

Kinderträume - Erwachsenenträume

Der Zusammenhang zwischen Denkvermögen und Träumen

Dipl.-Psych. Angelika Staehle

Vortrag am 22. April 2005 im Rahmen der
55. Lindauer Psychotherapiewochen 2005 (www.Lptw.de)

1. Einleitung

In meinem Vortrag werde ich mich mit der Funktion des Träumens für das Denken und den Auswirkungen einer fehlenden oder defekten Traumfunktion bei Kindern und Erwachsenen befassen. An detailliertem klinischem Material einer erwachsenen Patientin und eines Kindes möchte ich zeigen, wie mühsam und lange der Prozess bei Patienten mit gestörten Symbolisierungsfähigkeiten ist, bis Traumerzählungen auftauchen, die zeigen dass emotionale Erfahrungen nun anders verarbeitet werden können. Über lange Phasen geht es darum, den großen und kleinen Patienten als „container“ zur Verfügung zu stehen und ihre nicht differenzierten, panikauslösenden, rohen Empfindungen in bildhaften Beschreibungen zu erfassen, sie mit ihren Bedürfnissen und Beziehungen zu verbinden, damit sie in der Beziehung emotionale Bedeutung erhalten können.

Die Kinder zeigen im Spiel, welche Abwehrmechanismen aktiviert sind und wann Störungen und Zusammenbrüche der Kommunikation auftreten. Dies unterscheidet sich nicht grundsätzlich von der Art und Weise, wie wir über Träume, von Kindern und Erwachsenen, nachdenken. Stellen wir uns beispielsweise ein Kind vor, das im Behandlungszimmer umher läuft, die Tasten einer Schreibmaschine anschlägt und sich darüber beschwert, dass die Maschine nicht funktioniert. Der Traum eines Erwachsenen könnte einem solchen Spiel beinahe Bild für Bild entsprechen. Z. B.: „Ich ging ins Büro, setzte mich an die Schreibmaschine und schlug auf die Tasten, aber es tat sich nichts.“ In beiden Fällen wird uns eine Suche nach Kontakt vermittelt, die nicht gelingt. Die Bedeutung dieser Szene wird in der jeweiligen Übertragungssituation ganz verschieden sein.

Erwachsene haben in der Regel die Sprache zur Verfügung, doch können ihre Worte sich mehr oder weniger auf symbolischem Niveau bewegen oder ganz konkret erlebt werden und nahe dem Han-

deln angesiedelt sein. Auch das Spiel der Kinder kann symbolisch sein oder mehr dem Abreagieren und der Abfuhr dienen.

2. Zur Traumfunktion

Wir sind es gewohnt, Träume als inhaltlich interpretierbare Gebilde des nächtlichen Schlafes zu betrachten, und weniger das Träumen als psychische Funktion zu untersuchen. Bion (1962/1990) gibt der Funktion des Träumens einen zentralen Stellenwert für die psychische Entwicklung. Für ihn heißt die Fähigkeit zu träumen, emotionale Erfahrungen verarbeiten zu können

Sein erkenntnistheoretisches, abstraktes Modell betont die Bedeutung der frühesten Beziehungserfahrungen. Schon vor ihm haben andere Autoren wie Donald W. Winnicott und Melanie Klein die Relevanz dieser Erfahrungen hervorgehoben. Neuere Beiträge von Stern (1985), Ogden (1992) und Fonagy (2002) haben unser Wissen über die frühe Strukturierung der Prozesse symbolischen Denkens erweitert. Sie stimmen alle überein, dass die Strukturierung des Denkens mit der Verarbeitung von Sinnesdaten beginnt, die in den frühesten körperlichen Erfahrungen verwurzelt sind, also in der Beziehung zwischen der Mutter und ihrem Baby.

Vom Zeitpunkt von 24 Wochen an, während der Fötus noch in der Gebärmutter ist, kann er schon Rem-Schlafphasen haben. Dies lässt vermuten, dass es ihm möglich ist, Erfahrungen in der Form von primitiven Träumen zu verarbeiten (Pointelli, 1992). Ein erstes Beispiel von einem Säugling der träumt kann man darin sehen, dass er da liegt und mit seinen Lippen saugende Bewegungen macht, während er schläft. „Oh, er glaubt, er liegt an der Brust“, könnte die Mutter sagen und das Baby anlächeln. Das ist eines der ersten Anzeichen für die innere Welt eines Babys, vielleicht der Ausdruck einer unbewussten Phantasie, der durch aktuelle, gute Erfahrungen und eine gute Beziehung zur Mutter stimuliert wird. Bei einer anderen Gelegenheit sind die Finger des Säuglings verkrampft und seine Zehen eingezogen und er zieht seine Beine gegen seinen Bauch. Beim Aufwachen scheint sein Gesicht Angst auszudrücken. „Vielleicht hat er einen schlechten Traum“, könnte der Vater sagen.

Aufgrund der neurologischen Reifung und als Ergebnis der psychologischen Aspekte der Interaktion mit seiner Umgebung, lernt ein Kind zwischen sich und den anderen zu unterscheiden, zu unterscheiden zwischen Phantasie und Realität, zwischen träumen und wach sein, zwischen Männern und Frauen usw. Alle diese Unterscheidungen verlangen eine Grenzziehung. Grenzen verschiedenster Art werden aufgebaut und sie können sehr verschieden sein, sie können dünn sein, flüssig, durchlässig oder dick, solide oder rigide.

Wenn ein Kind erkennen kann, dass der Traum etwas Verschiedenes von der Realität ist, dann ist dies ein Zeichen für eine zunehmende Integration seines Ichs und seines Realitätssinnes. Es wird berichtet, dass Piaget, der ein Kind fragte, was denn ein Traum sei, das vierjährige Kind ihm geantwortet habe: „Ein Traum ist etwas, das in meinen Schlafraum kommt, wenn ich meine Augen schließe und schlafe.“ Unter normalen Umständen können Kinder um das vierte Lebensjahr die Nachträume von den Phantasien bei Tag unterscheiden.

Nun ein Beispiel, das ein Misslingen dieser Entwicklung zeigt:

Eine Mutter kam auf Anraten ihres Hausarztes zu einer Krisenintervention. Sie schilderte, dass ihr drei Jahre alter Sohn fast jede Nacht mit Albträumen und nächtlichen Panikattacken schreiend aufwache, ihr aber nicht sagen könne, was ihn so erschreckte. Der Vater des Jungen war schizophren und hatte die Mutter in gewalttätiger Weise geschlagen als Jan ein Baby war. Der Vater hatte auch oft das Baby mitten in der Nacht aufgeweckt, um zu sehen, ob es noch lebe. In den Beratungsstunden war es wichtig, erst einmal den Schrecken und die eigenen Ängste der Mutter aufzunehmen und sie zu benennen. Außerdem mit ihr über ihre Ängste zu sprechen, dass ihr Kind ebenso wie der Vater des Kindes schizophren werden könnte. Sie wurde dadurch in die Lage versetzt, den Terror und

die Panik von Jan aufzunehmen, ohne nun genau zu wissen, was eigentlich ihn so erschreckt habe. In dieser Weise gelang es der Mutter dann, Jan Schrecken und Panik zu akzeptieren, ihn zu beruhigen und ihn wirklich wahrzunehmen und nicht nur ihre eigenen Projektionen.

Dieses Beispiel macht deutlich, wie sehr das Baby davon abhängig ist, dass die Mutter seine Ängste aufnehmen kann und nicht selbst von ihren eigenen Ängsten überwältigt wird. Die Mutter braucht dazu selbst Unterstützung. Wenn es gut geht findet sie diese bei ihrem Mann und in ihrer Familiengruppe; oder sie kann sich in einer Beratung oder Therapie Hilfe holen. Wenn dies gelingt, kann sie ihre Fähigkeiten, die Ängste Ihres Babys wahrzunehmen und zu halten verändern, und so dem Baby ermöglichen allmählich eine Mutter zu verinnerlichen, die es hält und tröstet und die seine Ängste mildert.

Bion beschreibt diese mütterliche Funktion als eine Art psychosomatischer Verdauungsvorgang, in dem die Mutter in träumerischer Einfühlung die „Beta-Elemente“ (Rohmaterial des psychischen Lebens) des Säuglings in „Alpha-Elemente“ innerlich verarbeitet und ihm in transformierter, verträglicher Form von Alpha-Elementen zurückgibt.¹ Die Introjektion eines Objektes, das fähig ist, diese Alphafunktion auszuüben, ermöglicht es dem Kind, seine Gedanken und Gefühle zu verbinden und dadurch Ordnung in seine innere Welt zu bringen. Für die Wahrnehmung und Transformation der primitiven Zeichenprozesse ist eine spezifische emotionale Verbindung zwischen Kind und Mutter, zwischen Patient und Analytiker notwendig, nämlich das Kennenlernen- und Verstehenwollen, das K-Bindeglied² indem es allmählich diese Funktion in seine inneren Objekte introjiziert, lernt diese Funktion schließlich in sich selbst auszuüben³. Bion hat sozusagen einen „dritten Trieb“ eingeführt, der von Anfang des Lebens an rudimentär vorhanden ist. Er nennt ihn „K“, was bedeutet, den Anderen und sich selbst kennen und verstehen lernen wollen.

Von dieser Perspektive aus gesehen, ist die Fähigkeit zu träumen, das Ergebnis eines Entwicklungsprozesses, der eine entsprechende Umwelt, d. h. eine Mutter voraussetzt, die die Fähigkeit besitzt, über die psychischen Zustände ihres Babys nachzudenken. Die Fähigkeit zu träumen – im Gegensatz etwa zum Halluzinieren – heißt emotionale Erfahrungen verarbeiten zu können, brauchbare Bilder von Gefühlsbeziehungen zu haben, aus denen die weitere Entwicklung des Denkens erwachsen kann. Der Traum verdeckt nicht etwas, sondern die Psyche kann während des Schlafens mit Hilfe des Träumens arbeiten. Träume sind dementsprechend intrapsychische und interpersonelle Mitteilungen. Das Unbewusste stellt durch das Träumen neue Symbole und Bilder zur Verfügung, die Sinneserfahrungen in Gedanken transformieren.

3. Zur Behandlungstechnik

Dieses Modell führt zu einer Erweiterung des Verständnisses der Übertragung-Gegenübertragung. Die non-verbale, primitiven oder proto-mental Äußerungen in der analytischen Situation erhalten nun neben dem symbolischen, verbalen Austausch zunehmende Aufmerksamkeit. Die Übertra-

¹ **Alpha-Funktion** ist eine geistige Tätigkeit, durch sie werden Beta-Elemente in Alpha-Elemente, noch nicht Benennbares in Benennbares transformiert.

² Bion führt neben Liebe (L) und Hass (H) ein drittes Bindeglied zwischen Container und Contained, das Kennenlernen-wollen (K) ein Mit K kennzeichnet Bion nicht faktisches Wissen über.. K ist verstehen und lernen wollen der inneren Welt.

³ Begriffserläuterungen:

Containment = aktiver Vorgang im affektiven Verhältnis zwischen zwei Personen (Säugling und Mutter), wobei die Mutter (= Container) die projizierten Inhalte (= contained) aufnimmt, in sich hält, verarbeitet und ihnen Bedeutung verleiht und sie in verarbeiteter Form mit der notwendigen Differenz zurückgibt handelnd oder symbolisch

Reverie: Psychischer Zustand der Rezeptivität auf Seiten der Mutter, Resonanzfähigkeit der Mutter, auch übersetzt als stillendes Verstehen (Beland), träumersiches Ahnungsvermögen (Krecji)

Holding (Winnicott) oder holding environnement, nicht nur physische Umgebung, sondern auch emotionale Umgebung. Funktion der Mutter die Allmachtsgefühle des Kindes zu unterstützen, und es später bei der Desillusionierung der Gefühle zu begleiten. Winnicott geht anders als Klein und Bion von einem anfänglichen Zustand der Undifferenziertheit (primärer Narzismus) aus.

Übergangsobjekte und **Übergangsphänomene** bestimmen einen Zwischenbereich der Erfahrung, der eine Brücke herstellt zwischen dem Ich und dem Nicht-Ich. Dieser Bereich bleibt eng auf Illusionen bezogen.

gung und Gegenübertragung wird als „Gesamtsituation“ (Betty Joseph, 1985) aufgefasst. Damit ist gemeint, dass unsere Patienten auf uns einwirken, etwas, was nicht in Sprache gebracht werden kann, mit ihnen in der Übertragung zu agieren, sei es, dass sie uns in ihre Formen der Abwehr hineinziehen oder wenn die nichtsprachliche Kommunikation mehr im Vordergrund ist, uns etwas von ihrer Beziehungswelt fühlen lassen. „Deutungen, die sich nur mit einzelnen Assoziationen der Patienten auseinandersetzen“, so schreibt Betty Joseph, (würden)... lediglich den Erwachsenenanteil der Persönlichkeit berühren, während der Teil, der des Verständnisses eigentlich bedarf, sich durch den auf den Analytiker ausgeübten Druck mitteilt.“ (Joseph, B., 1989, S. 189). Der forschende Charakter des Deutungsprozesses, sozusagen ein Abtasten mit Fühlern, ist erforderlich, damit ein analytischer Prozess in Gang kommen kann.

(Bion (1987) sagt, dass er nur dann auf eine Theorie zurückgreife, wenn er müde sei und das Gefühl habe, irgendetwas das ihm der Patient erzählt habe, nicht verstanden zu haben. („*No memory, no desire*“!) Auch wenn diese Maxime für alles, was der Patient sagt, gilt, trifft sie doch ganz besonders auf die Schilderung von Träumen zu. Es wäre tatsächlich respektlos, wenn wir uns im Austausch mit ihm im schützenden Käfig unserer Theorien versteckten. Solche Schutzkäfige sind, vor allem was die Träume angeht, zahlreich. Die größten Gefahren entstehen durch einseitige, symbolische Deutungen, in denen die (mutmaßlichen) Symbole des Patienten decodiert werden, ohne dass wir uns am Symbolisierungsprozess beteiligen. In Wirklichkeit nämlich hat der Patient kein „Symbol“, das zu interpretieren wäre. Vielmehr geht der Prozess der Symbolisierung ebenso wie die Erzeugung neuer Bedeutung aus der Begegnung zwischen Patient und Analytiker hervor) (zit. nach Ferro, A., Das Bipersonele Feld, S. 135)

4. Klinische Beispiele

a) Bruchstück aus einer Erwachsenenanalyse

Ende zwanzig kam Frau H. zu mir zu einem ersten Gespräch. Eine sehr große, schlanke Frau mit einem durch Neurodermitis entstellten Gesicht. Sie konnte kaum ruhig sitzen. In der ersten Sitzung befragte sie mich über Psychoanalyse und meine Erfahrungen mit Neurodermitis-Patienten. Sie führte das Gespräch, und ich wurde interviewt. Ich übersetzte ihre Fragen für mich in Bewegungen, denn innerlich sah ich ein Kind vor mir, das meinen Raum untersucht, überall hinläuft. Ein Kind, das aber auch sofort auf meinen Schoß klettern möchte, jedoch seinen Mantel und seine Mütze nicht auszieht, so dass es schnell wieder gehen kann. Ich wusste damals noch nicht, dass sie ein hyperaktives Kind gewesen war. Auch im zweiten Gespräch zeigte sie sich mir von „Außen“ als eine „Prinzessin“, mit wunderschönen Kleidern, die Mittelpunkt der Familie war und die ihren jüngeren Bruder übertrumpft hatte. Doch bald wurde spürbar, dass die durch diese Kleider verhüllten „Löcher“ durchzuschimmern begannen. Frau H. fühlte sich von ihren Gefühlen überfallen und verfolgt. Ihre Wutausbrüche aus scheinbar nichtigen Anlässen irritierten sie, und sie hatte vor allem Angst, ihre Beziehung zu ihrem langjährigen Freund zu zerstören.

Zur Biographie der Patientin:

Die Geburt von Frau H. soll komplikationsreich gewesen sein (Kaiserschnitt). Frau H. sei nicht gestillt worden, da sie die Muttermilch nicht habe verdauen können. Schon in ihren ersten Lebenswochen habe sie Neurodermitis entwickelt. Frau H. hat wenige Erinnerungen an ihre Kindheit, zudem bestehen in der Familie Tabus bezüglich dieser Zeit. Nach Frau H.'s Geburt habe ihre Mutter eine Depression gehabt. Sie soll über Frau H. so enttäuscht gewesen sein, „da sie sich ein Mädchen gewünscht habe, das sie habe schön anziehen können.“ Doch Frau H. hatte zu der Neurodermitis auch einen Schiefhals, der operiert wurde als sie 1½ Jahre alt war. Nach einer Woche Krankenhausaufenthalt - mit Besuchsverbot - wurde sie von den Eltern nach Hause geholt. Fünf Wochen trug sie einen Gips vom Hals bis zur Hüfte und konnte nur die Hände bewegen. Als Kind habe sie nicht spielen können, sondern sei immer in Bewegung gewesen und überall hochgeklettert.

Zum Behandlungsverlauf: Aus dem ersten Jahr

Frau H. entwickelt für den Anfang der Stunde ein Ritual, das sie über lange Zeit beibehalten wird. Sie zieht die Schuhe aus, warme Socken an, kuschelt sich in die Decke ein. Es dauert fast 10 Minuten, bis Frau H. auf der Couch liegt. Sie erinnert mich an Kinder, die sich Nester oder eine Höhle bauen und die ihre Objekte durch Berührung ihrer Oberflächen in Besitz nehmen. Ich verstehe dies als eine nonverbale Beziehung zu mir als eine Couch-Decke-Mutter. Parallel dazu entwickelte sich im verbalen Bereich eine anders geartete Atmosphäre. Frau H., die sich nicht hatte vorstellen können, die Stunden ohne Bewegung auszuhalten, rennt nun mit Worten. Sie bereitet die Stunden vor und spricht unentwegt. Stille könne sie nicht aushalten. Sie habe keinen Rhythmus und könne nicht warten. Nach jeder Stunde will sie ein präzises Ergebnis mitnehmen. Als ich dies aufgreife, sagt sie mir: "Ich sammle Wörter von Ihnen" Diese Mitteilung trifft und berührt mich sehr. Ich erlebe es, als einen Versuch meine Worte wie eine Decke zu benutzen. Ich sage: „Wörter, so wie die vielen Kleider, die ihre Mutter für sie näht“. Der Inhalt meiner Worte ist nicht so sehr von Belang, sondern mein Sprechrhythmus, der Tonfall meiner Stimme. Die Sprache wird von Frau H. nicht zum Denken oder Verstehen benutzt, sondern als ein Medium, um sich selbst einzuhüllen. Sie kann sich zu mir nur als einer oberflächhaften, sensuellen Couch-Decken-Mutter in Beziehung setzen, die nicht von ihr getrennt ist.

Frau H. erzählt mir, dass sie an den kleinen Holzkugeln in der Praxistoilette rieche. Dann habe sie den Duft den ganzen Tag in der Nase. Sie erzählt mir weiter, dass sie überlegt habe, eine eigene Holzkugel mitzubringen und sie neben meine zu legen, damit sie denselben Duft bekäme. Für mich bedeuten diese verschiedenen Aktivitäten der Patientin in der Toilette, ebenso wie mit meiner Couchdecke, dass sie diese Dinge konkret als meinen Körper (Körper der Mutter) behandelt. Darin, dass die Patientin zu etwas Beziehung aufnimmt, das zu mir, zum Setting der Analyse, gehört, sehe ich eine wichtige Bewegung in der Übertragungsbeziehung. In Anlehnung an Segal (1991, S. 54), verstehe ich es eine rudimentäre Bewegung von einer symbolischen Gleichsetzung zu einer symbolischen Darstellung (einer echten Symbolbildung). Es ist nur das Anzeichen eines ersten kleinen Schrittes in Richtung auf eine wachsende Fähigkeit, Dinge symbolisch darzustellen. Die Symbole werden von ihr jedoch schnell wieder konkret erlebt.

Doch dann fühle ich mich mehr und mehr eingeengt und habe schließlich das Gefühl, nicht mal mehr den kleinen Finger rühren zu dürfen. Es ist zwischen uns so, wie Frau H. mir ihren Alltag schildert, angefüllt mit Beschäftigungen. Es gibt keinen Raum zum Denken. Doch hatte ich in dieser Phase nicht das Gefühl, dass es um selbstdestruktive Wünsche oder Feindseligkeit mir gegenüber ging. Einige Zeit später kommt Frau H. mit der Idee, sie würde sich besser fühlen, wenn sie mir in jeder Stunde sagen könne, wo ich sitzen solle. Ich denke, wenn sie sich nicht bewegen kann, will sie mich in ganz konkreter Weise bewegen und sage ihr, dass wir hier erfahren und spüren können, wie es ihr geht, wenn ich sitzen bleibe.

Allmählich verstehe ich die „Wörter“⁴ zwischen uns auch als eine kontrollierende Barriere. Ich sage ihr, es wäre wohl sehr ängstigend, wenn es diesen Schutzwall aus Wörtern nicht zwischen uns gäbe. Da bricht aus ihr hervor, dass sie vor dem Raum, den sie nicht sehen könne, entsetzliche Angst habe. Sie erlebe den Therapieraum zweigeteilt, in einen, den sie sehen könne, und einen bedrohlichen, unsichtbaren hinter ihr, wo ich säße

In dem ersten Jahr hatte mir Frau H. keinen Traum erzählt. Sie berichtete kurze „flashes“, die eine Mischung zwischen Tagtraum und Halluzinationen zu sein schienen. In den ersten Sommerferien hatte sie begonnen zu klettern. Nach den Ferien hatte sie in den Stunden plötzliche Einbrüche von Bildern, wie sie ihren Freund im Seil hängen lässt und ihn in die Tiefe stürzen lässt. Zwischen uns entstand eine erregende Atmosphäre und ich fühlte mich als Zuschauerin gelähmt. In den Schilderungen der Patientin gingen Realität und Fantasie durcheinander und alles wurde von ihr sehr konk-

⁴ Ich nehme den Ausdruck „Wörter“, um den Ding-Charakter hervorzuheben.

ret erlebt. Ich verstand die Szene mit „ihrem Freund am Seil“ als Darstellung einer unbewussten Phantasie, die in der Übertragung im Hier und Jetzt aktualisiert war. Sie erlebte sich, wie ich meinte, von außen mit dem Seil mit mir verbunden. Nachdem die Ängste zwischen uns im analytischen Raum erfahrbar geworden waren und ich sie aufgenommen und benannt hatte, erzählte kurze Zeit darauf Frau H. ihren ersten Traum.

Frau H. kam erkältet in die Stunde, schaute wie häufig an mir vorbei und fragte mich, ob sie auch kommen dürfe, wenn sie erkältet sei. Auf der Couch fragt sie mich, ob mir aufgefallen sei, dass sie mir heute gar nicht in die Augen habe schauen können. So sei sie immer als Kind gewesen. Dann erzählt sie mir einen Traum.

„Ich feiere meinen Geburtstag. Meine beiden Eltern sind da. Meine Mutter ist sehr fröhlich. Ich fühle mich ganz klein und hilflos, weil mein Vater so wütend ist. Ihm schmeckte das Essen nicht, das meine Mutter für mich zum Geburtstag zubereitet hatte.“

Sie spricht dann des längeren über das Essen und teilt genau ein, wer in der Familie was isst. Sie esse nur vegetarisch. Ihr Vater liebe Fleisch. Ihre Mutter sei dazwischen. Doch sei ihre Mutter so verschieden von ihrem Vater. Dann spricht sie unvermittelt von einem eigenen Kind, das sie haben möchte und mit ihrem Freund zusammenleben. Aber andererseits könne sie sich dies nicht vorstellen. Sie male sich aus, dass sie in eine andere Stadt ziehe und dort Familie und Kind habe. Hier bleibe sie Junggesellin. Wenn sie nun doch dies alles nicht wolle, könne sie dann ihren Freund mit Kind einfach zurücklassen?

Was greife ich von dem Traum auf?

Die Traumszene und die Assoziationen von Frau H. zeigen mir, wie gespalten sie sich fühlt. Die Patientin versucht, noch mal einen neuen Anfang zu finden. Sie feiert ihren Geburtstag.

In meinen Assoziationen zum Traum der Patientin taucht die frühe Zeit des Hungerns und der fehlenden, guten Nahrung auf. So wie die frühe Einstimmung - der Containment-Prozess misslang - und die Patientin mit der Mutter keine gelungene Mutter-Kind-Einheit bilden konnte, so können die Eltern auch nicht als kreatives Paar erlebt werden. Ihre Beziehung zur Mutter, zu mir, ist durch die Angst gekennzeichnet, dass die ersehnte Einhüllung, z.B. in Form von Kleidern oder Worten usw., zu einer Zwangsjacke wird. Daher muss die Beziehung zur Mutter von Frau H. außen gehalten werden. Da sie Schwierigkeiten hat zu introjizieren, muss sie die Kleider und Wörter wie Souvenirs sammeln.

Ich sage Ihr sinngemäß, dass sie sich so sehr einen neuen Anfang wünsche, aber sie sich auch damit befasse, ob ich aushalten könne, wenn ihr das Essen nicht schmecke. Ob sie mir auch ihre negativen Gefühle zumuten könne.

Es folgten noch sehr schwierige Phasen, die mich zeitweise an die Grenze meiner Belastbarkeit brachten, in denen die archaischen Ängste und Bedürfnisse zwischen uns virulent wurden. Im Rahmen dieses Themas kann ich nicht darauf eingehen - in einer anderen Arbeit (1997) habe ich den Verlauf beschrieben - und werde einen großen Sprung machen ins dritte Jahr der Analyse.

Frau H. muss ihre Gefühlszustände nun nicht mehr vorwiegend somatisch über die Haut oder über exzessives Joggen, Radfahren oder Bergsteigen ausagieren, sondern kann sie für Traumgedanken verwenden. Diese Fähigkeit, Träume zu erinnern und zu erzählen, bedeutet eine Entwicklung hin zu einer etwas größeren Fähigkeit, sich selbst aus einer dritten Position zu betrachten.

Um Ihnen etwas von der Behandlungssituation zu vermitteln, möchte ich kurz die Situation skizzieren. Die Patientin ist inzwischen schwanger. Sie fühlt sich mir gegenüber in einem Konflikt und erlebt mich oft als diejenige, die ihre Schwangerschaft für verfrüht hält und sie dafür kritisiert, dass sie nicht gewartet hat bis die Analyse beendet ist. Häufig spaltet sie mich in eine Figur, die sie versteht und auf die sie angewiesen ist und in eine Figur, auf die sie neidisch und eifersüchtig ist, weil sie alles hat (Vater und Babys), und die ihr das Baby stehlen will.

In der Stunde vor derjenigen, die ich vorstellen möchte, äußert Frau H. ihre Angst, „den Faden zu mir zu verlieren“. Sie versucht verzweifelt, an der guten Beziehung zu mir als der „jungen Frau St.“ (der idealisierten Figur) festzuhalten. Ich werde jedoch immer mehr zu einer alten, gefährlichen Frau St. für sie. Sie schildert, dass sie sich für die Zeiten, zu denen das Baby sie am Einkaufen hindere, im Keller einen Essensvorrat angelegt habe. In meinen Deutungen beschreibe ich ihre Verunsicherung, ob ich gefährlich oder noch die „verständnisvolle Frau St.“ bin.

Am folgenden Tag kommt Frau H. in die Stunde und berichtet mir, dass schon Milch aus ihren Brüsten gekommen sei. Ich denke dabei an den Essensvorrat am Ende der gestrigen Stunde. Frau H. fährt fort, dass sie einen Traum, den sie heute Nacht gehabt habe, erzählen wolle:

Ich bin schwanger, aber genauso dünn wie immer. Aus meinem Bauch hing eine Nabelschnur und daran hing außen an mir eine milchig-durchsichtige Hülle, in der ein Baby war. Ich war ganz vorsichtig, weil ich Angst hatte, ich könnte die Hülle kaputt machen. Dann sah ich, dass das Baby im Brustwirbelbereich ein Loch hatte. Ich dachte, das wird zusammenwachsen, noch während der Zeit, in der das Baby in der Hülle sein wird.“

Nach der Traumerzählung schildert mir Frau H. ihre unterschiedlichen Beziehungen zu zwei Frauen, die beide Psychologinnen sind. Eine Psychologin, die nähme sie so, wie sie sei und versuche sie zu verstehen. Die andere Psychologin, sie nenne sie Hausfrauenpsychologin, die bringe ihr Sachen zum Essen aus ihrem Garten und sei dick wie ihre Mutter. Zum Glück werde sie die letztere nur selten sehen. Ich sage, dass es sehr ängstigend für sie sei, wenn sie mich als Hausfrauenpsychologin erlebe und sie Angst habe, den Kontakt zu mir als einer sie verstehenden Person zu verlieren. Ich glaubte, gestern in der Stunde sei das zeitweise so gewesen. Frau H.: „Bei meiner Lieblingspsychologin habe ich das Gefühl, dass sie sich für mich interessiert, was ich sage und meine. Bei der Hausfrauenpsychologin und den anderen bekomme ich das Gefühl, es ist nur aus Mitleid so wie früher als Kind mit meiner Hautkrankheit. „Komisch“ sagte sie dann, „alle Menschen, die zur Zeit wichtig für mich sind, sind Mütter“. Früher habe sie Kontakt zu Frauen mit Kindern gemieden. Aber das sei jetzt anders.

Nach einer langen Pause sagt sie: „Ich merke schon, wenn ich ein Ventil brauche, wenn ich wütend werde. Ich denke, wenn ich meine Gefühle nach außen in die Atmosphäre gebe, dann bekommt das Kind keinen Schaden.“ Ich sage zur Patientin, sie fühle sich in der Analyse in dieser milchigen Hülle, doch habe sie große Angst, diese Hülle zu zerstören, sobald sie ihre schlechten Gefühle herauslasse. Sie habe Angst, mich dann zu sehr zu strapazieren. Doch habe sie Hoffnung, dass das Loch noch zusammenwachsen werde und das sei auch notwendig. Nach längerem Schweigen sagte Frau H. sehr nachdenklich: „Meine Schwangerschaft kam wirklich zu früh. Ich hätte noch Zeit in der Analyse für mich selbst gebraucht. Andererseits wollte ich nicht zu alt werden.“ Nach einer weiteren, längeren Pause: „Es ist schon erstaunlich, was Sie alles zusammen mit mir erlebt und ausgehalten haben. Wissen Sie, gestern Abend ist es mir gelungen, mein Gefühlsdurcheinander wieder selbst zu sortieren. Ich habe mir Zeit gelassen und in mich hineingehört auf die Gefühle, die ich in mir hatte. Ich kann kaum glauben, dass ich das kann.“

Von den Äußerungen der Patientin und ihrem Traum war ich sehr berührt. Die zwei Psychologinnen verstehe ich als eine Symbolisierung von zwei Brüsten. Es besteht nach wie vor eine Spaltung zwischen einer Brust, die nur Milch in sie hineinpumpt und einer Brust, die für sie denkt. Frau H. versucht, die Identifikation mit einer denkenden und nährenden Brust aufrecht zu erhalten, die sie vor der schlechten Brust, die das Baby stehlen will, schützen soll. Frau H. hat große Angst, die Hülle zu zerstören, wenn sie ihre schlechten Gefühle herauslässt. Sie kann zeitweise kein stabiles, gutes inneres Bild von mir aufrechterhalten. Im weiteren Verlauf der Stunde wird deutlich, dass dieser Prozess reversibel ist und Frau H. sich doch einer Internalisierung von mir bewusst ist. Ich bin eine innere Figur, jedoch nicht stabil und wirklich getrennt.

Unsere Beziehung hat nun eine Geschichte, es taucht in ersten Ansätzen eine andere Beziehung zum Zeiterleben auf. Die Fähigkeit der Patientin, selbst zu denken, ist noch instabil. Sie kann jedoch eine Beziehung zu mir zulassen, in der sie auf mich in dieser Funktion angewiesen ist. Die

Verbindung über die Nabelschnur ist noch eine äußere, doch sie taucht in einem Traumbild auf. Eine wesentliche Veränderung gegenüber der Zeit, als sie dies inszenierte, ist, dass sie Hoffnung hat, dass dieses Loch zuwachsen wird. Hoffnung auf eine weitere, schützende Hülle in der analytischen Beziehung. Rey (1994 ,S.265) spricht von „Brutbeutel-Raum“ (marsupial space), analog dem Kängurubeutel, den die Mutter für den Säugling nach der Geburt schafft und der internalisiert wird. Diese Hülle in der analytischen Beziehung ist eine „Übergangshülle“, die Zeit und Raum lässt für eigene Entwicklung, um eine Basis für eine Separation zu ermöglichen. Frau H. hat jetzt Hoffnung entwickelt, verstanden zu werden. Über eine mögliche introjektive Identifizierung zum Aushaltenkönnen von Trennung, zum eigenen Denken und Sich-selbst-verstehen zu gelangen, war noch ein weiter Weg.

b) Aus einer Kinderanalyse

Den **fünfjährige Alex** sah ich zum ersten Mal zu einer Konsultation, weil er im Kindergarten durch sein jähzorniges und aggressives Verhalten abwechselnd mit Rückzugsverhalten aufgefallen war. Er zog sich im Kindergarten in die Toiletten zurück und verbrachte dort mit merkwürdigen Lautspielen seine Zeit. Auch bekam er plötzliche Wutausbrüche und griff andere Kinder an und verletzte sie. Er trug noch jede Nacht eine Windel und nässte und kotete auch immer wieder tagsüber ein. Andererseits wurde er von seinen Eltern als ein kleiner Erwachsener geschildert, der sich gut anpassen könne. Doch gelinge dies nur, wenn man mit ihm alleine sei und ihm ganz laute, strenge Befehle gebe.

Die **frühe Geschichte von Alex** ist äußerst traurig. Beide Eltern waren noch in Ausbildung, die Mutter zur Krankenschwester, der Vater Student. Die überraschende Schwangerschaft war für sie eine Katastrophe, sowohl aus inneren wie aus äußeren Gründen. Sie lebten in einem Zimmer eines Wohnheimes des Krankenhauses und hatten minimale finanzielle Mittel. Sowohl der Vater als auch die Mutter hatten eine sehr traumatische Kindheit mit schwierigster Ablösung von den Eltern in der Adoleszenz. Während ihrer Pubertät war die Mutter ein halbes Jahr wegen einer Psychose in der Psychiatrie. Der Vater von Alex wurde als Kind abrupten Trennungen ausgesetzt.

Die Eltern von Alex entschieden sich „die Sache durchzuziehen“, damit meinten sie die Entscheidung für das Kind. Die Schwangerschaft verlief äußerst schwierig. Hormonelle Störungen bei der Mutter führten beinahe zum Absterben der Plazenta und Alex wurde frühzeitig durch Notkaiserschnitt von seiner Mutter entbunden. Als Baby hatte Alex von Anfang an Ernährungsstörungen. Er wurde nicht gestillt, weil seine Mutter dies eklig fand. Da er ständig erbrach, habe ihm sein Vater die Flasche in den Mund zwingen müssen. Auch die feste Nahrung habe der Vater ihm regelrecht in den Mund würgen müssen. In Alex erstem Lebensjahr war sein Vater für ihn zuständig. Alex schrie ständig und konnte nur mit permanentem Körperkontakt beruhigt werden. So legte ihn der Vater auf seinen Schoß und zeichnete über ihn gebeugt für sein Studium. Mit einem Jahr kam Alex in eine Kinderkrippe. Er begann dort den Stuhl einzuhalten, was seinen Eltern am Anfang nicht auffiel. Den Eltern zufolge war Alex ein Frühentwickler, mit einem Jahr konnte er Laufen und mit zwei Jahren sprechen.

Bei meiner ersten Begegnung mit Alex bedrückte mich sein altkluger Gesichtsausdruck und seine motorische Unruhe machten es schwer mit ihm in Kontakt zu kommen. Ich vermutete, dass er von dem ihn bringenden Vater unter Druck präpariert worden war, sich anständig zu benehmen. Er begann in großer Hektik ein konventionelles Bild nach dem anderem zu malen. Als ich ihm sage, dass er sehr unter Druck sei, bei mir alles richtig zu machen, um nicht hinausgeworfen zu werden, sagt er mit lauter Stimme, „So malt man Blumen. So sehen alle Blumen aus.“ Doch dann nimmt er ein großes Blatt und malt ein Haus, das er gänzlich mit schwarzen Gittern überzog. Sogar das Dach war von Gittern überzogen. Dazu malte er eine schwarze Sonne und sagte, die ist traurig. Als ich ihn fragte: „Und Du?“ antwortet er sehr ernsthaft: „Ich auch.“ Ich war davon sehr berührt und glaube, dass dieser kurze emotionale Kontakt zwischen uns mich bewogen hat, ihn in Therapie zu nehmen, obwohl ich wegen der schwer zugänglichen Eltern, denen es vor allem darum ging aus Alex ein angepasstes, pflegeleichtes Kind zu machen, große Bedenken hatte.

Die Stunden mit Alex waren in der ersten Zeit für mich sehr anstrengend und schwer erträglich. Er läutete Sturm, rannte gegen alle Türen, zuerst gegen die private Haustüre, dann gegen die Praxistüre. Nachdem ich die Türe geöffnet hatte riss er sich Anorak und Schuhe von sich und stürmte in den Behandlungsraum. Nachdem sich dies immer wiederholte, tauchte in mir das Bild eines Schutzmannes auf, der für feste Türen sorgt. Ich sorgte dafür, dass alle Türen außer der Praxis Türe verschlossen waren.

Im Behandlungsraum verschwand Alex unter der Couch und blieb schweigend dort unten liegen. Ich saß eine Weile schweigend und ruhig auf meinem Stuhl und begann dann, wie mit mir selbst redend, zu sprechen und dabei ihn zu suchen. „Ich will nicht gefunden werden“ tönte es von unter der Couch. Ich sprach wieder mit mir selbst, wie schwer es für mich sei, dass er sich nicht finden lassen wolle, dass ich aber auch verstehen könnte, dass er sich unter der Couch sicherer fühle. Nach einer Weile sagte er ganz leise: „Du kannst mit mir telefonieren“. Ich setzte mich neben die Couch, nahm ein Spieltelefon und versuchte mit ihm zu sprechen. Er war nicht zu erreichen, nahm nicht ab und sagte mir dann er sei zu müde und schlafe jetzt.

Es war inzwischen kurz vor dem Ende der Stunde und ich sagte ihm, wieder wie zu mir selbst redend, dass er wohl hier in meinem Raum bleiben und schlafen wolle. In wütendem Ton verbot er mir von der Uhrzeit und dem Ende der Stunde zu sprechen.

Nach der Stunde dachte ich, dass ich mich hier zu schnell ins Spiel gebracht und nicht darauf geachtet habe, dass Alex' Bedürfnis „Gefunden – zu – werden“ noch unausgesprochen bleiben soll, da es für ihn noch zu bedrohlich war. Er hatte noch nicht genügend Vertrauen in einen stabilen, zuverlässigen Container. In diesem Stadium wurde mein Zimmer ein konstitutives Element in der Entwicklung hin zu einem eigenen psychischen Raum. Ich war für ihn eine Couch-Möbel-Mutter. Zu mir als separatem Objekt war die Beziehung noch nicht möglich.

Auch in der nächsten Stunde wiederholte sich diese Szene. Diesmal nahm ich eine Maus, näherte sie der Couch und piepste. Er blieb die ganze Stunde stumm unter der Couch liegen.

In der nächsten Stunde holte er sich die Maus unter die Couch und machte piepsende Töne. Nach einer Weile nahm ich eine Schildkröte- und bewegte mich in Richtung unter die Couch. Die Maus antwortete mit Piepsen. Ich sagte, „oh, die Maus sucht vielleicht einen Freund“. Mit harter Stimme wies er mich ab und sagte. „Ich lasse mich nicht austricksen.“

In der folgenden Stunde nahm er wieder die kleine Plüschmaus und piepste mit ihr unter der Couch. Sobald ich mich mit der Schildkröte näherte, verstummte die Maus, um nach kurzer Zeit wieder zu piepsen. Ich befand mich in der Situation ihn piepsen zu hören, aber gleichzeitig keinen Kontakt herstellen zu können. Für einen kurzen Moment meinte ich zu spüren, wie Alex' Baby-Mund verzweifelt die Brustwarze suchte. Doch dann brach er unter der Couch in höhnisches Gelächter aus.

Im weiteren Verlauf baute er die verschiedensten Höhlen. Die Höhle war nun nicht mehr unter der Couch, sondern sie wurden von ihm mit Stühlen und Decken im Raum gebaut. Er nahm nach und nach von meinem Behandlungsraum Besitz. Mir war nur erlaubt mit ihm Kontakt über das Telefon aufzunehmen.

In mir tauchte ein Bild von einem Baby auf, das zurück in den Bauch und noch einmal geboren werden möchte. Während ich dieses Bild vor mir sah, sagte er, dass seine Höhle von Wasser umgeben ist und im Wasser unsichtbar ein gefährliches Krokodil schläfrig auf der Lauer liege. Ich soll mit ihm aufpassen. Ich sage Alex, dass er vielleicht nun Zutrauen hat, dass ich mit ihm zusammen aufpasse und er mehr Ruhe finden kann.

Ich denke, dass Alex mich zu Beginn unserer gemeinsamen Arbeit fühlen lässt, wie es ist, wenn man den anderen nicht erreichen kann, wenn man mit einem unerreichbaren Objekt konfrontiert ist. In ihm sind gewalttätige Emotionen (Krokodile), mit denen er nur fertig werden kann, wenn er sie einschließt oder sie von mir eingeschlossen werden (unter der Couch, in dem Schildkrötenpanzer). Doch diese in ein Klaustrum (vgl. Meltzer, 1992) gezwungenen Inhalte führen periodisch zu Ausbrüchen von Wut und Verzweiflung.

Ich beschließe mein Verständnis Alex zu diesem Zeitpunkt nicht mitzuteilen, da es sein momentanes Verarbeitungsvermögen überfordern würde. Ich musste es in mir halten und verarbeiten. Doch wir verfügten nun über jene Figuren mit deren Hilfe wir die Emotionen von Alex benennen und in

eine Geschichte einbauen konnten, was im Raum zwischen uns beiden geschieht. Dies ist die Voraussetzung dafür, dass die Gefühle und Affekte anerkannt, erzählt und dann transformiert werden können. (vgl. Ferro, A. 1993)

Im weiteren Verlauf – Alex war drei Jahre in 3-stündiger Therapie – kamen die Emotionen von Alex aus ihrem „Gefängnis“ hervor. Sie wurden in extremer Weise in den Stunden inszeniert / agiert. In vielen Stunden hatte ich einen Diener zu spielen, den er mit Befehlen drangsalierte. Ich versuchte seine inneren Zustände in Worte zu fassen, und zwar ließ ich sie die einzelnen Figuren, die ich spielen musste, zum Ausdruck bringen. Nur so konnte er meine Worte aufnehmen. Viele Stunden füllte er mit dem Nachspielen von Comicgeschichten und dem Erzählen von Witzen. Er hatte dann Angst, ich würde seinen Eltern davon berichten.

Die Atmosphäre in den Stunden hatte sich inzwischen sehr verändert, er kam gerne und dachte sich schon immer aus was er mit mir spielen wollte. Nach dem Wochenende und nach der Ankündigung, dass sein Vater ihn zur dritten Wochenstunde in dieser Woche nicht würde bringen können, beschrieb er mir in der Stunde sehr lebhaft das Bild eines Diebes, der vor dem Praxisfenster sei. Dieses Bild hatte die Qualität eines traumähnlichen Bildes. Er entwickelte daraus eine Geschichte, in welcher der Dieb bei mir soviel Geld entwendete, dass man davon hätte drei Häuser (drei Stunden bei mir) kaufen können. Ich nahm auf, dass er mit diesem Bild seiner Wut und Hilflosigkeit Ausdruck gab, die jedoch draußen vor dem Fenster auf Distanz gehalten werden mussten. Ich benannte nicht seine wütenden Gefühle, sondern sagte ihm, dass er sich vielleicht frage, ob ich in der Lage sein würde ihn und mein Haus zu beschützen. Daraufhin begann er Verstecken zu spielen und ich musste ihn suchen. Nun wollte er gefunden werden. Kurz vor dem Ende der Stunde räumte er einen Korb aus und setzte sich hinein. Er würde drin bleiben, er wohne hier, sagte er mir. Ich war ziemlich unter Druck, da es kurz vor dem Ende der Stunde war und sein Vater bald läuten würde. Ich konnte mich jedoch wieder von dem Druck befreien. „Er wolle mir und wohl auch seinem Vater zeigen, wie schwer es ist, gehen zu müssen, ausgeschlossen zu werden“, sagte ich ihm. Da kam er aus dem Korb herausgekrochen und sagte: „Du kannst dir gar nicht vorstellen, wie heiß es hier drin ist“. Dann sagte er: „weißt Du, mein Vater hat nie Zeit, wenn wir jetzt nach Hause gehen, dann sitzt er die ganze Zeit vor seinem Computer. Ich spiele alleine mit meiner Eisenbahn“. Er sagte das in einer Art, die ich bisher von ihm noch nie erlebt hatte. Ich wurde sehr traurig und dachte, wie schwer es für Alex ist, die Diskrepanz zwischen der Hitze in der Beziehung zu mir und seiner inneren Objektbeziehung, zu einem Objekt, das physisch präsent, aber gefühlsmäßig nicht erreichbar ist, auszuhalten. Dies hatte er in vielen Wiederholungen in dem ersten Jahr in den Stunden mit mir inszeniert, damals vorwiegend, um, die ihn verfolgenden Gefühle bei mir loszuwerden. Nun zeigte sich seine wachsende Fähigkeit, Gefühle zu bemerken und mir mitzuteilen.

Einige Wochen später erzählte er mir seinen ersten, kurzen Nachttraum. **„Ein Zauberer habe meine Praxistüre in eine Blume verwandelt.“** Er machte sich dann Gedanken über die verschiedenen Türen in meiner Praxis und wohin sie führten und wer alles noch zu mir käme. Ich könne ja, durch die andere Türe jederzeit in meine Praxis hereinkommen. Ich sage ihm, dass er als Zauberer die Macht über die Türen habe. Ich glaubte, er wünsche sich, dass er jederzeit kommen könne, das sei schön wie eine Blume“.... „Aber die anderen Kinder sollen nicht kommen“, wirft er ein, „sie sollen draußen bleiben“.

Alex wird nun nicht mehr von einem Drang verfolgt, etwas sofort haben zu müssen, sondern er kann es träumen. Er kann nun beginnen etwas zu wünschen und auszuhalten, wie die Dinge in der äußeren Realität und in seinem eigenen Inneren wirklich sind. Er ist nicht mehr überwältigt von einem einzigen Seelenzustand und erlebt nur symbolische Gleichsetzungen (Segal) oder psychische Äquivalenzen (Fonagy, 2002). Es war noch eine längere Behandlungszeit nötig, bis er diesen Zustand über längerer Zeit halten konnte und seine Mentalisierungsfähigkeiten sich weiter entwickelten.

5. Zusammenfassende Überlegungen

In dem vorgestellten Fragment aus der Analyse mit **Frau H.**, gehe ich von dem Misslingen des primären Containments, schon in den allerersten Lebenswochen aus. Winnicott hat diesen Zustand als „going on being“ beschrieben. Die Patientin hatte in der frühen Beziehung zu ihrer Mutter kein Bild einer schützenden, ihren Körper zusammenhaltenden Haut aufbauen und verinnerlichen können. Stattdessen entwickelte sie einen spezifischen Umgang mit Motorik und Sprache, der diese schützende Funktion ersetzen sollte, sie jedoch in ihrer Denkfähigkeit und in der Entfaltung ihrer Objektbeziehungen einschränkte. Die analytische Arbeit an den projektiven und introjektiven Prozessen führte zu einer Strukturierung des psychischen Raumes, wobei sich die Symbolisierungsfähigkeit der Patientin in kleinen Schritten entwickelte.

Der kleine **Alex** lebte in einem „vergitterten Haus“. Er hatte von seinen Eltern keinen Halt und keine Begrenzungen vermittelt bekommen und so kein ihn „containendes“ Objekt internalisieren können, das ihm ermöglicht hätte sich und andere zu verstehen. Denn man muss erst einmal verstanden worden sein, bevor man andere verstehen lernt. Alex hingegen war konfrontiert mit einem physisch präsenten, aber seelisch abwesenden, inneren Objekt, was er mich sehr eindringlich in der ersten Phase der Behandlung spüren ließ. Sich dem anderen emotional nähern, war für ihn mit gewaltsamen Eindringen vermischt. Seine Gefühle überfielen ihn, er konnte sie nicht differenzieren und nicht als seine eigenen und als etwas was er mitteilen konnte, wahrnehmen. Dies zeigte sich in den Stunden in seinem Umgang mit Begrenzungen - konkret den Türen. Entweder er musste seine Affekte gewaltsam in die Anderen hineinzwingen, oder er musste seine Affekte einkapseln, unter die Couch, in der Schildkröte. Das schützte ihn zwar für eine Zeitlang, doch brachen seine Gefühle und damit verbundenen Ängste bei kleinster Versagung gewaltsam aus ihm hervor. Im Verlauf der Behandlung gelang es die Affekte im gemeinsamen Spiel und Bildern zum Ausdruck zu bringen, ihnen einen Namen zu geben, und Verbindungen zu seinen Bedürfnissen und später zu seinen Wünschen herzustellen.

Beide Patienten hatten frühe Traumatisierungen erfahren und waren in Ihrer Denkfähigkeit eingeschränkt. Es kam mir darauf an zu zeigen, was für ein langer Prozess des Aufnehmens, In-Sich-Haltens und Durcharbeitens von der Analytikerin notwendig war, bis die emotionalen Erfahrungen verarbeitet werden und so Traumgedanken entstehen konnten. Die Arbeit des Analytikers beruht in diesen Fällen auf seiner Fähigkeit die Ängste und projektiven Identifizierungen des Patienten zu empfangen, zu metabolisieren, zu transformieren und „denkbar“ zu machen.

Traumdeutung ist unter diesem Aspekt eine Funktion des Containments. Die Aufgabe des Analytikers ist es daher nicht in erster Linie, die Traumhalte des Analysanten für ihn zu übersetzen, sondern vielmehr während des Zuhörens einer Traumerzählung quasi einen eigenen Traum dazu zu träumen, von dem er seinem Analysanten gerade jene Aspekte mitteilt, welche den kommunikativen Prozess in der Entfaltung der Übertragungs-Gegenübertragungs-Beziehung heraus zu differenzieren vermögen. Denn der Prozess der Symbolisierung geht ebenso wie die Erzeugung von neuer Bedeutung aus der Begegnung zwischen Patient und Analytiker hervor. Das erfordert, dass man ein Analytiker ist, der selbst assoziiert, der einen Zustand des noch Nichtwissens aushält. Die analytische Arbeit hat teil an einem „potentiellen Spielraum“ (Winnicott 1971), in dem jeder der Mitspielenden darauf verzichten muss, der einzige im Besitz der Wahrheit zu sein und sie dem anderen aufdrängen zu wollen. Dies gilt im Besonderen für den Umgang mit Träumen.

Literatur

- Bion, W. R. (1962a): Lernen durch Erfahrung. Frankfurt a. M.: Suhrkamp 1990
- Bion, W. R. (1962b): Eine Theorie des Denkens. In: Melanie Klein Heute, Bott Spillious, E. (Hg.). Bd. 1, Beiträge zur Theorie, Stuttgart: Klett-Cotta, 2000
- Ferro, A. (1992): Zwei Autoren suchen nach Personen. Die Beziehung, das Feld und die Geschichte. In: Psyche, 1993, 47. Jg., H. 10, S. 951-972
- Ferro, A. (1999): Das Bipersonale Feld. Konstruktivismus und Feldtheorie in der Kinderanalyse. Gießen: Psychosozial-Verlag 2003.
- Ferro, A. (2003a): Probleme der Theorie und Technik bei der Behandlung von Patienten im Entwicklungsalter. In: Kinderanalyse, 11. Jg., H. 2, April, S. 153-181
- Ferro, A. (2003b): Das Spiel: Personen, Erzählungen, Deutungen. In: Kinderanalyse, 11.Jg., H. 4, Oktober, S. 330-348
- Fonagy, P., G. Gergely, E. L. Jurist, M. Target (2002): Affektregulierung, Mentalisierung und die Entwicklung des Selbst. New York: Verlag Other Press. Klett-Cotta, Stuttgart 2004
- Green, V. (Hg.): Emotionale Entwicklung in Psychoanalyse und Bindungstheorie und Neurowissenschaft, Frankfurt/M., Brandes & Apsel 2005
- Hurry, A. (Hg.) (1998): Psychoanalyse und Entwicklungsförderung von Kindern. Frankfurt/M.: Brandes & Apsel Verlag 2002.
- Joseph, B. (1985): Übertragung - Die Gesamtsituation. In: Melanie Klein Heute, Bd. 2, Verlag Internationale Psychoanalyse, München/Wien 1991, 84-100
- Joseph, B. (1989): Psychisches Gleichgewicht und psychische Veränderung. Stuttgart (Klett-Cotta) 1994
- Klein, M. (1946): Bemerkungen über einige schizoide Mechanismen. In: Thorner, H. A. (Hg.): Klein, M. Das Seelenleben des Kleinkindes und andere Beiträge zur Psychoanalyse. Stuttgart: Klett-Cotta 1983, 55-130.
- Meltzer, D. (1967): Der psychoanalytische Prozess. Stuttgart: Verlag Internationale Psychoanalyse 1995.
- Meltzer, D. (1984): Traumleben. München. Wien: Verlag Internationale Psychoanalyse 1988
- Meltzer, D. (1992): The Claustrium, An Investigation of Claustrophobic Phenomena, The Clunie press for the Roland Harris Trust Library, Nr. 15
- Ogden, T. H. (1989): Frühe Formen des Erlebens. Wien/New York: Springer 1995
- O'Shaughnessy, E. (1988): W. R. Bions Theorie des Denkens und neue Techniken der Kinderanalyse. In: Bott Spillius, E. (Hg.) (1991): Melanie Klein Heute. Bd. 2., Weinheim: Verlag Internationale Psychonalayse. 237-256

- Piontelli, A. (1992): Vom Fetus zum Kind: Die Ursprünge des psychischen Lebens. London/New York, Verlag Routledge. Klett-Cotta, Stuttgart 1996
- Rey, H. (1986): Feminity, Sexuality and Inner Space. In: Magagna, J. (Hg.) (1994): Universals of psychoanalysis in the treatment of psychotic and borderline states. London: Free Association Books, 263-277
- Segal, H. (1991): Traum, Phantasie und Kunst. Stuttgart: Klett-Cotta 1996
- Staehele, A. (1996): Zur Differenzierung zwischen „Innen“ und „Außen“, dargestellt am Beispiel der analytischen Behandlung einer Patientin mit Neurodermitis. *Analyt. Kinder- u. Jugendl. Psychotherapie*, 4, Frankfurt/M., Brandes & Apsel, S. 399-432
- Staehele, A. (1997): Paranoid-schizoide Position und projektive Identifizierung. In: Kennel, R., Reerink, G. (Hg): Klein-Bion - Eine Einführung. Tübingen: edition discord
- Staehele, A. (1997): „Erste und zweite Haut“ – Einige Überlegungen zur Analyse einer Patientin mit „Zweithautbildungen“ und adhäsiver Identifizierung *Zeitschr. f. psychoanal. Theorie u. Praxis*, 12, S. 347-377
- Staehele, A. (1999): „Innere Landschaften und Fremdkörper“ – oder der Schatten des Objektes. In: *Zeitschrift für analytische Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie* H. 104, XXX. Jg., 4, Frankfurt/M. Brandes & Apsel Verlag, S. 497-519
- Staehele, A. (2004): Von der unbewussten Phantasie und der Welt innerer Objekte bei Melanie Klein zum emotionalen Unbewussten bei Bion. In: *texte, psychoanalyse, ästhetik, kulturkritik*. Wien, Passagen Verlag, S. 60-8
- Stern, D. N. (1986): Die Lebenserfahrung des Säuglings. New York, Basic Books. Klett-Cotta, Stuttgart, 1992
- Winnicott, D. W. (1945): Die primitive Gefühlsentwicklung. In: *Von der Kinderheilkunde zur Psychoanalyse*, München, Kindler, 1976, 57-74
- Winnicott, D. W. (1954): Zustände von Entrückung und Regression. *Von der Kinderheilkunde Zur Psychoanalyse a. a. O.*, 203-216
- Winnicott, D. W. (1965): Reifungsprozesse und fördernde Umwelt. Frankfurt, Fischer Taschenbuch 1984
- Winnicott, D. W. (1971): Vom Spiel zur Kreativität, Stuttgart: Klett-Cotta 1973

Dipl.-Psych. Angelika Staehle
 Praxis f. Psychotherapie und Psychoanalyse
 Annastr. 28
 64285 Darmstadt