle. Die Analytikerin mag unbewusst gespürt haben, dass dies auf der Basis der Entwicklung der Patientin und der bereits hergestellten tragfähigen Beziehung möglich sein könnte. Die „nichtpassende“ Reaktion war also gleichzeitig eine passende, entwicklungsnotwendige Reaktion, an der es in der frühesten Beziehung gemangelt hatte. Es könnte

demnach sein, dass die Analytikerin projektiv mit den genuinen abgewehrten Bedürfnissen der Patientin nach Lebendigkeit identifiziert war und sie agierte. Damit aber verlor die Patientin die Basis, auf der für sie Beziehung bislang angstfrei möglich war. Ihre Abwehr brach zusammen; es fand eine augenblickliche Regression auf den Punkt ihrer Entwicklung statt, an dem ihre kompensatorische Entwicklung zur Abwehr früher Desintegrationsängste eingesetzt hatte. Sie war in der Begegnung mit der „lebendigen“ Analytikerin mit einem als überwältigend erlebten „Zuviel“ in Kontakt gekommen, das an ihre frühesten unbefriedigt gebliebenen und daher hoch angstbesetzten Bedürfnisse rührte, an das Bedürfnis nach emotional lebendiger Interaktion, in der sie sich in ihrer Lebendigkeit global gehalten und beantwortet hätte erleben können. In diesen Kontext passt die bereits oben erwähnte Regression in einer Liebesbeziehung, in der sie sich der Identität ihres Gegenübers beim Liebesakt auch nicht mehr sicher gewesen und in panische Angst geraten war. Art und Intensität ihrer Angst verweisen auf einen sehr frühen Punkt in ihrer Entwicklung, an dem ihre Grenzen nicht gefestigt, ihre Welt noch chaotisch angsterregend war, weil es nicht ausreichende gute Beziehungserfahrungen gab, die ein Vertrauen in eine Ordnung der Welt hergestellt hätten, in der sie sich durch diese guten Beziehungserfahrungen und Erwartungen hätte kohärent fühlen können. Dies bedeutet, nur um den Preis der Wiederbelebung frühester archaischer Ängste konnte in der Beziehung und damit in der Patientin etwas Neues, emotionale Nähe, Lebendigkeit, entstehen; ihre ursprünglichen, natürlichen Erwartungen auf eine gute Passung waren durch Erwartungen an eine Passung mit einem versagenden Objekt auf Eis gelegt gewesen. Die mentale Nabelschnur, die damals eingefroren worden war, wurde in der analytischen Beziehung in ihrer Brüchigkeit spür- sowie sichtbar und damit „reparierbar“.

Resümee zu therapeutischen Beziehungserfahrungen bei pathologischer Passung

Die Befunde der Entwicklungspsychologie zur *theory of mind* aus der Säuglingsforschung und Belege aus der analytischen Praxis lassen den Schluss zu, dass Mentalisierungsdefizite sowie negative therapeutische Reaktionen Folge und Begleiterscheinungen pathologischer Passung sind. Sie erzeugen schwierig zu handhabende Übertragungen und Gegenübertragungsreaktionen und können zu einem schwer zu überwindenden Hindernis für die produktive Entwicklung des analytischen Prozesses werden. Dies liegt zum einen daran, dass es sich bei der pathologischen Passung um eine basale Störung handelt, die von Anbeginn an alle weiteren Entwicklungsschritte durch Spaltungsphänomene und in der folgenden Entwicklung durch weitere hinzukommende Abwehrmechanismen beeinträchtigt. Zum anderen tritt sie oftmals in nicht sofort zu verstehenden und aufzulösenden Verwicklungen zwischen Patient und Analytikerin, in Enactments, in Erscheinung und kann daher ein Stagnieren oder Scheitern der Behandlung durch ein Nichtverstehen mit sich bringen. Das Phänomen der pathologischen Passung lässt sich auf der Basis neuerer Befunde der Entwicklungspsychologie zur Entstehung der *theory of mind* oder Mentalisierung als eine *zweckmäßige* Reaktion auf früheste pathogene Beziehungserfahrungen verstehen und verliert damit im psychoanalytischen Prozess einiges von seinen negativen Konnotationen (s. hierzu Maier 2006). Pathologische Passung bedeutet die früheste Anpassung des Säuglings an das pathogene Objekt, weil er in der Phase der absoluten Abhängigkeit der Psyche der Mutter und der physischen Realität hilflos ausgesetzt ist und keine andere Wahl hat, als die Erfahrungen mit einer solchen pathogenen Mutter zu introjizieren. Durch die Anpassung an ein derartiges pathologisches Objekt, das die entwicklungsnotwendige psychische Reso-

nanz nicht erbringen kann, ist eine unzureichende Entwicklung der Mentalisierungsfähigkeit eine zwangsläufige weitere Folge. Im therapeutischen Prozess spiegelt sich dies auf unterschiedliche Weise wider. Durch Deutungen allein ist die Auflösung einer pathologischen Passung nicht zu erreichen. Vielmehr muss diese sich erst in der Psyche des Gegenübers und in der Beziehung ereignen, ehe sie in Worte gefasst werden kann. Die Bedeutung derartiger Beziehungserfahrungen für die Entwicklung oder Nachreifung von Mentalisierung findet in neueren Befunden zur frühesten Entwicklung der *theory of mind* eine theoretische Begründung. Die sich bereits mit der Geburt etablierende mentale Nabelschnur zwischen dem aufkeimenden Selbst und dem anderen basiert, diesen Befunden zufolge, auf spezifischen durch *affect attunements* vermittelten Synchronisationserfahrungen. Entsprechende Synchronisationserfahrungen können, wie die angeführten Fallvignetten illustrieren, das Nachreifen einer unzureichend entwickelten Selbstkohärenz fördern. Daher ist eine entsprechende Erweiterung psychoanalytischer Behandlungstechniken mit der Ermöglichung passender Beziehungserfahrungen in der analytischen Dyade notwendig. Dies impliziert u. a., dass die Parameter des Settings in entsprechenden Therapiephasen so zu modifizieren sind, dass eine erstmalige Erfahrung des Gehaltenwerdens in hoch angstbesetzten Situationen möglich wird. Das kann bedeuten, für den Patienten seiner Notwendigkeit entsprechend – und somit auch außerhalb des üblichen Rahmens – verfügbar zu sein. Eine solche verlässliche Erreichbarkeit der Analytikerin lässt neue Strukturen im Patienten entstehen und legt die Basis im Patienten und in der Beziehung, die überhaupt erst ein weiterführendes fruchtbares Bearbeiten pathologischer Strukturen und neurotischer Konflikte zulässt. Für Grundstörungen gilt aufgrund der damit inhärenten Begrenzungen des Patienten – mit Goethes Worten –: „Ich kann das Wort so hoch unmöglich schätzen.“ Dass das Wort

für diese Patienten Bedeutung bekommen kann, ist daher an das *Tun* der Analytikerin gebunden, d. h. im Besonderen an ihre Einstimmungsfähigkeit und Bereitschaft, durch konkret-symbolisches Dasein Angst zu reduzieren. Hier gilt, wie bei den allerfrühesten Interaktionserfahrungen des Säuglings: „Im Anfang war die Tat“.

Anschrift

Gisela Bergmann-Mausfeld

Kieler Straße 31

24229 Dänisch-Nienhof

E-Mail: gisela.bergmann-mausfeld@onlinehome.de

Literatur

- Beebe B, Rustin J, Sorter D, Knoblauch S (2003a) An expanded view of intersubjectivity in infancy and its application to psychoanalysis. *Psychoanal Dialogues* 13:805–841
- Beebe B, Sorter D, Rustin J, Knoblauch S (2003b) A comparison of Meltzoff, Trevarthen, and Stern. *Psychoanal Dialogues* 13:777–804
- Bergmann-Mausfeld G (2000) Empathie und Resonanz. *Psychoanalyse und Säuglingsforschung. Forum Psychoanal* 16:204–213
- Bierce A (1911/1983) *The devil's dictionary*. Dover, New York
- Bollas C (1995) Mental interference. In: Corrigan EG, Gordon PE (eds) *The mind object. Precocity and pathology of self-sufficiency*. Karnac, London
- Bonatti L, Frot E, Zangl R, Mehler J (2002) The human first hypothesis: identification of conspecifics and individuation of objects in the young infant. *Cognit Psychol* 44: 388–426
- Bowlby J (1982) *Das Glück und die Trauer. Herstellung und Lösung affektiver Bindungen*. Klett-Cotta, Stuttgart
- Britton R (1997) Weitere Überlegungen zur dritten Position. In: Britton R, Feldman M, Steiner J (Hrsg) *Groll und Rache in der ödipalen Situation*. edition diskord, Tübingen, 597–120
- Dornes M (2004) Über Mentalisierung, Affektregulierung und die Entwicklung des Selbst. *Forum Psychoanal* 20: 175–199
- Fonagy P, Gergely G, Jurist EL, Target M (2002) *Affect regulation, mentalizing, and the development of the self*. Other Press, New York
- Frith CD, Frith U (1999) Interacting minds – A biological basis. *Science* 286:1692–1695
- Frith U, Frith CD (2003) Development and neurophysiology of mentalizing. *Philos Trans R Soc Lond B Biol Sci* 358:459–473
- Gallese V, Keysers C, Rizzolatti G (2004) A unifying view of the basis of social cognition. *Trends Cogn Sci* 8:396–403
- Guntrip H (1968) *Schizoid phenomena, object relations and the self*. Karnac, London
- James W (1890) *The principles of psychology*. Holt, New York
- Köhler L (2004) Frühe Störungen aus der Sicht zunehmender Mentalisierung. *Forum Psychoanal* 20:158–174
- Kohut H (1979) *Die Heilung des Selbst*. Suhrkamp, Frankfurt aM

- Lane H (1976) *The wild boy of Aveyron*. Harvard University Press, Cambridge MA
- Leslie A (1991) The theory of mind impairment in autism: evidence for a modular mechanism of development? In: Whiten A (ed) *Natural theories of mind*. Blackwell, Oxford, pp 63–78
- Maier C (2006) Übertragungspsychose. Ein Beitrag zur Begriffsbestimmung. *Psyche – Z Psychoanal* 60:291–318
- Mausfeld R (2005) Vom Sinn in den Sinnen. Wie kann ein biologisches System Bedeutung generieren? In: Elsner N, Lürer G (Hrsg) . . . sind eben auch nur Menschen – Verhalten zwischen Zwang, Freiheit und Verantwortung. Wallstein, Göttingen, S 47–79
- Moor P (1991) Jürgen Bartsch: Opfer und Täter. Rowohlt, Reinbek
- Philipps AT, Wellman HM, Spelke ES (2002) Infant's ability to connect gaze and emotional expression to intentional action. *Cognition* 85:53–78
- Plath S (1965) *Ariel*. Faber & Faber, London
- Plenker FP (2000) Zur Konzeption der negativen therapeutischen Reaktion bei Sigmund Freud und Joan Rivière. *Psyche – Z Psychoanal* 54:619–641
- Premack D, Woodruff G (1978) Does the chimpanzee have a theory of mind? *Behav Brain Sci* 1:515–526
- Schwaber EA (2000) Zum Konzept der psychischen Realität des Patienten. *Forum Psychoanal* 16:1–15
- Spelke ES, Philipps A, Woodward AL (1995) Infant's knowledge of object motion and human action. In: Sperber D, Premack D, Premack AJ (eds) *Causal cognition*. Clarendon, Oxford, pp 44–78
- Stern D (1999) Vitality contours: the temporal contour of feelings as a basic unit for constructing the infant's social experience. In: Rochat P (ed) *Early social cognition: understanding others in the first months of life*. Erlbaum, Mahwah, NJ, pp 67–90
- Stern D, Sander LW, Nahum JP et al (2002) Nichtdeutende Mechanismen in der psychoanalytischen Therapie. Das „Etwas-Mehr“ als Deutung. *Psyche – Z Psychoanal* 9:974–1006
- Trevarthen C (1998) The concept and foundations of infant intersubjectivity. In: Bråten S (ed) *Intersubjective communication and emotion in early ontogeny*. Cambridge University Press, Cambridge, pp 15–46
- Trevarthen C, Malloch S (2000) The dance of wellbeing: defining the musical therapeutic effect. *Nordic J Music Ther* 9:3–17
- Weiß H, Frank C (Hrsg) (2002) *Pathologische Persönlichkeitsorganisation als Abwehr psychischer Veränderung*. edition diskord, Tübingen
- Williams D (1994) *Somebody somewhere. Breaking free from the world of autism*. Three Rivers Press, New York
- Woodward AL (2005) Infants' understanding of the actions involved in joint attention. In: Eilan N, Hoerl C, McCormack T, Roessler J (eds) *Joint attention: Communication and other minds*. Oxford University Press, pp 110–128