

Wittenberger, Annegret

Zur Psychodynamik einer jugendlichen Bulimie-Patientin

Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 54 (2005) 4, S. 337-353

urn:nbn:de:bsz-psydok-45646

Erstveröffentlichung bei:

Vandenhoeck & Ruprecht WISSENSWERTE SEIT 1735

<http://www.v-r.de/de/>

Nutzungsbedingungen

PsyDok gewährt ein nicht exklusives, nicht übertragbares, persönliches und beschränktes Recht auf Nutzung dieses Dokuments. Dieses Dokument ist ausschließlich für den persönlichen, nicht-kommerziellen Gebrauch bestimmt. Die Nutzung stellt keine Übertragung des Eigentumsrechts an diesem Dokument dar und gilt vorbehaltlich der folgenden Einschränkungen: Auf sämtlichen Kopien dieses Dokuments müssen alle Urheberrechtshinweise und sonstigen Hinweise auf gesetzlichen Schutz beibehalten werden. Sie dürfen dieses Dokument nicht in irgendeiner Weise abändern, noch dürfen Sie dieses Dokument für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, aufführen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Mit dem Gebrauch von PsyDok und der Verwendung dieses Dokuments erkennen Sie die Nutzungsbedingungen an.

Kontakt:

PsyDok

Saarländische Universitäts- und Landesbibliothek
Universität des Saarlandes,
Campus, Gebäude B 1 1, D-66123 Saarbrücken

E-Mail: psydok@sulb.uni-saarland.de
Internet: psydok.sulb.uni-saarland.de/

Inhalt

Aus Klinik und Praxis / From Clinic and Practice

Buchholz, M. B.: Herausforderung Familie: Bedingungen adäquater Beratung (Family as challenge: Contexts of adequate counselling)	664
Pachaly, A.: Grundprinzipien der Krisenintervention im Kindes- und Jugendalter (Basic principles of crisis intervention in children and adolescents)	473
Sannwald, R.: Wie postmoderne Jugendliche ihren Weg ins Leben finden – Einblicke in die Katathym Imaginative Psychotherapie von Adoleszenten (How postmodern youths find their way into life – Views on imaginative psychotherapy of adolescents)	417
Stephan, G.: Vom Schiffbruch eines kleinen Bootes zur vollen Fahrt eines Luxusliners (Children's drawings: A case study of the psychotherapeutic treatment of a seven year old boy)	59
Stumptner, K.; Thomsen, C.: MusikSpielTherapie (MST) – Eine Eltern-Kind- Psychotherapie für Kinder im Alter bis zu vier Jahren (MusicPlayTherapy – A parent-child psychotherapy for children 0 – 4 years old)	684
Walter, J.; Hoffmann, S.; Romer, G.: Behandlung akuter Krisen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie (Treatment of acute crisis in child and adolescent psychiatry)	487
Welter, N.: Vom Rambo-Jesus zu einer gut integrierten Männlichkeit (From Rambo-Jesus to well integrated masculinity)	37

Originalarbeiten / Original Articles

Giovannini, S.; Haffner, J.; Parzer, P.; Steen, R.; Klett, M.; Resch, F.: Verhaltensauffälligkeiten bei Erstklässlern aus Sicht der Eltern und der Lehrerinnen (Parent- and teacher-reported behavior problems of first graders)	104
Gramel, S.: Die Darstellung von guten und schlechten Beziehungen in Kinderzeichnungen (How children show positive and negative relationships on their drawings)	3
Hampel, P.; Kümmel, U.; Meier, M.; Dickow, C.D.B.: Geschlechtseffekte und Entwicklungsverlauf im Stresserleben, der Stressverarbeitung, der körperlichen Beanspruchung und den psychischen Störungen bei Kindern und Jugendlichen (Gender and developmental effects on perceived stress, coping, somatic symptoms and psychological disorders among children and adolescents)	87
Hessel, A.; Geyer, M.; Brähler, E.: Inanspruchnahme des Gesundheitssystems durch Jugendliche wegen körperlicher Beschwerden (Occupation of health care system because of body complaints by young people – Results of a representative survey)	367
Horn, H.; Geiser-Elze, A.; Reck, C.; Hartmann, M.; Stefini, A.; Victor, D.; Winkelmann, K.; Kronmüller, K.: Zur Wirksamkeit psychodynamischer Kurzzeitpsychotherapie bei Kindern und Jugendlichen mit Depressionen (Efficacy of psychodynamic short-term psychotherapy for children and adolescents with depression)	578
Jordan, S.: www.drugcom.de – ein Informations- und Beratungsangebot zur Suchtprävention im Internet (www.drugcom.de – an internet based information and counselling project for the prevention of addiction)	742
Juen, F.; Benecke, C.; Wyl, A. v.; Schick, A.; Cierpka, M.: Repräsentanz, psychische Struktur und Verhaltensprobleme im Vorschulalter (Mental representation, psychic structure, and behaviour problems in preschool children)	191

Kienle, X.; Thumser, K.; Saile, H.; Karch, D.: Neuropsychologische Diagnostik von ADHS-Subgruppen (Neuropsychological assessment of ADHD subtypes)	159
Krischer, M.K.; Sevecke, K.; Lehmkuhl, G.; Steinmeyer, E.M.: Minderschwere sexuelle Kindesmisshandlung und ihre Folgen (Less severe sexual child abuse and its sequelae: Are there different psychic and psychosomatic symptoms in relation to various forms of sexual interaction?)	210
Kronmüller, K.; Postelnicu, I.; Hartmann, M.; Stefini, A.; Geiser-Elze, A.; Gerhold, M.; Horn, H.; Winkelmann, K.: Zur Wirksamkeit psychodynamischer Kurzzeitpsychotherapie bei Kindern und Jugendlichen mit Angststörungen (Efficacy of psychodynamic short-term psychotherapy for children and adolescents with anxiety disorders)	559
Lenz, A.: Vorstellungen der Kinder über die psychische Erkrankung ihrer Eltern (Children's ideas about their parents' psychiatric illness – An explorative study)	382
Nagenborg, M.: Gewalt in Computerspielen: Das Internet als Ort der Distribution und Diskussion (Violent computer games: Distribution via and discussion on the internet)	755
Nedoschill, J.; Leiberich, P.; Popp, C.; Loew, T.: www.hungrig-online.de: Einige Ergebnisse einer Online-Befragung Jugendlicher in der größten deutschsprachigen Internet-Selbsthilfegruppe für Menschen mit Essstörungen (www.hungrig-online.de: Results from an online survey in the largest German-speaking internet self help community for eating disorders)	728
Nützel, J.; Schmid, M.; Goldbeck, L.; Fegert, J.M.: Kinder- und jugendpsychiatrische Versorgung von psychisch belasteten Heimkindern (Psychiatric support for children and adolescents in residential care in a german sample)	627
Rosbach, M.; Probst, P.: Entwicklung und Evaluation eines Lehrergruppentrainings bei Kindern mit ADHS – eine Pilotstudie (Development and evaluation of an ADHD teacher group training – A pilot study)	645
Sevecke, K.; Krischer, M.K.; Schönberg, T.; Lehmkuhl, G.: Das Psychopathy-Konzept nach Hare als Persönlichkeitsdimension im Jugendalter? (The psychopathy-concept and its psychometric evaluation in childhood and adolescence)	173
Thomalla, G.; Barkmann, C.; Romer, G.: Psychosoziale Auffälligkeiten bei Kindern von Hämodialysepatienten (Psychosocial symptoms in children of hemodialysis patients)	399
Titze, K.; Wollenweber, S.; Nell, V.; Lehmkuhl, U.: Elternbeziehung aus Sicht von Kindern, Jugendlichen und Klinikern (Parental relationship from the perspectives of children, adolescents and clinicians. Development and clinical validation of the Parental-Representation-Screening-Questionnaire (PRSQ))	126
Winkel, S.; Groen, G.; Petermann, F.: Soziale Unterstützung in Suizidforen (Social support in suicide forums)	714
Winkelmann, K.; Stefini, A.; Hartmann, M.; Geiser-Elze, A.; Kronmüller, A.; Schenkenbach, C.; Horn, H.; Kronmüller, K.: Zur Wirksamkeit psychodynamischer Kurzzeitpsychotherapie bei Kindern und Jugendlichen mit Verhaltensstörungen (Efficacy of psychodynamic short-term psychotherapy for children and adolescents with behavioral disorders)	598
 Übersichtsarbeiten / Review Articles	
Bartels, V.: Krisenintervention bei sexualisierter Gewalt gegen Mädchen und Jungen (Crisis intervention in child sexual abuse)	442
Franz, M.: Wenn Mütter allein erziehen (When mothers take care alone)	817

Hagenah, U.; Vloet, T.: Psychoedukation für Eltern in der Behandlung essgestörter Jugendlicher (Parent psychoeducation groups in the treatment of adolescents with eating disorders)	303
Herpertz-Dahlmann, B.; Hagenah, U.; Vloet, T.; Holtkamp, K.: Essstörungen in der Adoleszenz (Adolescent eating disorders)	248
Ley, K.: Wenn sich eine neue Familie findet – Ressourcen und Konflikte in Patchwork- und Fortsetzungsfamilien (Finding the way in a new family – Resources and conflicts in patchwork and successive families)	802
Napp-Peters, A.: Mehrelternfamilien als „Normal“-familien – Ausgrenzung und Eltern-Kind-Entfremdung nach Trennung und Scheidung (Multi-parent families as “normal” families – Segregation and parent-child- alienation after separation and divorce)	792
Pfeiffer, E.; Hansen, B.; Korte, A.; Lehmkuhl, U.: Behandlung von Essstörungen bei Jugendlichen aus Sicht der kinder- und jugendpsychiatrischen Klinik (Treatment of eating disorders in adolescents – The view of a child and adolescence psychiatric hospital)	268
Reich, G.: Familienbeziehungen und Familientherapie bei Essstörungen (Family relationships and family therapy of eating disorders)	318
Reich, G.: Familiensysteme heute – Entwicklungen, Probleme und Möglichkeiten (Contemporary family systems – Developments, problems, and possibilities)	779
Retzlaff, R.: Malen und kreatives Gestalten in der Systemischen Familientherapie (Drawings and art work in systemic family therapy)	19
Ruhl, U.; Jacobi, C.: Kognitiv-behaviorale Psychotherapie bei Jugendlichen mit Essstörungen (Cognitive-behavioral psychotherapy for adolescents with eating disorders)	286
Schnell, M.: Suizidale Krisen im Kindes- und Jugendalter (Suicidal crises in children and adolescents)	457
Windaus, E.: Wirksamkeitsstudien im Bereich der tiefenpsychologisch fundierten und analytischen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie: eine Übersicht (Efficacy studies in the field of psychotherapy – psychoanalytical and psychodynamic psychology – for children and adolescents: a survey)	530
Wittenberger, A.: Zur Psychodynamik einer jugendlichen Bulimie-Patientin (On the psychodynamics of an adolescent bulimia patient)	337

Buchbesprechungen / Book Reviews

Balloff, R. (2004): Kinder vor dem Familiengericht. (<i>L. Unzner</i>)	429
Beebe, B.; Lachmann, F.M. (2004): Säuglingsforschung und die Psychotherapie Erwachsener. (<i>L. Unzner</i>)	71
Ben-Aaron, M.; Harel, J.; Kaplan, H.; Patt, R. (2004): Beziehungsstörungen in der Kindheit. Eltern als Mediatoren: Ein Manual. (<i>L. Unzner</i>)	149
Brackmann, A. (2005): Jenseits der Norm – hochbegabt und hochsensibel? (<i>D. Irblich</i>) . .	768
Cierpka, M. (Hg.) (2005): Möglichkeiten der Gewaltprävention. (<i>L. Unzner</i>)	701
Deegener, G.; Körner, W. (Hg.) (2005): Kindesmisshandlung und Vernachlässigung. Ein Handbuch. (<i>L. Unzner</i>)	837
Eckardt, J. (2005): Kinder und Trauma. (<i>L. Unzner</i>)	835
Eggers, C.; Fegert, J.M.; Resch, F. (Hg.) (2004): Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters. (<i>D. Irblich</i>)	428
Emerson, E.; Hatton, C.; Thompson, T.; Parmenter, T. (Hg.) (2004): The International Handbook of Applied Research in Intellectual Disabilities. (<i>K. Sarimski</i>)	231

Fegert, J.M.; Schrapper, C. (Hg.) (2004): Handbuch der Jugendhilfe –Jugendpsychiatrie. Interdisziplinäre Kooperation. (<i>U. Kiefling</i>)	704
Fonagy, P.; Gergely, G.; Jurist, E.L.; Target, M. (2004): Affektregulierung, Mentalisierung und die Entwicklung des Selbst. (<i>L. Unzner</i>)	72
Gerlach, M.; Warnke, A.; Wewetzer, C. (Hg.) (2004): Neuro-Psychopharmaka im Kindes- und Jugendalter. Grundlagen und Therapie. (<i>A. Zellner</i>)	146
Gerlach, M.; Warnke, A.; Wewetzer, C. (Hg.) (2004): Neuro-Psychopharmaka im Kindes- und Jugendalter. (<i>J.M. Fegert</i>)	834
Grawe, K.: (2004): Neuropsychotherapie. (<i>O. Bilke</i>)	622
Grossmann, K.; Grossmann, K.E. (2004): Bindungen – das Gefüge psychischer Sicherheit. (<i>L. Unzner</i>)	355
Haas, W. (2004): Familienstellen – Therapie oder Okkultismus? Das Familienstellen nach Hellinger kritisch beleuchtet. (<i>P. Kleinferchner</i>)	619
Hawellek, C.; Schlippe, A. v. (Hg.) (2005): Entwicklung unterstützen – Unterstützung entwickeln. Systemisches Coaching nach dem Marte-Meo-Modell. (<i>B. Westermann</i>)	706
Hinz, H.L. (2004): Jahrbuch der Psychoanalyse – Beiträge zur Theorie, Praxis und Geschichte, Bd. 49. (<i>M. Hirsch</i>)	76
Holling, H.; Preckel, F.; Vock, M. (2004): Intelligenzdiagnostik. (<i>A. Zellner</i>)	507
Hoppe, F.; Reichert, J. (Hg.) (2004): Verhaltenstherapie in der Frühförderung. (<i>D. Irblich</i>)	74
Immisch, P.F. (2004): Bindungsorientierte Verhaltenstherapie. Behandlung der Veränderungsresistenz bei Kindern und Jugendlichen. (<i>B. Koob</i>)	151
Jacobs, C.; Heubrock, D.; Muth, D.; Petermann, F. (2005): Training für Kinder mit Aufmerksamkeitsstörungen. Das neuropsychologische Gruppenprogramm ATTENTIONER. (<i>D. Irblich</i>)	769
König, O. (2004): Familienwelten. Theorie und Praxis von Familienaufstellungen. (<i>C. v. Bülow-Faerber</i>)	617
Kollbrunner, J. (2004): Stottern ist wie Fieber. Ein Ratgeber für Eltern von kleinen Kindern, die nicht flüssig sprechen. (<i>L. Unzner</i>)	771
Kühl, J. (Hg.) (2004): Frühförderung und SGB IX. Rechtsgrundlagen und praktische Umsetzung. (<i>L. Unzner</i>)	506
Landolt, M.A. (2004): Psychotraumatologie des Kindesalters. (<i>D. Irblich</i>)	232
Lehmkuhl, U.; Lehmkuhl, G. (Hg.) (2004): Frühe psychische Störungen und ihre Behandlung. (<i>L. Unzner</i>)	359
Lenz, A. (2005): Kinder psychisch kranker Eltern. (<i>L. Unzner</i>)	702
Möller, C. (Hg.) (2005): Drogenmissbrauch im Jugendalter. Ursachen und Auswirkungen. (<i>U. Knölker</i>)	621
Neuhäuser, G. (2004): Syndrome bei Menschen mit geistiger Behinderung. Ursachen, Erscheinungsformen und Folgen. (<i>K. Sarimski</i>)	509
Pauls, H. (2004): Klinische Sozialarbeit. Grundlagen und Methoden psycho-sozialer Behandlung. (<i>K. Sarimski</i>)	234
Ruf-Bächtiger, L.; Baumann, T. (2004): Entwicklungsstörungen. ADS/ADHD/POS: Das diagnostische Inventar (Version 3.0). (<i>D. Irblich</i>)	147
Sachse, R. (2004): Persönlichkeitsstörungen. Leitfaden für die Psychologische Psychotherapie. (<i>K. Mauthe</i>)	358
Sachsse, U. (2004): Traumazentrierte Psychotherapie. Theorie, Klinik und Praxis. (<i>D. Irblich</i>)	510
Salewski, C. (2004): Chronisch kranke Jugendliche. Belastung, Bewältigung und psychosoziale Hilfen. (<i>K. Sarimski</i>)	150

Scheuing, H.W. (2004): „... als Menschenleben gegen Sachwerte gewogen wurden“. Die Geschichte der Erziehungs- und Pflegeanstalt für Geistesschwache Mosbach/Schwarzacher Hof und ihrer Bewohner 1933 bis 1945. (<i>M. Müller-Küppers</i>)	233
Schmela, M. (2004): Vom Zappeln und vom Philipp. ADHS: Integration von familien-, hypno- und verhaltenstherapeutischen Behandlungsansätzen. (<i>D. Irblich</i>)	620
Seiffge-Krenke, I. (2004): Psychotherapie und Entwicklungspsychologie. Beziehungen: Herausforderung, Ressource, Risiko. (<i>M.B. Buchholz</i>)	228
Steiner, T.; Berg, I.K. (2005): Handbuch Lösungsorientiertes Arbeiten mit Kindern. (<i>B. Mikosz</i>)	769
Weinberg, D. (2005): Traumatherapie mit Kindern. Strukturierte Trauma-Intervention und traumabezogene Spieltherapie. (<i>D. Irblich</i>)	836
Wewetzer, C. (Hg.) (2004): Zwänge bei Kindern und Jugendlichen. (<i>D. Irblich</i>)	357
Wilken, E. (2004): Menschen mit Down-Syndrom in Familie, Schule und Gesellschaft. (<i>K. Sarimski</i>)	508
Wüllenweber, E. (Hg.) (2004): Soziale Probleme von Menschen mit geistiger Behinderung. (<i>K. Sarimski</i>)	431
Wüllenweber, E.; Theunissen, G. (Hg.) (2004): Handbuch Krisenintervention. Bd. 2: Praxis und Konzepte zur Krisenintervention bei Menschen mit geistiger Behinderung. (<i>K. Sarimski</i>)	432

Neuere Testverfahren / Test Reviews

Ahrens-Eipper, S.; Leplow, B. (2004): Mutig werden mit Til Tiger. Ein Trainingsprogramm für sozial unsichere Kinder. (<i>C. Kirchheim</i>)	513
Langfeldt, H.-P.; Prücher, F. (2004): BSSK. Bildertest zum sozialen Selbstkonzept. Ein Verfahren für Kinder der Klassenstufen 1 und 2. (<i>C. Kirchheim</i>)	237
Seitz, W.; Rausche, A. (2004): PFK 9 – 14. Persönlichkeitsfragebogen für Kinder zwischen 9 und 14 Jahren (4., überarbeitete und neu normierte Auflage). (<i>C. Kirchheim</i>)	773

Editorial / Editorial	1, 247, 439, 527, 711, 777
Autoren und Autorinnen / Authors	70, 144, 226, 354, 427, 505, 615, 700, 767, 833
Tagungskalender / Congress Dates	84, 153, 240, 362, 434, 516, 623, 709, 776, 841
Mitteilungen / Announcements	157, 245, 519
Tagungsberichte / Congress Reports	78

Zur Psychodynamik einer jugendlichen Bulimie-Patientin

Annegret Wittenberger

Summary

On the psychodynamics of an adolescent bulimia patient

The aim is to understand the meaning and significance of the symptoms by means of psychoanalytical theoretical models and to give an insight into the functioning of analytical therapy, using the example of an adolescent bulimia patient. In this therapy, the cause of the bulimic illness is seen as being a failure to build an intrapsychic space, and it is shown how triangulation can be achieved via the three-dimensional analytical relationship. Particular attention is given to the theories of M. Klein and W. R. Bion. The theory of S. Freud is based upon the portrayal of bulimic symptoms as the expression of an intrapsychic conflict. The two models complement each other, leading to a more profound understanding of eating disorders.

Key words: container-contained – symbolization/triangulation – Oedipus complex – unconscious conflict – analytical relationship

Zusammenfassung

Am Beispiel einer jugendlichen Bulimie-Patientin soll mit Hilfe psychoanalytischer Theoriemodelle Sinn und Bedeutung der Symptomatik verstanden und ein Einblick in die Wirkungsweise der analytischen Therapie gegeben werden. Dabei wird die Ursache der bulimischen Erkrankung in einem Misslingen der intrapsychischen Raumgewinnung gesehen und aufgezeigt, wie die Triangulierung über die dreidimensionale analytische Beziehung erworben werden kann. Besondere Berücksichtigung finden die Theorien M. Kleins und W. R. Bions. Die Theorie S. Freuds liegt der Darstellung der bulimischen Symptomatik als Ausdruck eines intrapsychischen Konflikts zugrunde. Beide Modelle ergänzen sich und führen zu einem tiefergehenden Verständnis von Essstörungen.¹

Schlagwörter: Container-Contained – Symbolisierung/Triangulierung – Ödipuskomplex – unbewusster Konflikt – analytische Beziehung

¹ Natürlich gehört zu den Essstörungen bei Jugendlichen ganz wesentlich auch die Anorexie, aber da die psychodynamischen Hintergründe so komplex sind, muss ich mich hier auf ein Krankheitsbild beschränken. Die Analyse einer jugendlichen Anorexie-Patientin habe ich an einem anderen Ort dargestellt (Wittenberger 2001).

1 Die Entstehung eines psychischen Verdauungssystems

Als die 17-jährige Lotta ihrer Mutter eröffnet, sie habe Bulimie, bricht die Mutter in Tränen aus. Damit wiederholt sich eine Konstellation, die Lotta vom Beginn ihres Lebens an vertraut ist.

M. Klein und W. R. Bion haben die frühen Entwicklungsprozesse beschrieben, die ganz basal geprägt sind von der frühen Mutter-Kind-Beziehung.² Die Qualität der Interaktion zwischen Mutter und Baby bestimmt den Aufbau der inneren Welt des Kindes. G. Williams (2003) nennt diese verinnerlichte Interaktion das „Bindegewebe der Persönlichkeit“. Sie zitiert Melanie Klein: Voraussetzung für den Aufbau eines kohärenten, integrierten Selbst – ich werde später noch genauer ausführen, was damit gemeint ist – sei die Introjektion eines guten Objekts, „welches das Selbst liebt und beschützt und vom Selbst geliebt und beschützt wird“ (zit. bei Williams 2003, S. 151). Diese Introjektion ist die Grundlage für ein Gefühl der Integration und Beständigkeit und damit der inneren Sicherheit. Bion hat die Funktion dieses introjizierten Objekts herausgearbeitet, die darin besteht, über Gefühle nachdenken, sie verstehen und damit erträglich machen zu können. Voraussetzung für eine gesunde emotionale Entwicklung ist die Erfahrung im Umgang mit der Mutter, dass sie Empfindungen, Gefühle, Unbehagen, die das Kind nicht benennen und über die es deshalb nicht nachdenken kann, in sich aufnehmen und diese in modifizierter, für das Kind erträglicher Form diesem zurückgeben kann. Diese Fähigkeit der Mutter nennt Bion Alpha-Funktion. Mit Hilfe ihrer Alpha-Funktion kann die Mutter Gefühlen Bedeutung verleihen, sie zu etwas transformieren, worüber auch das Kind nachdenken kann. Sie fungiert als ein Verwandlungsobjekt (C. Bollas 1987) für ihr Baby: Sie hilft ihm, durch ständig wiederkehrende Erfahrungen in der Interaktion mit ihr „sein Sein zu integrieren ...“, die Rhythmen dieses Prozesses – der von Unintegration(en) hin zu Integration(en) führt – haben einen viel stärkeren Einfluß auf das Wesen der ‚Objekt‘-Beziehung als die Eigenschaften des Objekts an sich. Noch nicht völlig als eine andere erkannt, wird die Mutter als ein Verwandlungsvorgang erlebt“ (Bollas 1997, S. 26).

Das elterliche Objekt muss also in der Lage sein, psychische Schmerzen und Ängste zu ertragen, die das Kind nicht ertragen kann. „Wenn das Kind immer wieder dieses Containment (Bion, A. W.) erlebt hat, kann es diese Funktion (Alpha-Funktion, A. W.) im Lauf seiner Entwicklung verinnerlichen. Dadurch ist es nach und nach in der Lage, selbst mit seinen Ängsten in seinem eigenen inneren Raum fertigzuwerden“ (Williams 2003, S. 151). Durch die Verinnerlichung des Containment der Mutter entwickelt das Kind einen eigenen Raum in seinem Inneren, sozusagen ein psychisches Verdauungssystem, das nicht angeboren ist, sondern durch wiederholte Erfahrungen mit dem frühen Containment erworben wird. In diesem System, mit Hilfe der internalisierten Alpha-Funktion der Mutter, lernt das Kind allmählich, seine schmerzlichen, ängstigenden Empfindungen wahrzunehmen, zu verstehen, darüber nachzudenken und sie so in erträgliche Empfindungen zu ver-

² Selbstverständlich kann dieses primäre Objekt auch der Vater oder beide Eltern sein.

wandeln, die es in sein Selbst integrieren kann, anstatt sie als „unverdaulich“ auszustoßen, zu projizieren. Dieser Vorgang trägt zum Aufbau einer Persönlichkeit bei, die mit jeder neuen Integration bereichert und gefestigt wird.

Hier spielt das Stillen bzw. Füttern eine besondere Rolle. Hunger wird vom Baby zunächst noch nicht als Fehlen von Nahrung verstanden, sondern als ein böses Objekt in seinem Inneren erlebt, das das Kind zerstören will (Klein). Man spricht ja auch vom nagenden Hungergefühl. Mit Schreien und Strampeln versucht das Baby, dieses böse Objekt aus sich herauszustoßen und in die Mutter zu projizieren. Wenn die Mutter das Kind aufnimmt, hält und füttert und die warme Milch sich in seinem Magen ausbreitet und ihm ein wohlige Gefühl der Sättigung vermittelt, so entspricht dieser Vorgang der Verwandlung eines unerträglichen, schlechten Gefühls in ein angenehmes, befriedigendes, gutes Gefühl, der Verwandlung eines bösen in ein gutes inneres Objekt durch ein Verwandlungsobjekt: die Mutter. Dieser körperliche Vorgang des Nährens ist im Grunde der Prototyp für den psychischen Vorgang des Containings.

Misslingt dieser Vorgang, weil das Kind keine oder nur ungenügende Erfahrungen mit einem Verwandlungsobjekt machen kann, weil die Mutter seine unerträglichen Empfindungen aus Gründen, die in ihr selbst oder im Kind liegen, nicht annehmen kann, prallen die Projektionen an ihr ab und kehren als „namenlose Angst“ (Bion) zum Kind zurück. Dies ist dann der Fall, wenn die Mutter ihre eigene Alpha-Funktion nicht genügend ausbilden konnte, weil ihre eigenen Gefühle als Kind nicht genügend contained wurden, wenn sie sich selbst von den Missempfindungen des Babys beunruhigen lässt, seine Schmerzen und Ängste nicht halten/containen kann, so dass sie an ihr abprallen.

Die Reaktion von Lottas Mutter auf die Erkrankung der Tochter – sie bricht in Tränen aus – lässt vermuten, dass sie schon in Lottas Säuglingsalter es eher nicht ertragen konnte, wenn es dem Baby schlecht ging und das Kind seine Schmerzen und Ängste durch Schreien und Strampeln loszuwerden, in die Mutter zu projizieren versuchte, so dass Lotta in „namenlose Angst“ geriet. In der Schwangerschaft ging es der Mutter gesundheitlich schlecht, bei der Geburt fühlte sie sich allein gelassen, sie habe viel geweint, wollte nach Hause, aber als sie dann zu Hause war, habe sie Depressionen bekommen („es hat sich keiner für mich interessiert“), die Fürsorge habe ihr gefehlt von ihrer Mutter, ihrer Schwiegermutter, ihrem Mann, dazu habe sie noch Ärger mit einem Nachbarn gehabt. Man kann sich vorstellen, dass eine solche Mutter, selbst schon randvoll mit eigenen negativen Empfindungen, nicht auch noch entsprechende Empfindungen, die ihr Baby in sie zu projizieren versucht, aufnehmen kann. So nahm Lotta sich früh zurück, war ein „pflegeleichtes“ Kind, „ziemlich unkompliziert“. Das Essen, das die Mutter ihr gab, habe ihr immer gut geschmeckt. Sie habe sich sehr auf ihre Mutter fixiert, deren Erwartungen immer erfüllt, diese mit ihren Leistungen zufriedenstellen wollen, habe hart dafür gearbeitet, was Mutter an ihr bewunderte. Aber Lottas innere Welt sah anders aus.

Vermutlich war die Mutter in Lottas früher Kindheit nicht nur unzugänglich für die Projektionen des Kindes, sondern floss selbst vor eigenen Projektionen über, gegen die das Kind sich nicht abschotten konnte. Wenn Eltern eigene Ängste und andere schmerzliche Gefühle in das Kind projizieren, statt die des Kindes zu contai-

nen, kann das Objekt das Kind nicht nur nicht vor Angst schützen, sondern ruft selbst noch Angst hervor. Williams nennt dies, im Gegensatz zur entwicklungsfördernden Alpha-Funktion, „Omega-Funktion“. Sie schreibt: „So wie die Introjektion der Alpha-Funktion dazu verhilft, Verbindungen und eine Struktur herzustellen, so führt die Omega-Funktion zu einem gegenteiligen Effekt; sie unterbricht und fragmentiert die Entwicklung der Persönlichkeit“ (Williams 2003, S. 154). Sie schildert, wie der Versuch, die Introjektion dieser desorganisierenden Omega-Funktion zurückzuweisen, „zu schweren Eßproblemen führen kann“ (Williams 2003, S. 155). Wenn die Eltern die Ängste des Kindes, besonders seine Todesangst, nicht aufnehmen können, setzt ein Prozess ein, der die Todesangst des Kindes nur noch verstärkt. Es kommt dann zur „namenlosen Angst“, weil keiner dieser Angst Bedeutung verleiht. Zu vermuten ist, dass hinter der braven, angepassten Fassade, die Lotta der Mutter zeigt, solche namenlosen Ängste wüten, die erst in ihrer späteren Erkrankung in der Adoleszenz eine Art Containment finden: Sie erlebt ihre Bulimie auch als Hilfe, obwohl sich das komisch anhört, weil – und das habe sie auch der Schwester gesagt, die meinte, sie solle einfach damit aufhören – Lotta „sonst vielleicht gar nicht mehr da säße“, sagt sie mir, kurz nachdem ihre Therapie begonnen hat.

2 Von der intrapsychischen Raumgewinnung zur Geschlechtsidentität

Lotta ist lesbisch. Das sagt sie mir gleich im ersten Gespräch. Und das hat sie auch der Mutter gesagt. Die habe damit ein gewaltiges Problem, könne es nicht akzeptieren. Mit 16 habe sie, Lotta, „erste Männererfahrungen gehabt, wenig erfreulich“. Dann habe sie eine Freundin kennen gelernt, „die auch lesbisch ist“, und gemerkt, dass es ihr besser geht. Dalsimer (1986) schildert, wie Mädchen in der Adoleszenz erste erotische Erfahrungen angstfreier mit Partnerinnen des gleichen Geschlechts machen können, da das Männliche noch zu fremd ist und damit als bedrohlich erlebt wird.

Wo war überhaupt das Männliche in Lottas Leben? Ihr Vater verunglückte tödlich, als Lotta neun Jahre alt war. Sie berichtet dies ohne Affekt. Sie sei immer das „Mama-kind“ in der Familie gewesen, während die ältere Schwester das „Papa-kind“ war. Kurz vor seinem Tod hatte sich diese Konstellation verändert: Lotta und der Vater waren sich nähergekommen. Vorher war der Vater mit der Schwester verbunden, sie mit der Mutter. Und zwar so eng, dass keine Valenzen für einen Dritten frei waren. Als Lotta sich kurz vor des Vaters Tod ihm zuzuwenden begann, suchte sie vermutlich weniger den Anderen (Benjamin 2004), Dritten als die bessere Mutter, die ihr endlich all das Gute geben sollte, das sie von der Mutter nicht bekommen hatte. Diese Hoffnung zerbrach sich mit seinem Tod, der vermutlich ihre Essstörung auslöste.

Familiendynamisch hat ihr „Lesbischsein“ dieselbe Funktion wie ihre „Bulimie“: Beides richtet sich gegen die Mutter, soll Lotta helfen, eine von der Mutter getrennte Identität zu entwickeln, ist aber letztlich nur Ersatz für eine eigene weibliche Identität. Denn Lotta konnte aufgrund der Umstände zwei wichtige Schaltstellen in der Entwicklung nicht meistern: die frühe Triangulierung/Symbolisierung und den Ödipuskomplex. Beides kann ich hier nur sehr verkürzt darstellen.

Der Entwicklungssprung der Symbolisierung findet um die Mitte des zweiten Lebensjahrs statt. Man kann ihn sich vielleicht veranschaulichen an den vor ein paar Jahren in Mode gekommenen scheinbar dreidimensionalen Bildern: Die Wahrnehmung des innerhalb eines zweidimensionalen Musters enthaltenen, scheinbar tieferen, dreidimensionalen Bildes erschließt sich dem Betrachter erst, wenn es ihm gelingt, den Blick loszulassen, sozusagen träumerisch schweifen zu lassen. Loslassen und Träumen hängt eng mit der Symbolbildung zusammen. Mit der Symbolisierung gewinnt das Kind eine neue, qualitativ andere Fähigkeit der Wahrnehmung seiner Selbst in Beziehung mit anderen.

Freud hat in „Jenseits des Lustprinzips“ (1920) beschrieben, wie sein 1½-jähriger Enkel in einem Spiel mit einer Holzspule ein solches Konzept von Abwesenheit erwarb: Der kleine Junge warf eine mit einem Bindfaden umwickelte Holzspule so geschickt in sein verhängtes Bettchen, dass sie darin verschwand, sagte dazu „o-o-o-o“, was „fort“ bedeutete, und zog sie dann am Faden wieder heraus, wobei er ihr Wiedererscheinen mit einem freudigen „da“ begrüßte. Mit diesem Spiel versuchte der Kleine symbolisch die Abwesenheit der Mutter zu bewältigen. Die Spule ist offensichtlich nicht aus seinem Sinn, sobald sie im verhängten Bettchen verschwunden ist, sonst würde er augenblicklich das Interesse an ihr verlieren und nicht mehr am Faden ziehen, sondern nach ihrem Verschwinden behält das Kind ein Vorstellungsbild von ihr, das das Ziehen am Faden zu einer sinnvollen Beschäftigung macht.

Ein Kleinkind spielt vergnügt mit seinem Ball. Der Ball rollt unter einen Schrank. In dem Moment, wo er aus dem Blickfeld des Kindes verschwunden ist, fängt es an zu weinen. Dieses Kind hat die Fähigkeit der Symbolisierung noch nicht erworben, denn es hat noch keine Vorstellung von Abwesenheit. Der Ball ist aus den Augen, aus dem Sinn. Seine Psyche ist noch so beschaffen wie Melanie Klein die Psyche des Säuglings in der paranoid-schizoiden Position beschrieb: Ist er satt und zufrieden, spürt er ein gutes Objekt in seinem Inneren; ist er hungrig, spürt er nicht das Fehlen der Nahrung, sondern ein anwesendes böses Objekt: das nagende Hungergefühl in seinem Bauch. Erst in der depressiven Position entstehen die Fähigkeit zu symbolisieren, die Wahrnehmungen der inneren und äußeren Realität und die Fähigkeit, Getrenntheit zu ertragen (Segal 1991). Ein Konzept von Abwesenheit ist Voraussetzung für die Symbolisierung.

Eng mit dem Konzept von Abwesenheit verknüpft ist die Verneinung – nach Spitz (1965) der dritte Organisator in der kindlichen Entwicklung und das erste Symbol für die Versagenshandlung der Mutter. Stork (1986) bezeichnet den Vater als den Verneiner zur Verklebung von Mutter und Kind, als Störenfried und Befreier. Damit sind wir bei der intrapsychischen Triangulierung – sozusagen der innerseelischen Raumgewinnung – angelangt, wie sie von Abelin (1986) beschrieben wurde in seinem berühmten Satz über das Auftauchen des Dritten in der Wahrnehmung des Kindes: „There must be an I like him who wants her.“ Indem das Kind wahrnimmt, dass Vater und Mutter eine liebevolle Beziehung zueinander haben, aus der es selbst zeitweilig ausgeschlossen ist, erwirbt es die Vorstellung von einem eigenen Selbst – ein wesentlicher Schritt zur Identitätsentwicklung. Es stellt sich aktiv vor, selbst an der Stelle von Vater (oder Mutter) zu sein, und identifiziert sich mit seinem (ihrem) Begehren der Partnerin (des Partners). Damit hat es die „Als-ob-Funktion“ erwor-

ben, und der dreidimensionale, „potentielle Raum“ (Winnicott 1958) ist eröffnet, der Distanz und Verbindung ermöglicht, in dem mit Objekten gespielt werden kann, Kreativität sich entfalten und Ängste bewältigt werden können. Wir kennen alle den Konjunktiv des Kinderspiels: „Du hättest jetzt wohl ...“, „Ich wär’ jetzt wohl ...“, „Und jetzt würden wir ...“ In diesem Spielraum findet Entwicklung, Wachstum, Denken und Leben statt. Wo er sich nicht eröffnet oder zusammenbricht, herrscht Stillstand, Erstarrung, Dummheit und letztlich Tod. Das Kinderspiel ist eine Form der Symbolbildung. Symbolbildung ist eine Aktivität des Ich zur Bewältigung von Ängsten vor bösen Objekten und vor Verlust guter Objekte, also vor der Vernichtungsangst der paranoid-schizoiden und der Trennungsangst der depressiven Position. Das Symbol ist das Dritte, das triangulierende Element in Beziehung des Selbst zum Objekt, es hat damit distanzierende und verbindende Funktion.

Triangulierung wird als intrapsychische Struktur erworben. „Symbolisierung ist Triangulierung, und Triangulierung ist Symbolisierung“ (Segal 1996, S. 280). Symbolisierung schiebt sich trennend und vermittelnd zwischen Selbst und Objekt. Das Kind stellt sich selbst am Platz des Dritten vor, „als ob“ es der Dritte wäre. Damit wird diese Dreierkonstellation Vater – Mutter – Kind und alle miteinander in Beziehung zum Bestandteil seiner Selbstrepräsentation. In dieser Zeit wird zwar schon der Geschlechterunterschied entdeckt, aber aufgrund der damit verbundenen narzisstischen Kränkung, dass man niemals auch über die Eigenschaften des anderen Geschlechts verfügen können wird, noch verleugnet.

Die intrapsychische Triangulierung ist Voraussetzung für die Bewältigung des Ödipuskomplexes, der sich zwischen dem zweiten und fünften Lebensjahr herauskristallisiert. Das zentrale Thema des Ödipuskomplexes ist die problematische Liebe zum Vater, die die Tochter in Konflikt bringt mit ihrer geliebten Rivalin, der Mutter. Sie steht im Konflikt zwischen ihrer Liebe zur Mutter und ihrem Wunsch, die volle, auch sexuelle Liebe des Vaters für sich allein zu haben. Aber weil sie die Mutter auch liebt und braucht, verzichtet die Tochter auf ihren Wunsch nach sexueller Vereinigung mit dem Vater und sie verzichtet auf den Wunsch, die Mutter loszuwerden, stattdessen identifiziert sie sich mit ihr. So gibt sie ein äußeres Liebesobjekt auf (den Vater) und gewinnt ein inneres Liebesobjekt (die Mutter), was sie innerlich bereichert, ihr Kraft gibt zur Bewältigung des Verlusts des Vaters als sexuelles Liebesobjekt, ihr Über-Ich mildert und sie zur Sublimierung fähig macht. Die Lösung des ödipalen Konflikts verankert das Mädchen in der Realität: Mit der Anerkennung von Generationengrenzen und Geschlechterdifferenz kann auf Omnipotenz verzichtet werden. Das heißt: Das Mädchen kann verzichten auf die Phantasie, über die Eigenschaften beider Geschlechter zu verfügen. Und es kann sich sagen: Wenn ich groß bin, werde ich eine sexuell potente Frau sein wie die Mutter und einen Mann heiraten, der wie der Vater ist.

Das ist Lotta nicht geglückt. Sie sagt, sie sei eigentlich wie der Vater. Auch die Ausbildung macht sie für den Vater, denkt sie manchmal, wenn es ihr schwerfällt durchzuhalten. Auch er war Handwerker und hatte einen Hauptschulabschluss (mit ihrer Erkrankung einher gingen Lernschwierigkeiten, die schließlich zum Abbruch der weiterführenden Schule führten). Sie zählt dann eine Menge Eigenschaften von ihm auf, die sie auch habe. Er sei ihr großes Vorbild. Mit Mutter habe sie nichts gemein.

Sie identifiziert sich also gerade nicht mit der Mutter. Mit ihrem kurzgeschnittenen Haar, der Baseballmütze und dem Overall sieht sie aus wie ein Junge. Auf der Straße wird sie als Junge angesprochen und sie geriet schon in peinliche Situationen, wenn sie öffentliche Toiletten besuchte, Szenen, die sie aber auch genießt.

Warum identifiziert sie sich aber mit dem Vater, einem Mann, wo sie doch das Männliche ablehnt? Freud beschreibt in „Trauer und Melancholie“ (1917), wie das verlorene Objekt, dessen Verlust nicht betrauert werden kann, introjiziert wird und im Selbsthass durch ein archaisches Über-Ich dafür bestraft wird, dass es das Subjekt verlassen hat. So kann Lotta in ihrer ausgedehnten Selbstbestrafung Rache am treulosen Vaterobjekt nehmen und gleichzeitig seinen Tod verleugnen. Ihr Vaterbild ist also gespalten: Den nur guten Vater hat sie in ihrer bewussten Erinnerung, den nur bösen attackiert sie in sich. Durch die Identifizierung mit ihm, die eigentlich mehr eine Imitation ist, ein Abklatsch, perpetuiert sie seine Existenz, kann so den Schmerz der Trauer vermeiden.

Im Ödipuskomplex hat das Mädchen – vorübergehend – das erste Liebesobjekt verloren. Diese Distanzierung von der Mutter in der ödipalen Phase erleichtert dem Mädchen die schwierige Reifungsaufgabe, sich mit der Weiblichkeit der Mutter zu identifizieren und gleichzeitig eine eigenständige, von der Mutter getrennte Identität zu erwerben, also gleich und doch nicht gleich zu werden. Deshalb ist der ödipale Schutz (Poluda 2002) der Mutter für das Mädchen in dieser Phase so wichtig: dass die Mutter der Tochter unmissverständlich signalisiert, dass sie, die Mutter, die Liebespartnerin des Vaters ist, also das Inzesttabu vertritt, und sie dennoch als zugewandtes, versorgendes Objekt die (Rivalitäts-)Aggression der Tochter überlebt, sich nicht dafür rächt (Winnicott 1958). Diesen ödipalen Schutz kann die Mutter nur bieten, wenn sie selbst in einer guten, d. h. Liebe und Hass integrierenden Paarbeziehung zum Vater lebt, aus der die Tochter zeitweilig ausgeschlossen ist. Ohne das Erleben einer solchen Beziehung zwischen den Eltern kann schon die frühe Triangulierung nicht gelingen, und der ödipale Konflikt kann erst recht nicht gelöst werden.

Lottas Eltern hatten keine gute Paarbeziehung. Lottas Mutter erzählt: Ihre Schwiegermutter, die mit im Haus wohnte, habe sich in ihre Ehe eingemischt, sie kontrolliert, auch in der Kindererziehung. Vor dem Unglück hatte sie wegen seiner Mutter Streit mit ihm. Sie hatte verlangt, er solle endlich mal mit der Faust auf den Tisch hauen. Er habe nicht gewollt und gemeint, dann müssten sie sich scheiden lassen. Am nächsten Tag sei er zur Arbeit gegangen und habe abends so getan, als ob alles in Ordnung sei – er habe immer verdrängt. Aber für sie war es nicht in Ordnung. Am übernächsten Tag sei er verunglückt. Danach sei es für sie ganz furchtbar gewesen, aber sie habe auch gedacht: „Jetzt bin ich frei.“

Lottas Vater hatte vermutlich seinen ödipalen Konflikt noch nicht gelöst, war noch ödipal an seine Mutter gebunden, so dass keine gute Paarbeziehung zu seiner Frau möglich war. Dadurch ist Lotta weder die frühe Triangulierung geglückt, noch konnte sie ihren Ödipuskomplex überwinden: Entsprechend konnte sie vermutlich auch noch nicht auf die omnipotente Phantasie verzichten, über die Eigenschaften beider Geschlechter zu verfügen. Ihre Weiblichkeit macht ihr Angst: Die Menarche empfand sie als „schlimm“, ihre Periode „immer ätzend“, sie habe nie Kleider tragen wollen. Später in der Therapie sagt sie, sie finde ihre Periode furchtbar, wie eine Krank-

heit und ungerecht im Vergleich zu Männern. Und sie findet sich hässlich, besonders Bauch und Brüste – also die Organe, die in ihrer Phantasie mit der Kontaminierung durch böse Objekte verbunden sind. Die Menstruation und das Wachstum der Brüste beweist der Jugendlichen, dass sie eine Frau und damit auf ein Geschlecht beschränkt ist. Bis dahin kann sie ihre Weiblichkeit noch verleugnen, aber nun nicht mehr. Als zyklisch wiederkehrendes Geschehen konfrontiert sie die Menstruation auch mit dem Ablauf der Zeit, und Zeitlichkeit weist auf Endlichkeit hin, erinnert damit an den Tod, die Realität des Lebens, erschüttert die Omnipotenz.

Sie nennt sich gern „Klein-Lotta“ und spricht von ihrem „Mutter-Teresa-Tick“, wenn sie wieder mal Geld verliehen hat und sich nicht traut es zurückzufordern. Sie fühlt sich also einerseits als hilfloses „Irgendwas“, ein Neutrum, andererseits als Welt-Retterin, wobei sie sich nicht zufällig mit einer Nonne identifiziert: Omnipotenz gepaart mit Asexualität. Die Omnipotenz zeigt sich auch in ihrem nahezu grenzenlosen Selbsthass: Sie gibt sich an allem die Schuld: Sie kriege ihren „Mund nicht auf“, ihren „Hintern nicht hoch“. Sie fühlt sich schlecht, äußert die Phantasie, jemand solle alles Negative aus ihrem Kopf nehmen, sie würde am liebsten ihren Magen und Darm rausreißen, findet sich hässlich und hat immer wieder den Impuls, sich vor ein Auto zu werfen. Als ihre Freundin „fremdgeht“, haut sie sich den Ellbogen an einer Mauer blau. Wenn sie frisst und kotzt und wenn sie nicht zur Therapie kommen kann, nimmt sie sich das übel. Wenn ihr in den Stunden nichts einfällt, beschimpft sie sich als „maulfaul“, so als hätte ich nichts damit zu tun, wenn zwischen uns ein Schweigen entsteht.

Lotta scheint noch mit der Mutter „verklebt“, was ich in der psychoanalytischen Situation zu spüren bekomme: Ihr Blick hängt wie saugend an meinem Gesicht, ich spüre Druck, ihr ganz viel geben zu müssen. Sie fügt Satz an Satz, ohne Pause, meist Klagen über die Schlechtigkeit der Welt und sich selbst darin als Opfer. Sie verharrt also noch in der zweidimensionalen Welt von Täter und Opfer, Macht und Ohnmacht, in der es nur Entweder-oder, Sieg oder Niederlage und kein „intersubjektives Drittes“ (Benjamin 2004) gibt. Es fällt mir schwer, mich innerlich zu lösen und darüber nachzudenken, was eigentlich mit uns gerade los ist, also das analytische Dreieck (Schoenhals 1993) aufzuspannen zwischen ihr, mir als erlebendem Übertragungsobjekt und mir als denkender Analytikerin.

Für Lotta scheint es nur Verklebung *oder* Trennung zu geben, natürlich auch in der Analyse: Verklebung, wenn sie da ist, Trennung, indem sie wegbleibt. Wenn ihr Redestrom gegen Ende der Stunde versiegt, gerät sie in große Unruhe. Schweigen ist ihr unerträglich, es könnte ja Raum entstehen zum Nachdenken, es könnte sich etwas unberechenbar Lebendiges entwickeln. Deshalb verlässt sie lieber die Therapiestunde vorzeitig. Ein weiterer Grund ist vermutlich ihre Angst vor dem Gewährwerden der Trennung zwischen ihr und mir. Denn Trennung, so hat sie erfahren, ist tödlich. Diese Erfahrung hat sie in sich als unbewusste Phantasie (Klein 1962). Deshalb schafft sie auch so lange Zeit den Wegzug von der Mutter nicht. Sie fürchtet, die Mutter dann endgültig zu verlieren. Mit einem Menschen verbunden *und* gleichzeitig getrennt von ihm zu sein, wie es zum Beispiel der Fall wäre, wenn wir, für kurze Zeit schweigend, jede für sich, unseren eigenen Gedanken nachhingen, kann sie sich nicht vorstellen. Ihre jeweiligen Freundinnen idealisiert sie so lange, wie diese „lieb“ zu ihr sind, beim ersten Konflikt trennt sie sich von ihnen. Fast hat es den Anschein, als hätte Lotta sich

dem Ödipuskomplex noch nicht einmal angenähert, so sehr ist sie noch im zweidimensionalen Erleben der paranoid-schizoiden Position verhaftet, wo es keinen Raum und keine Zeit gibt, nur ewig quälende Gegenwart: Sie kann sich nicht vorstellen, dass es ihr irgendwann einmal besser geht. Aber: Sie braucht ihr Symptom auch noch.

3 Das Symptom als Rettung

Hinter ihrer unauffälligen, angenehmen und angepassten Fassade ist es Lotta nicht geglückt, einen inneren Raum zu entwickeln, der schmerzliche Gefühle aufnehmen, verdauen und in erträgliche hätte verwandeln können. Ihre Psyche ist sozusagen zweidimensional geblieben, leer und flach, um seelische Schmerzen abzuwehren. Wenn kein Innenraum vorhanden ist, haben die als verfolgend erlebten Projektionen der Eltern keinen Platz. Damit schützt sich das Kind vor fremder Angst und fremdem Schmerz. „Der Zusammenbruch des inneren Raumes (als würden zwei Seiten eines Ballons aneinanderkleben, wenn die Luft entweicht) hat die Funktion, unerwünschte ‚Bewohner‘ für eine gewisse Zeit vor die Tür setzen zu können“ (Williams 2003, S. 35). Aber auch ein gutes, hilfreiches Objekt kann nun nicht mehr verinnerlicht werden, das Kind verarmt innerlich, kann kein Identitätsgefühl entwickeln. So kann auch Lotta im Erstgespräch über sich nur sagen: „Ich hab eine Essstörung, irgendwie brauch’ ich doch ein bisschen Hilfe.“ Ihr werde immer gesagt, sie sei „ein stilles Irgendwas, das in der Ecke sitzt und traurig dreinschaut. Mit der stimmt was nicht.“ Immerhin kann sie die Wahrnehmung der anderen von sich aufnehmen, aber das Gefühl eines eigenen, kohärenten und abgegrenzten Selbst fehlt. Das Einzige, was sie sicher hat, ist ihre Essstörung. Später, in der Therapie, als ihr Ich stärker geworden ist, die Symptomatik sich gebessert hat und die Wände ihres psychischen Innenraums sich voneinander zu lösen beginnen, kann sie die Leere wahrnehmen. Ich möchte hier einen kurzen Abschnitt aus ihrer Analyse darstellen.

Sie gibt mir einen Brief, den sie an die Mutter geschrieben hat. Sie schildert darin, wie sehr sie darunter leidet, nicht das zu machen, was für sie gut ist, sondern – auch heute wieder – sich im Verein engagieren muss, weil die Mutter meint, das sei ihre Verpflichtung. Wie schon so oft nehmen die Klagen über die mangelnde Zuwendung und das mangelnde Verständnis der Mutter großen Raum ein. In dem Brief hat sie auch zum ersten Mal ihren geplanten Auszug von zu Hause angekündigt und geschrieben, ich sei auch dafür. Sie hat sich noch nicht getraut, mit ihrer Mutter darüber zu sprechen. Sie ringt sehr mit ihrer Ambivalenz: Sie sei tierisch nervös, wenn sie daran denke, der Mutter den Brief zu geben. Andererseits komme sie mit Sprechen nicht zum Zug. Sie müsse jetzt etwas für sich tun, es gehe so nicht weiter. Obwohl sie es Tag für Tag schaffe, trotz ihres schlechten Zustands, pünktlich zur Arbeit zu gehen, keine Drogen nehme und gegen ihre Probleme mit der Therapie etwas tue, höre sie nie von der Mutter, dass diese stolz auf sie sei.

Die folgende Stunde beginnt sie mit der Mitteilung, sie habe den Brief noch nicht abgegeben. Ich antworte, also sollten wir zuerst die Seite ansehen, die das nicht möchte. Lotta: Sie habe Angst, dass Mutter nicht verstehe. Und Mutter gehe es im Moment nicht so gut. Offenbar erlebt sie die Mutter als schwach, fürchtet ihr den Todesstoß zu geben, wenn sie sich von ihr löst, so als könne man Trennung nicht überleben. Dann spricht

sie davon, dass sie überall sich zu Dingen überreden lasse, die sie nicht möchte – auch bei der Arbeit: Heute sollte sie länger bleiben. Aber das sei nicht gegangen, weil sie Therapie hatte. Da sie mich hier wieder, wie im Brief, sozusagen als Hilfs-Objekt gebraucht, sage ich, dass es leichter für sie wäre, wenn jemand sagen würde, sie müsse ausziehen, zum Beispiel ich. Sie reagiert fast euphorisch: „Das wäre toll!“ Ich: Dann wäre ich die Böse und nicht sie. Darauf spricht sie von ihrer Sehnsucht nach einer harmonischen, glücklichen Familie. Ich frage: Mit einer erwachsenen Tochter? Das scheint sie nachdenklich zu machen, aber dann versinkt sie wieder in alten Klagen. Während ich zuhöre, schießt mir durch den Sinn: Der Vater fehlt. Ich sage: „Jemand müsste auf den Tisch hauen und sagen: Das Kind muss jetzt endlich auf eigenen Füßen stehen!“ Lotta, kläglich: Das habe ihre Freundin ja versucht. Weitere Klagen über die nicht verstehende Mutter (mich?). Schließlich frage ich, ob ihr Vater sie verstanden hätte. Lotta: „Keine Ahnung.“ Es entsteht ein langes Schweigen, dabei blickt sie mich hilflos an. Ich konstatiere: „Da fehlt etwas.“ Es ist fünf Minuten vor Schluss. Sie klagt über ihre Müdigkeit, sagt schließlich: „Ich hab überhaupt kein Hobby, das ist mir jetzt aufgefallen, nicht mal mehr meine Fressattacken, dafür habe ich gelebt! Da fehlt was ...“

Hier beginnt sie, ein Konzept von Abwesenheit zu entwickeln, aber das löst neue Angst in ihr aus: depressive Angst. Depressive Angst besteht darin, mit dem Ausleben der Aggression das Objekt zu zerstören. Diese Angst ist im Fressanfall manisch abgewehrt durch Verleugnung. Das „Schuldgefühl“, von dem Bulimikerinnen sprechen, wenn sie den Grund für das selbstinduzierte Erbrechen meinen, ist nicht das echte Schuldgefühl, das zu empfinden der Mensch erst mit dem Erreichen der depressiven Position fähig ist. Echtes Schuldgefühl besteht in der Wahrnehmung der Verletzung, die man dem Objekt zugefügt hat, und führt zur Wiedergutmachung. Das „Schuldgefühl“ nach dem Fressanfall führt dagegen zum Ungeschehenmachen im Erbrechen. Ungeschehenmachen setzt Verleugnung ein, so als könne man die Ereignisse wie einen Film rückwärts laufen lassen, und gehört zur paranoid-schizoide Position. Solange das Ich noch nicht (oder auch durch Stress vorübergehend nicht mehr) stark genug ist, depressive Angst zu ertragen, wird diese abgewehrt durch Zurückpendeln auf die paranoid-schizoide Position. So auch hier bei Lotta: Die nächsten beiden Stunden bleibt sie weg und kommt erst wieder, nachdem ich ihr geschrieben habe, dass ich auf sie warte. Sie beginnt die Stunde mit dem Satz: „Danke für den Brief“, und „beichtet“ dann, es sei ihr sehr schlecht gegangen, sie habe auch wieder gekotzt, die „böse Seite“ habe wieder die Oberhand gewonnen. Ich knüpfe die Verbindung zur letzten Stunde, als sie darüber klagte, dass was fehle: Vielleicht musste das Kotzen diese Lücke füllen, weil sie so schwer auszuhalten war.

Ettl (2001) stellt, einen Begriff Winnicotts aufgreifend, das „bulimische wahre Selbst“ dem öffentlich dargebotenen „falschen Selbst“ der Patientinnen gegenüber, das sozial funktionierend, angepasst und unauffällig, dem Über-Ich als den internalisierten Erwartungen der anderen Folge leistet. „Der Eßanfall dient demzufolge dem Zweck, diese Teilidentität ‚falsches Selbst‘ zu verleugnen“ (Ettl 2001, S. 134 f.). Im Essanfall komme ein Selbstanteil zum Zuge, der, abgespalten, im allgemeinen Entwicklungsprozess nicht mitgewachsen zu sein scheine und sich noch im unkultivierten Kleinkindstatus befinde. Ettl beschreibt das „bulimische wahre Selbst“ als Pulverfass: „Alle seine Merkmale sind hypertrophiert, weil sie frühzeitig der Disso-

ziation verfielen, und durch die Unterdrückung aggressiv aufgeladen wurden“ (Ettl 2001, S. 137). Man könnte auch sagen, weil sie durch die frühe Dissoziation ihren archaischen Charakter behalten haben, nicht mitreifen konnten. Das „bulimische wahre Selbst“ Ettls deckt sich zwar nicht mit Winnicotts Begriff des „wahren Selbst“, das als der Bereich der Lebenskraft, der Authentizität und der Spontaneität unter dem Schutz des „falschen Selbst“ verborgen bleibt. Aber das bulimische Symptom verschafft immerhin einem Teil dieser vitalen Triebe eine Ausdrucksmöglichkeit.

Ein „fürchterlicher Alptraum“, den Lotta mir zu Beginn der Therapie berichtet, zeigt die Angst, die diese archaischen Selbstanteile, die keinen Container fanden und also auch nicht verwandelt und gemildert werden konnten, in Lottas Innerem hervorrufen: Sie sei gelaufen, fast geflogen, habe dabei den Weg gewechselt, was noch ein ganz gutes Gefühl gewesen sei, sei dann in ihre Wohnung gekommen, wo ihre Eltern Lottas frühere Freundin X reingelassen hätten, die sei verletzt gewesen, alles sei voller Fleischfetzen, Blut gewesen, X habe so verfallen ausgesehen wie die Frauen im Altenheim (wo Lotta zu der Zeit ein Praktikum machte), furchtbar ... Dann habe ihre Schwester Lotta in der Badewanne unter Wasser gedrückt und es nicht gemerkt, habe auf ihr gelegen, erst als sie fast die „Mücke gemacht“ hätte, habe sie losgelassen. Es sei alles furchtbar real gewesen und habe sie so sehr beunruhigt, dass sie sich nicht mehr getraut habe einzuschlafen.

Auch Williams (2003) schildert das „blutige Durcheinander“ („bloody mess“) im Zimmer (Inneren) eines ihrer bulimischen Patienten. Sie versteht es als Angst vor dem gewalttätigen Selbstanteil, der sich im Fressanfall äußert: Fressen als Angriff auf das Objekt, die Mutter, ihr Körperinneres – Melanie Klein beschreibt entsprechende frühkindliche Phantasien. Dann wird das beschädigte, zerstückelte Objekt, das die Aggression des Kindes nicht überlebt hat, in seinem eigenen Körperinneren zum Verfolger. Nach Winnicott besteht das Überleben des Objekts darin, dass es sich nicht rächt. Das nicht überlebende Objekt rächt sich also am Kind und muss deshalb wieder ausgestoßen werden im Erbrechen. Und mit dem zerstörten Objekt müssen auch die Fremdkörper der nicht verdaulichen Projektionen des Objekts wieder ausgestoßen werden. Die verletzte, verfallene Freundin im Traum könnte dafür stehen, dass Lottas lesbische Identität dabei ist zu verfallen, dass Lotta also den Übergangscharakter der lesbischen Identität spürt.

Dass Lotta ihren Fressanfall als ihre „böse Seite“ bezeichnet, zeigt, dass in ihrem bulimischen Teilselbst all die Wünsche und Empfindungen ihren Ausdruck finden, die von der Mutter abgelehnt wurden und daher von ihr nicht contained werden konnten. Unter diesem Blickwinkel könnte in Lottas Traum das „falsche Selbst“, das den wahren, triebhaften, vitalen Selbstteil unterdrückt (wörtlich), so dass er fast gestorben wäre, auf die Schwester verschoben worden sein. Diesem abgespaltenen Selbstteil, eben dem „bulimischen wahren Selbst“, werde im Fressanfall zum Leben verholfen, was dem Anfall seine Protestnote verleihe (Ettl 2001). Es geht also um triebhafte, phasenspezifische (gierige, neidische, trotzige) kindliche Bedürfnisse, die die Eltern als Angriff auf ihren Narzissmus erlebten, somit als aggressiven Akt des Kindes gegen sie. Das schien Lottas Mutter zu spüren, als sie die Tatsache der Bulimie-Erkrankung ihrer Tochter „wie ein Stich mit dem Messer“ erlebte, eine Verletzung, die sie in Tränen ausbrechen ließ. Lotta hatte schon lange Zeit heimlich gegessen und gekotzt. Sie hatte nach dem Unfalltod ih-

res Vaters eine Adipositas entwickelt, bei eher geringer Körpergröße über 80 kg gewogen. Als sie dann abzunehmen begann, war die Mutter sehr stolz auf sie. Selbst als Mutters Schwester diese warnte, dass es sein könne, dass Lotta breche, entgegnete diese, sie habe „vollstes Vertrauen“ zu Lotta. Und weil Mutter so stolz auf sie war, sagt Lotta, konnte sie nicht offen sein: Sie erlebte die Ess-Brech-Anfälle als das, was sie waren, nämlich als heimliche Aggression gegen die Mutter, vermutlich gekoppelt mit der Angst, wenn diese Aggression ans Licht käme, würde Mutter dies nicht überleben. Die Mutter selbst sagt, es sei für sie mit dem Wissen um Lottas Bulimie „eine innere Welt zusammengebrochen“, es sei für sie (nicht für die Tochter!) „unheimlich schwer“.

Noch eine kurze Anmerkung zum Unterschied zwischen Bulimie und Anorexie: Bei der Magersucht ist die Verleugnung der Abhängigkeit vom Objekt umfassend, die Abschottung gegen das Objekt erfolgt lückenlos. Nichts wird aufgenommen, nichts abgegeben. Jeder lebendige Austausch wird eingestellt. Die Amenorrhoe wird mit Befriedigung zur Kenntnis genommen als Zeichen dafür, dass, neben der Verleugnung der Weiblichkeit, das Abschotten gelungen ist. So verleugnet die Magersüchtige jegliche Abhängigkeit von der Außenwelt. Ihre Abwehr ist stärker als die der Bulimiekranken. Die auch der Anorexie zugrunde liegende Gier wird projiziert mit dem Ergebnis, dass nur die Anderen immer was von der Kranken wollen: dass sie isst, zunimmt etc., sie selbst nicht (Schneider 2003). Bei der Bulimikerin dagegen bricht die Gier und die Sehnsucht nach dem guten Objekt immer wieder durch im Fressanfall. Die im Verlauf der Therapie von Anorektikerinnen auftauchenden bulimischen Phasen sind in der Regel Anzeichen für eine zunehmende Lockerung und Flexibilität der Abwehr, also für Gesundung, während in der Bulimie die Abwehr von vornherein brüchig ist, was auf eine eher defizitäre Ich-Struktur hinweist. Woraus ersichtlich ist, dass aus der Symptomatik allein noch nicht auf die intrapsychische Situation geschlossen werden kann.

4 Der unbewusste Konflikt

In der Bulimie ist es der Patientin also möglich etwas nachzuholen, was in ihrer Entwicklung auf der Strecke geblieben ist, weil die Mutter es in der Phantasie des Kindes nicht überlebt hätte: Gier und Neid der oralen und trotzig-rebellious der analen Phase. Winnicott betont, wie wichtig es ist, dass das kleine Kind die Mutter ungehemmt zerstören darf und die Mutter den Angriff überlebt, was heißt, dass sie sich nicht rächt. Nur dann kann das Kind seine aggressiven Impulse in sein Selbst integrieren. Lotta war nie gierig, neidisch oder trotzig, wenigstens nicht nach außen hin. Aber sie hat mit etwa fünf Jahren furchtbar über eine Geschichte geweint, in der Hund und Fuchs nicht Freunde bleiben durften, sondern sich gegenseitig jagen mussten. Hat sie über die Dissoziation ihrer beiden Selbstanteile geweint, darüber, dass die nicht integriert werden konnten, der über-ich-gesteuerte Teil den triebhaften „jagen“, also unterdrücken, abspalten musste?

In der Psychodiagnostik stellt sie im Sceno-Test eine harmonische Familie dar auf einem Ausflug in die Natur: „Die Kinder freuen sich, dass so viele Tiere da sind“, aber die Tiere haben es am schlechtesten: „weil die so eingepfercht sind“; am we-

nigsten gefällt ihr „dieses Eingepferchte“. Links vorn, raumsymbolisch gesehen dem Bereich der Vergangenheit, hat sie ein Schwein in einen Pferch gesteckt. Als ich beim Fotografieren der Szene „versehentlich“ eine winzige Spitze der vorderen linken Ecke abschneide, sagt sie: „Hoffentlich nicht das Schweinchen!“ Damit zeigt sie mir symbolisch, wie wertvoll ihr der abgekapselte triebhafte Teil von sich ist, der nicht mitwachsen konnte, sondern in der archaisch-unkultivierten Vergangenheit stecken geblieben, abgewehrt und damit unbewusst geblieben ist, und wie wichtig es ihr ist, dass ich diesen Teil nicht abschneide, sondern dass ihre animalische Seite in unserer Beziehung ihren Platz haben und befreit, ihr wieder zugänglich – bewusst werden soll: ein Therapieauftrag gewissermaßen. Glücklicherweise leben die verpönten Selbstanteile noch im Verborgenen ihres „wahren Selbst“, das in ihrem Symptom seinen Ausdruck findet. Meine Fehlleistung, das Beinahe-Abschneiden, ist vermutlich als Gegenübertragungsreaktion auf die von ihr phantasierte Gefährlichkeit ihrer Triebimpulse zu verstehen: Aus einem Gegenübertragungswiderstand heraus agiere ich einen Moment lang ihre unbewusste Abwehr mit.

Die Bulimie bindet diese gierigen, neidischen, trotzigten Selbstanteile. Das Symptom ist ein Kompromiss aus Triebwunsch (das Objekt anzugreifen), Angst (das Objekt zu verlieren) und Abwehr (die Aggression verleugnen). Im Fress-Brech-Anfall sind alle drei Pole des unbewussten Konflikts enthalten: der Wunsch, das Objekt anzugreifen, im Fressen; die Angst, das Objekt zerstört zu haben, im Drang, erbrechen zu müssen; und die Abwehr durch Verleugnung, im Erbrechen das Ganze ungeschehen zu machen. Es gibt noch eine Reihe weiterer Konflikte, nur diesen einen, wesentlichen, greife ich heraus. Der ödipale Konflikt beispielsweise ist noch gar nicht zum Tragen gekommen, weil Lotta noch so gefangen in ihren präödpalen Konflikten ist und ihr schon die intrapsychische Triangulierung, die ja Voraussetzung zur Bewältigung des Ödipuskomplexes ist, nicht gelungen ist. Alle drei Pole des Konflikts (Wunsch, Angst, Abwehr) sind unbewusst, nur das Symptom ist bewusst. Analytiker versuchen, alle Elemente des Konflikts dem Patienten wieder zugänglich, erlebbar zu machen und diese in seine „gespaltene“ Persönlichkeit wieder integrierbar zu machen (Zwiebel 1999). Dabei setzt der Analytiker zunächst an der Abwehr an, die sich in der psychoanalytischen Situation als Widerstand darstellt, in Lottas Therapie ihr Wegbleiben. Der Grund liegt darin, dass die Abwehr von allen drei Konfliktpolen dem Bewusstsein am zugänglichsten ist. Die Widerstandsanalyse führt zum Bewusstwerden der zentralen Ängste (bei Lotta der Angst vor Objektverlust) und erst dadurch werden auch die unterdrückten Wünsche wieder zugänglich und in die Gesamtpersönlichkeit integrierbar. „Wo Es war, soll Ich werden“, wie Freud (1923) den analytischen Prozess in eine griffige Formulierung fasst.

Zunächst verhilft die Bulimie Lottas verpönten Selbstanteilen an die Oberfläche und Lotta zur Therapie. Es ist voraussehbar, dass es in der Therapie zum großen Teil darum gehen wird, ob ich Lottas Aggression überlebe. Nur dann wird sie sie nachreifen lassen und in ihre Persönlichkeit integrieren können. Natürlich tut Lotta zunächst alles, um die Aggression aus unserer Beziehung herauszuhalten. Sie idealisiert mich und beklagt sich nur über die Mutter, spaltet also zwischen einer nur guten (Therapeutin) und einer nur bösen (realen) Mutter. Als sie wegen eines Vorstellungsgesprächs einen Therapietermin verpaßt hat (sie hatte mich angerufen, sie komme

etwas später, es aber dann doch nicht mehr geschafft), sagt sie, sie könne schlecht Nein sagen, sonst hätte sie den von „dem“ vorgeschlagenen Termin gleich ablehnen müssen. Ich antworte, sie wollte wohl auch mir nicht Nein sagen, sonst hätte sie gleich sagen können, dass sie an dem Tag nicht mehr kommt. Ob sie denken würde, ich nehme ihr eine solche Absage übel? Nein, antwortet sie schnell, sie wisse, dass ich ihr nichts übel nehmen würde. Ich bin verblüfft: Ihre Aggression gegen mich ist ihr völlig unbewusst, abgewehrt durch Verleugnung. Ebenso verleugnet sie die Tatsache, dass ich aggressiv gegen sie werden könnte. Sie spricht dann von ihrem blöden Gefühl im Magen, dem Druck, essen zu müssen, von ihrer Wut auf andere, Mutter, Schwester, deren Liebhaber etc. Schildert dann, wieviel sie für sich behält aus Angst, Mutter oder Schwester zu verletzen, und ich frage mich, wieviel sie, in der Übertragung, vor mir verheimlicht aus denselben Motiven. Die nächste Stunde „verpennt“ sie, und danach geht es ihr „wieder ganz schlecht mit dem Bauch“.

So bekomme ich ihre Aggression zu spüren: Sie „verpeilt“ immer wieder Stunden, lässt mich einfach sitzen. Und sie geht wiederholt, bevor ich die Stunde beende. Diese Angriffe auf den Rahmen verübt sie scheinbar ganz unbefangen: Ich sitze da, wütend, verlassen, gekränkt, fühle mich ohnmächtig und entwertet. Was zeigt, dass Lotta, der selbst die Erfahrung eines Containments vorenthalten worden war, beginnt, die therapeutische Beziehung zur Projektion ihrer schmerzhaften Gefühle zu nutzen. So lässt sie mich erleben, wie sie sich selbst in ihrer frühen Kindheit fühlte: verlassen, gekränkt, wütend, hilflos und entwertet. „Ihre Fähigkeit zu projizieren und ihrer Therapeutin ihre Schmerzen fühlbar zu machen, wirkt wie ein hoffnungsvolles Anzeichen dafür, dass sie Vertrauen in ein Objekt zu entwickeln beginnt, das in der Lage ist, die Schmerzen auszuhalten, die sie selbst nicht ertragen kann“, schreibt G. Williams über eine ähnliche Übertragungs-Gegenübertragungs-Konstellation (2003, S. 134). Werde ich diese schmerzlichen Gefühle gut genug containen, verdauen und ihr modifiziert zurückgeben können? Wird es möglich sein, gemeinsam über Schmerzen nachzudenken und zu sprechen?

Meinen oben erwähnten Brief schrieb ich, während ich nach der Stunde, in der es offenkundig geworden war, dass „etwas fehlt“, zum zweiten Mal auf sie wartete. Ich hatte das Gefühl, dass ich aus folgendem Grund mich melden und Lotta signalisieren musste, dass ich ihre Aggression überlebt hatte: Wenn schon das Objekt verlorengelassen muss, dann ist es immer noch leichter erträglich, in Verkehrung vom Passiven ins Aktive, das Objekt selbst zu verlassen, als dem Schmerz des Verlassenwerdens ohnmächtig und hilflos ausgeliefert zu sein; wie beim Verlust des Vaters, der ja im Grunde eine Wiederholung des frühkindlichen Traumas war, von einer nicht zugänglichen Mutter innerlich verlassen worden zu sein. Diese Abwehr der Verkehrung vom Passiven ins Aktive gefährdete die Therapie. Ich musste also an ihrem Widerstand, dem Wegbleiben, ansetzen. Ich hatte den Brief so formuliert: „Liebe Lotta, es ist Dienstagnachmittag. Ich warte auf Sie und denke mir, dass es besser wäre, wir könnten gemeinsam versuchen herauszufinden, warum es Ihnen jetzt so schwerfällt zu kommen. Deshalb schreibe ich Ihnen. Ich möchte Sie ermutigen, zu ihrem nächsten Termin am Donnerstag, dem ... zu kommen. Ich werde hier sein.“ Ich finde meine Formulierungen jetzt, da ich sie wieder lese, bemerkenswert behutsam: Respekt vor ihrer Verletzlichkeit? Oder Ausdruck einer Aggressionshemmung in der Gegen-

übertragung? Wohl beides. In meiner Wortwahl versuchte ich die Aggression abzumildern, die ja darin lag, dass ich sie mit ihrem Widerstand konfrontierte.

Wie bereits berichtet, kommt Lotta zu ihrem nächsten Termin und bedankt sich für den Brief, führt dann zu ihrer „Verteidigung“ an, dass es ihr schlecht gegangen sei. Verteidigen muss man sich gegen einen Angriff. Die Konfrontation mit ihrer Aggression gegen mich durch meinen Brief ist ein Angriff. Erst als ich gezielt nachfrage nach ihrem Gefühl, sich gegen mich verteidigen zu müssen, sagt sie, sie sei erschrocken über den Brief, dachte, es stünde darin „Haben Sie überhaupt noch Lust weiterzumachen?“, und bestätigt, dass sie Vorwürfe erwartete. Wie von ihrer Mutter? Ja. Sie hat sich immer noch nicht getraut, ihr zu sagen, dass sie ausziehen will. Sie glaubt, dass Mutter dann das Gefühl hätte, Lotta wolle das, was Mutter „für uns“ aufgebaut hat, mit Füßen treten. Das heiÙe, Mutter empfinde ihren Wunsch auszuziehen als Angriff, als Verletzung? Sie wisse nicht, wie Mutter denke.

Lotta erwartet also, dass ich die Beziehung abbreche, wenn ihre Aggression in die Übertragung kommt, also mir gegenüber deutlich wird, und sie zeigt damit ihre hinter dem Abwehrmechanismus der Verleugnung stehende Angst vor Objektverlust. In der darauffolgenden Stunde sieht sie verdreht und abgekämpft aus. (Sie kommt direkt von der Arbeit zu mir.) Sie wagt es nun, ihr Widerstreben gegen die Therapie in Worte zu fassen und mir mitzuteilen, anstatt einfach wegzubleiben: Heute sei es ihr schwer gefallen zu kommen. Sie wäre lieber nach Hause gegangen, wäre dann eine Stunde ungestört gewesen und hätte fressen können. Ich frage, warum sie doch gekommen ist? Vielleicht wegen des Briefes. Ich sage: Der hat ihr gezeigt, dass ich unzufrieden war mit ihrem Wegbleiben. Ich spreche hier die Aggression in unserer Beziehung an, meine Aggression, die sich im Bestehen auf die Einhaltung des Rahmens ausdrückt (Winnicott 1958). Wenn ich *meine* Aggression wahrnehmen, darüber nachdenken und sprechen kann, dann ist vielleicht auch *ihre* Aggression nicht so gefährlich wie sie phantasiert. Durch das Fassen in Sprache mildert sich der archaische Charakter der Aggression. Was ich nicht sage, aber was sie, denke ich, spürt: Der Brief hat ihr auch gezeigt, dass sie mir etwas bedeutet. Und dass ich die in mich projizierten Gefühle, die ihr selbst so unerträglich sind, ertragen kann. Mein Brief fungierte hier vermutlich als Container: Ich warte und denke und halte es aus. So kann man also auch damit umgehen. Ihr „Danke“ könnte Dankbarkeit dafür ausdrücken, dass ich ihre unerträglichen Gefühle aufgenommen, verdaut und ihr modifiziert zurückgegeben habe. Hier hat sie die depressive Position erreicht: Sie kann Dankbarkeit empfinden. Indem die Aggression in unserer Beziehung erlebbar zu werden beginnt, ist sie nicht mehr ausschließlich im Symptom gebunden.

Sie spricht dann ausführlich über ihre Unzufriedenheit mit sich selbst. Sie habe ihrer Mutter immer noch nichts von ihren Auszugsplänen gesagt. Und sie denke immer noch ständig ans Fressen. Und immer rebelliere ihr Magen, wenn sie etwas gegessen habe. Jetzt sogar, wenn die Freundin da sei. Sie müsse dann dauernd würgen, könne sich nicht mehr unterhalten. (Hier drängt sich das „wahre Selbst“ zwischen die vermutlich angepassten Formulierungen einer freundlichen Unterhaltung mit einem idealisierten, also nur guten Objekt: das wichtigste an ihren Freundinnen ist für Lotta, dass sie „lieb“ sind.) Sie kotze inzwischen auch heimlich in Anwesenheit der Freundin. Die Essensgedanken verfolgen sie. Seit sie das Essproblem habe, sei sie

nicht mehr mit sich zufrieden gewesen. (Schweigen) Seit Vater nicht mehr da ist. (Schweigen) Seit der Vater nicht mehr da ist, habe sie sich nur noch allein gefühlt. Allmählich arbeiten wir heraus, dass die Lust am Essen den Schmerz über seinen Verlust ersetzt hat. Dann spreche ich ihre Ich-Leistung an: Meinetwegen hat sie heute auf etwas Lustvolles verzichtet. Sie antwortet, sie habe sich aber auch den anschließenden Selbsthass erspart. Jetzt sei es raus (dass sie lieber fressen als zu mir wollte). Ich frage, wie es ihr damit gehe. Erleichtert, irgendwie.

Die Aggression gegen mich ist in unserer Beziehung manifest geworden, wir können darüber sprechen und nachdenken. Und Lotta fängt an über sich selbst nachzudenken, kann Schweigepausen zulassen, in denen Nachdenken möglich ist. Dass Lotta allmählich regelmäßiger kommen kann und die Stunden auch nicht mehr vorzeitig abbrechen muss, zeigt mir, dass ihre Angst sich mildert, von mir verlassen zu werden, wenn ich ihr verborgenes „wahres Selbst“ wahrnehme. Aber natürlich ist die Angst noch da. Jetzt zeigt sich der Widerstand seltener darin, dass sie am Rahmen rütteln muss, sondern überwiegend innerhalb der Stunde: Immer wieder klagt sie, es sei ihr so komisch im Kopf, so unklar, wie benebelt, sie kriege ihre Gedanken nicht zusammen. Die Verwirrung erstreckt sich in der Gegenübertragung auch auf mich, vorwiegend immer dann, wenn Aggression in unserer Beziehung deutlicher spürbar zu werden beginnt. Damit wird meine Alpha-Funktion beeinträchtigt. Immer wenn es uns gelingt, die Verwirrung mit dem Auslöser in Verbindung zu bringen, wird ein wenig frische Luft in den Ballon ihres psychischen Innenraums geblasen, und die verklebten Wände lösen sich voneinander. Aber auch indem ich die Verwirrung ertrage und gemeinsam mit ihr anzuschauen versuche, findet dieses schwer erträgliche Gefühl (einschließlich der dahinterstehenden Aggression) doch einen Container und muss nicht als „namenlose Angst“ zu ihr zurückkehren und zu ihrem Verfolger werden. Bion nennt dieses Ertragen „negative capability“: die Fähigkeit, auch unangenehme Zustände und Nicht-Verstehen auszuhalten, die eine wichtige Errungenschaft der depressiven Position darstellt.

Vermutlich spürt Lotta auch, dass ich beginne, zu einer wichtigen Person in ihrem Leben zu werden, was sie für zukünftige unvermeidliche Schmerzen verletzbar macht. Denn das Lebendigwerden des unbewussten Konflikts, das Erreichen der depressiven Position ist mit Schmerzen verknüpft. Zur Abwehr von seelischem Schmerz werden Gedanken vernebelt, Verbindungen aufgebrochen (Williams 2003), der Raum, der etwas aufnehmen könnte, vollgestopft mit Verwirrung. Aber jedesmal, wenn es uns gelingt, über unsere Beziehung, über Ängste und Gefühle nachzudenken und zu sprechen, spannt sich das analytische Dreieck auf, und Lotta gewinnt mit der allmählichen Verinnerlichung dieses Dreiecks mehr Kontakt zu ihrer inneren Welt (Segal 1991). Damit nähert sie sich nach und nach der Lösung ihrer inneren Konflikte, sie werden ihr in einem neu gewonnenen inneren Raum zugänglicher, erlebbarer und bewusster, und sie wird spielerischer, kreativer und angemessener damit umgehen können. Dann wird sie ihr „wahres Selbst“ befreien und integrieren können, ihr Symptom nicht mehr nötig haben und ihre eigene, weibliche Identität entwickeln können.

Literatur

- Abelin, E. L. (1986): Die Theorie der frühkindlichen Triangulation. Von der Psychologie zur Psychoanalyse. In: Stork, J. (Hg.): Das Vaterbild in Kontinuität und Wandlung. Zur Rolle und Bedeutung des Vaters aus psychoanalytischer Betrachtung und in psychoanalytischer Reflexion. Stuttgart: frommann-holzboog.
- Benjamin, J. (2004): Beyond doer and done-to: an intersubjective view of thirdness. *Psychoanalytic Quarterly* 73: 5–46.
- Bion, W. R. (1962): Lernen durch Erfahrung, Frankfurt a. M.: Suhrkamp, 1990
- Bion, W. R. (1959): Angriffe auf Verbindungen. In: Bott Spillius, E. (Hg.): Melanie Klein heute. Bd. 1. München: Reinhardt, 1990.
- Bollas, C. (1987): Der Schatten des Objekts. Das ungedachte Bekannte. Zur Psychoanalyse der frühen Entwicklung. Stuttgart: Klett-Cotta, 1997.
- Dalsimer, K. (1986): Vom Mädchen zur Frau. Berlin: Springer, 1993.
- Ettl, T. (2001): Das bulimische Syndrom. Psychodynamik und Genese. Tübingen: edition diskord.
- Freud, S. (1917): Trauer und Melancholie. G. W. 10. Frankfurt: Fischer, S. 428–446.
- Freud, S. (1920): Jenseits des Lustprinzips. G. W. 13. Frankfurt: Fischer, S. 1–69.
- Freud, S. (1923): Das Ich und das Es. G. W. 13. Frankfurt: Fischer, S. 237–289.
- Freud, S. (1924): Der Untergang des Ödipuskomplexes. G. W. 13. Frankfurt: Fischer, S. 395–402.
- Klein, M. (1962): Das Seelenleben des Kleinkindes. Stuttgart: Klett, 1976.
- Poluda, E. (2002): Der lesbische Komplex als Basis der weiblichen psychosexuellen Entwicklung. Vortrag im Institut für Psychoanalyse und Psychotherapie (DPG) in Kassel.
- Schneider, G. (2003): Die psychoanalytisch fundierte Behandlung anorektischer Patientinnen – ein Zwei-Phasen-Modell. In: Herzog, W.; Munz, D.; Kächele, H. (Hg.): Essstörungen. Therapie-führer und psychodynamische Behandlungskonzepte, 2. Aufl. Stuttgart: Schattauer.
- Schoenhals, H. (1993): Triangulärer Raum und Symbolisierung. In: Gutwinski-Jeggle, J.; Rotmann, J. M. (Hg.): „Die klugen Sinne pflegend“. Psychoanalytische und kulturkritische Beiträge. Tübingen: edition diskord.
- Segal, H. (1957): Bemerkungen zur Symbolbildung. In: Bott Spillius, E. (Hg.): Melanie Klein heute. Bd. I. München: Reinhardt, 1990.
- Segal, H. (1991): Traum, Phantasie und Kunst. Stuttgart: Klett-Cotta, 1996.
- Spitz, R. A. (1965): Vom Säugling zum Kleinkind. Stuttgart: Klett, 1967.
- Stork, J. (1986): Der Vater – Störenfried oder Befreier? In: Stork, J. (Hg.): Das Vaterbild in Kontinuität und Wandlung. Zur Rolle und Bedeutung des Vaters aus psychoanalytischer Betrachtung und in psychoanalytischer Reflexion. Stuttgart: frommann-holzboog.
- Williams, G. (1997): Innenwelten und Fremdkörper. Abhängigkeitsbeziehungen bei Essstörungen und anderen seelischen Erkrankungen. Stuttgart: Klett-Cotta, 2003.
- Winnicott, D. W. (1958): Von der Kinderheilkunde zur Psychoanalyse. Frankfurt a. M.: Fischer, 1983.
- Wittenberger, A. (2001): Von Goldgräbern und Geisterjägern. Drei Kinderanalysen, 2. Aufl. Tübingen: edition diskord.
- Zwiebel, R. (1999): Der therapeutische Prozeß in der Psychoanalyse. Vortrag im Rahmen einer Öffentlichkeitsveranstaltung des Instituts für Psychoanalyse Kassel zum Thema: Wie heilt die Psychoanalyse?

Korrespondenzadresse: Annegret Wittenberger, Korbacher Straße 245D, 34132 Kassel.