

John Steiner

Seelische Rückzugsorte verlassen

Therapeutische Schritte zur Aufgabe
der Borderline-Position



Fach-
buch 
Klett-Cotta

John Steiner

SEELISCHE RÜCKZUGSORTE VERLASSEN

**THERAPEUTISCHE SCHRITTE ZUR AUFGABE
DER BORDERLINE-POSITION**

Herausgegeben, eingeleitet und mit einem
Vorwort von Heinz Weiß und Claudia Frank

Aus dem Englischen von Antje Vaihinger

Klett-Cotta

Gedruckt mit Unterstützung der Abteilung für Psychosomatische Medizin,
Robert-Bosch-Krankenhaus, Stuttgart

Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt.
Jede Verwertung ist ohne Zustimmung des Verlags unzulässig. Das gilt
insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen
und die Speicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Einige Kapitel erschienen in J. Steiner, Seeing and Being Seen.
Emerging from a Psychic Retreat. London, New York (Routledge), 2011.
© John Steiner 2011

Für die deutsche Ausgabe

Klett-Cotta

www.klett-cotta.de

© 2014 by J. G. Cotta'sche Buchhandlung

Nachfolger GmbH, gegr. 1659, Stuttgart

Alle Rechte vorbehalten

Umschlag: Roland Sazinger, Stuttgart

Unter Verwendung eines Fotos von © Spectral Design/fotolia

Datenkonvertierung: le-tex publishing services GmbH, Leipzig

Printausgabe: ISBN 978-3-608-94716-8

E-Book: ISBN 978-3-608-10671-8

PDF-E-Book: ISBN 978-3-608-20241-0

Dieses E-Book entspricht der 1. Auflage 2014 der Printausgabe

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der

Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im

Internet über <<http://dnb.d-nb.de>> abrufbar.

Inhalt

Einführung	7
 Einleitung zu Kapitel 1	10
Kapitel 1	
Hilflosigkeit und Machtausübung in der analytischen Sitzung	12
 Einleitung zu Kapitel 2	31
Kapitel 2	
Wiederholungszwang, Neid und Todestrieb	33
 Einleitung zu Kapitel 3	52
Kapitel 3	
Containment, Enactment und Kommunikation	55
 Einleitung zu Kapitel 4	74
Kapitel 4	
Das betäubende Gefühl von Wirklichkeit	77
 Einleitung zu Kapitel 5	97
Kapitel 5	
Das Ziel der Psychoanalyse in Theorie und Praxis	100
 Einleitung zu Kapitel 6	120
Kapitel 6	
Der Konflikt zwischen Trauer und Melancholie	123

Nachweis der Erstveröffentlichungen	146
--	------------

Literatur	148
------------------------	------------

Autor und Herausgeber	155
------------------------------------	------------

Einführung

John Steiners Buch *Orte des seelischen Rückzugs* (1993) wurde schon bald nach seiner Erstveröffentlichung zu einem Standardwerk für das Verständnis von Patienten mit Borderline-Problemen. Steiner beschreibt darin hoch organisierte Abwehrstrukturen, wie sie allerdings nicht nur bei psychotischen und Borderline-Patienten im engeren Sinn, sondern in Zeiten besonderer psychischer Belastung manchmal auch bei neurotischen und normalen Persönlichkeiten anzutreffen sind.

Mit dem von ihm eingeführten Begriff der »Borderline-Position« sowie den originellen Weiterentwicklungen, die er am Konzept der »pathologischen Persönlichkeitsorganisationen« vornahm, hat Steiner nicht nur die theoretische Diskussion innerhalb der Psychoanalyse vorangebracht, sondern auch neue behandlungstechnische Perspektiven eröffnet. Anhand von detailliertem klinischem Material zeigte er in den *Orten des seelischen Rückzugs* auf, wie solche Organisationen aufgebaut sind, durch welche Mechanismen sie zusammengehalten werden und welchen komplexen psychischen Funktionen sie im Einzelnen dienen. Klinisch treten diese *Psychic Retreats* in langen Phasen des Stillstands, in Sackgassen-Situationen sowie als unzugängliche Enklaven in Erscheinung, in die sich der Patient oft wie in ein Versteck zurückzieht, in dem er nur schwer zu erreichen ist.

Hatte Steiner in seinem ersten Buch den Aufbau solcher Rückzugsorte beschrieben, so stellte er in seinem zweiten Werk die Frage, was es für solche Patienten bedeutet, sich der Erfahrung des Sehens und Gesehenwerdens zu stellen. Der 2006 zuerst in deutscher Sprache erschienene Band *Narzisstische Einbrüche: Sehen und Gesehenwerden* untersucht die Gefühle von Verlegenheit, Beschämung und Erniedri-

gung, die dabei zu überwinden sind und die oft für beide – Analytiker und Patient – machtvolle Hindernisse bilden.

In konsequenter Weiterführung dieser Fragestellungen behandelt der nun vorliegende dritte Band das *Verlassen des seelischen Rückzugs*. Er enthält sechs Arbeiten, die zwischen 1996 und 2011 entstanden sind. Hier erkundet Steiner Wege, die aus der Einsamkeit dieser Rückzugsorte herausführen. Es versteht sich von selbst, dass diese Wege manchmal nur schwer zu begehen sind. Denn wer die falsche Sicherheit des Rückzugs verlässt, ist vielfältigen Gefährdungen ausgesetzt. Eindringlich weist Steiner auf die Abgründe, Sackgassen und Engpässe hin, denen Analytiker und Analysand auf diesem Weg begegnen.

Und doch ist sein drittes Werk ein hoffnungsvolles Buch. Denn es betont, dass die Anstrengungen, die unternommen werden müssen, durchaus lohnend sein können. Zu den Erfahrungen, denen Analytiker und Patient ausgesetzt sind, gehören das Aufgeben von vermeintlicher Sicherheit und Überlegenheit, das Erleben von Hilflosigkeit und Ohnmacht sowie die schmerzvolle Auseinandersetzung mit Trauer und Schuld: Erfahrungen, denen sich der Analytiker nicht nur von »außen« nähern kann, sondern in die er im Verlauf der Behandlung unmittelbar einbezogen wird. Um dem Sog des Rückzugsorts zu widerstehen, muss er sich zunächst der eigenen Verwicklung stellen, damit die Behandlung nicht in der ewigen Wiederkehr des Gleichen endet.

Steiner beschreibt die Macht des Wiederholungszwangs und untersucht die Kräfte, die in ihm wirksam werden. Er legt offen, wie sich zwischen Analytiker und Patient manchmal ein Kampf um Vorherrschaft entwickelt, in dem sich beide vor Gefühlen der Schwäche und Unterlegenheit schützen. Er beschreibt die Tragik solcher Inszenierungen, die scheinbar jede Veränderung blockieren, zugleich aber auch etwas von der Not des Patienten vermitteln, die oft nur auf diesem Wege zu verstehen ist. Nicht selten entsteht dann das, was Steiner in Anlehnung an Bion das »überwältigende Gefühl von Wirklichkeit« nennt – ein Zustand, der eine betäubende Wirkung hat und in dem die Fähigkeit zu symbolischem Denken vorübergehend ver-

loren geht. Um diese Fähigkeit wiederzuerlangen, muss der Analytiker zu einer Haltung zurückfinden, die zugleich rezeptiv und beobachtend ist, was nach Steiners Auffassung an die Anerkennung von Endlichkeit und Begrenztheit, d. h. an schmerzliche Loslösungsprozesse gebunden ist, in deren Verlauf Wiedergutmachungsvorgänge in Gang kommen. Von daher kann er die Ziele der psychoanalytischen Behandlung neu formulieren und beschreibt im Schlusskapitel den »Konflikt zwischen Trauer und Melancholie«.

Die hier versammelten Arbeiten John Steiners – denen wir in diesem Buch jeweils kurze Einleitungen voranstellen – wurden zum Teil im Rahmen von Forschungsseminaren der Abteilung für Psychosomatische Medizin des Robert-Bosch-Krankenhauses vor einer Gruppe deutscher, schweizerischer und italienischer Kollegen vorgelesen. Für die kontinuierliche Förderung dieser Seminare sind wir der *Robert Bosch Stiftung, Stuttgart*, zu besonderem Dank verpflichtet. Ebenso gilt unser Dank dem *International Journal of Psychoanalysis*, dem *Psychoanalytic Quarterly*, dem *Routledge-Verlag* (London, New York) sowie der *Internationalen Psychoanalytischen Vereinigung* für die Überlassung der Rechte an den deutschen Übersetzungen. Die bibliografischen Angaben zu den Erstveröffentlichungen sind am Ende des Bandes aufgeführt.

Ganz besonders danken wir Antje Vaihinger, die die Übersetzung der englischen Originaltexte in der ihr eigenen Sorgfalt und Qualität besorgt hat. Schließlich danken wir Heinz Beyer, Thomas Reichert und dem Verlag Klett-Cotta, Stuttgart, für das Lektorat, die Beratung und geduldige Begleitung bei der Herstellung dieses Buches. John Steiner hat mit seiner Ermutigung und Unterstützung wesentlich dazu beigetragen, dass dieser Band entstehen konnte. Wir wünschen seinem Buch eine ähnlich positive Aufnahme, wie sie seine beiden ersten Werke weit über die Grenzen der Fachöffentlichkeit hinaus erfahren haben.

Einleitung zu Kapitel 1

Hilflosigkeit ist ein elementares Gefühl, das nach schneller Abhilfe verlangt. Im folgenden Kapitel untersucht Steiner, wie manchmal massive und verzweifelte Abwehrversuche in Gang gesetzt werden, wenn dieses Gefühl unerträglich wird und kein aufnehmendes Objekt zur Verfügung steht. Paradoxerweise münden diese Abwehrbemühungen dann selbst oft in eine Situation, in der keine Hilfe mehr annehmbar ist, weil die eigene Hilflosigkeit als Ohnmacht, Beschämung und Erniedrigung erlebt wird.

Um diesen unerträglichen Gefühlen zu entgehen, neigen manche Patienten dazu, sich mit einem machtvollen, narzisstischen Objekt zu identifizieren. Sie verleugnen ihre Hilflosigkeit und machen andere hilflos, indem sie die damit verbundenen Gefühle von Ohnmacht und Hilflosigkeit in ihr Gegenüber projizieren. Auf diese Weise erreichen sie Entlastung, allerdings um den Preis des Verlusts von Entwicklung und Verständigung.

Wie Steiner darlegt, kann sich auch der Analytiker auf diese Weise hilflos gemacht fühlen, und das damit einhergehende Unbehagen mag ihn veranlassen, seine verstehende Position aufzugeben und konkrete »Hilfe« anzubieten. Diese – so Steiner – ist für den Patienten aber u.a. deshalb nicht annehmbar, weil sie ihn erneut mit der Erfahrung von Schwäche und Abhängigkeit konfrontiert.

Auf diese Weise kann ein Machtkampf in Gang kommen, der zu einer Pattsituation und unter Umständen zu einer Blockade des analytischen Prozesses führt. Steiner beschäftigt sich insbesondere mit der Frage, wie der Analytiker sein eigenes Erleben von Hilflosigkeit abwehrt und wie er dadurch Teil einer narzisstischen Organisation wird, in der es um Verletzung, Groll und Vorherrschaft geht. Er kann

dabei an seine früheren Arbeiten über Groll (Steiner 1996 a), Scham (Steiner 2006 a) und den »Kampf um Vorherrschaft in der ödipalen Situation« (Steiner 1999) anknüpfen, in denen ihn diese Themen immer wieder beschäftigten.

Hatte er darin auf die kollusive Verstrickung des Analytikers mit der pathologischen Persönlichkeitsorganisation des Analysanden hingewiesen, so betont er jetzt, dass sich der Analytiker der Vergeblichkeit seiner Bemühungen stellen müsse, um wieder zu einer rezeptiven Haltung zurückzufinden. Es ist dieses Akzeptieren der eigenen Hilflosigkeit, das ihn in der hier beschriebenen Behandlung dazu befähigte, aus der Rivalität mit seinem Patienten herauszutreten und wieder freier über die entstandene Situation nachzudenken. Wie Steiner zeigt, half diese Bewegung wiederum dem Patienten, seine hinter Anklagen versteckte Not einzugestehen und sich Gefühlen des Bedauerns und des Verlusts offener zu stellen.

Eine solche Entwicklung kann gerade narzisstischen Patienten ein Auftauchen aus ihrem psychischen Rückzug ermöglichen. Denn gerade sie können »es nicht ertragen, sich selbst als klein, unreif, schwach und desorganisiert wahrzunehmen, weil [...] [sie] diesen Zustand mit Hilflosigkeit« gleichsetzen (S. 26). Bezugnehmend auf die in seinem Buch *Narzisstische Einbrüche* (Steiner 2006 a) entwickelten Überlegungen zum Sehen und Gesehenwerden weist Steiner noch einmal darauf hin, welche mitunter quälenden Gefühle von Scham und Verlegenheit dabei zu überwinden sind.

Einige grundsätzliche Überlegungen zur Bedeutung von Macht und Abhängigkeit innerhalb der analytischen Beziehung sowie zur paranoid-schizoiden und depressiven Version des Ödipuskomplexes beschließen die vorliegende Arbeit. Sie werden in den folgenden Kapiteln vertieft und immer wieder aufgegriffen.

KAPITEL 1

Hilflosigkeit und Machtausübung in der analytischen Sitzung

Angewiesen und hilflos zu sein ist eine der Erfahrungen, die wir am meisten fürchten, der wir aber ausgesetzt sind. Wenn niemand da ist, der unser Rufen hören, unsere Not erkennen und ihr abhelfen kann, haben wir Angst, verlassen und verfolgt zu werden. Diese Angst entstammt der frühkindlichen Hilflosigkeit und langen Abhängigkeit und äußert sich unmittelbar in dem Bedürfnis, ein für uns verfügbares und innerlich zugängliches Objekt zu finden. Der Patient braucht ein Objekt, das sich von ihm erreichen und beeindrucken lässt und das seine Ängste aufnehmen kann, ein Objekt also, das emotional auf ihn eingeht und ihn versteht, statt zu agieren. Wenn die Angst des Patienten sehr groß ist, vermittelt er seine Not durch projektive Identifizierung auf einem konkretistischen Niveau. Diese konkretistischen Projektionen erschweren in der Analyse das Containment, weil sie eher Handlungen als Verständnis auslösen.

Ein Containment findet daher immer nur teilweise statt. Misslingt es, werden massive Abwehrmanöver in Gang gesetzt, am häufigsten in der Form, dass die Bedürftigkeit verneint und durch eine narzisstische Form der Objektbeziehung ersetzt wird. Das bedürftige, hilflose und allein gelassene Selbst wird nach außen projiziert und verleugnet, und der Patient identifiziert sich mit einem elterlichen Objekt, von dem er Hilfe erwartet und nicht annimmt, dass dieses Objekt selbst Hilfe braucht. Hat der Patient dagegen diese Helferrolle übernommen, fühlt er sich verpflichtet, sich um ein vernachlässigtes und vorwurfsvolles Objekt zu kümmern, das Hilfe einfordert, sodass oft

manische und omnipotente Mechanismen eingesetzt werden, um die eigene Verzweiflung in Schach zu halten. Die scheinbare Hilfsbereitschaft des Patienten anderen gegenüber zielt dann in erster Linie darauf ab, sich um sein eigenes verwundetes Selbst zu kümmern. Diese Wendung hat selten Erfolg und wird vom Objekt meistens auch nicht gewürdigt. Wenn seine Bemühungen misslingen, reagiert der Helfer in der Regel voller Groll, ist frustriert und wütend.¹

Gelingt es dem Patienten nicht, seiner Helferrolle erfolgreich zu entsprechen, gerät seine narzisstische Überlegenheit, die er für die Aufrechterhaltung seines Gleichgewichts braucht, in Gefahr. In einer solchen Situation kann der Patient möglicherweise nur noch über seinen Unmut und seine Wut sprechen, was es dem Analytiker erschweren kann, diese Gefühle aufzunehmen und zu akzeptieren, statt auf sie zu reagieren. Wahrscheinlich waren es Umstände wie diese, die Betty Joseph beschreiben ließen, wie ein Teil des in der Sitzung anwesenden Patienten »in Wirklichkeit dafür [sorgte], daß ein anderer, bedürftigerer oder potentiell ansprechbarer und aufnahmefähiger Teil abgespalten bleibt« (Joseph 1975, S. 116). Weil es dem Analytiker wichtig ist, seinen Patienten zu erreichen, wird er möglicherweise frustriert sein und sich genötigt fühlen, eine aktive Rolle zu übernehmen.

Das Bedürfnis des Patienten, die Rolle des rational Helfenden beizubehalten, kann sich als sehr hartnäckig erweisen und zu einer Auseinandersetzung über die Frage führen, wer eigentlich die Situation bestimmt. Im Erleben des Patienten wird seine Überlegenheit durch die Analyse bedroht; sollte er unterliegen, fürchtet er, zusammenzubrechen und in eine Hilflosigkeit zurückversetzt zu werden, gegen die er sich durch seinen Narzissmus zu schützen versuchte. Er fürchtet, dass der Analytiker ihm die Kontrolle entreißen und sich selbst

1 Bei Kohut (1972) finden sich sehr anschauliche Beispiele für diese narzisstische Wut, wie er sie nennt. Sie entsteht, wenn narzisstische Grandiosität vereitelt wird und der Patient sich gedemütigt und herabgesetzt fühlt. Kohut meint, dass der Patient eine innere narzisstische Wunde heilen und sein Selbstwertgefühl wieder aufbauen möchte, indem er eine narzisstische Überlegenheit wiederherzustellen versucht.

in eine überlegene Position bringen könnte, sodass er, der Patient, beschämt, missbraucht, ausgenutzt und verwundbar zurückbleiben würde. Manchmal erweckt es den Anschein, als stünden beide, Patient wie Analytiker, unter dem Druck, jeweils die überlegene Position eines Helfers für sich zu beanspruchen, was zu einem Kampf um Macht und Einfluss führt.

Mittlerweile wissen wir, wie narzisstische Beziehungen in Übertragungs-Gegenübertragungs-Interaktionen wiederbelebt werden (Money-Kyrle 1968, 1971; Racker 1957), aber der Analytiker merkt vielleicht nicht immer, in welchem Ausmaß er selbst involviert ist. Wenn er den Machtkampf wahrnimmt, erfasst er manchmal, wie er in einer Inszenierung gefangen ist und eine Rolle in der Abwehrorganisation des Patienten übernommen hat. Vielleicht kann er dann seine Containerfunktion wieder ausüben und versuchen, die unbewussten Mitteilungen des Patienten aufzunehmen und zu verstehen.

Klinisches Material

Ich werde diese Themen am Beispiel eines Patienten,² Herrn B.s, schildern, der oft schwer zu erreichen war. Ich möchte zeigen, wie ich mich in dieser Situation veranlasst fühlte, ihn aktiv erreichen zu wollen. In solchen Zeiten war es eher der *Analytiker* als der Patient, der den Wunsch nach Kontakt hatte, was manchmal bedeutete, dass ich mich bemühte, ihn zu erreichen, obwohl klar war, dass ich dazu wieder einmal nicht in der Lage war. Es dauerte eine Weile, bevor ich erkannte, dass ich mich sehr ähnlich wie der Patient verhielt. Er war entschlossen, nicht nur gegenüber seiner Familie, sondern auch mir gegenüber hilfreich zu sein, aber trotz dieser Anstrengungen ließ sich kein sinnvoller Kontakt zwischen uns herstellen. Ich spürte, dass ich ihn nicht erreichen konnte, und realisierte erst später, dass auch er mich nicht erreichen konnte.

2 Der Patient war im fünften Analysejahr und kam fünfmal pro Woche zur Analyse.

Zunächst möchte ich beschreiben, wie der Kampf um die Frage, wer in unserer Beziehung der Dominierende war, in der Analyse viel Raum einnahm, und dann auf Momente eingehen, in denen eine andere Stimmung entstand, in der ich mich zurücknehmen und aufnahmebereiter sein konnte. Diese »anderen« Momente waren durch eine Traurigkeit geprägt, die etwas mit dem Wissen um Verluste zu tun hatte. Sie kamen zustande, wenn ich erkannte, dass meine übertriebene Aktivität mein Gefühl innerer Hilflosigkeit überdeckte. Ich konnte sehen, dass es von meiner Seite zu einer Kollusion mit der Phantasie des Patienten, etwas omnipotent wiederherstellen zu können, gekommen war und dass auch ich versucht hatte, einem Desaster zuvorzukommen, und den Patienten wieder zur Vernunft bringen wollte. Danach war ich in der Lage, mir einzugestehen, dass ich den Patienten nicht vor seinem Ausagieren bewahren konnte, was zur Folge hatte, dass mein Gefühl der Hilflosigkeit einer Traurigkeit Platz machte. Ich hatte meinen Patienten verloren und musste diesen Verlust betrauern, nicht nur den Verlust meines Patienten, sondern auch den meiner eigenen Omnipotenz.

Ich möchte nicht viele Informationen über Herrn B.s Hintergrund geben und nur mitteilen, dass er von dem Wunsch beherrscht war, beruflich erfolgreich zu sein. Obwohl er Ende 30 war, wirkte er wie ein Adoleszenter, der in einer Phantasiewelt gefangen war, die ihm Ruhm und Reichtum bescheren sollte und in der es kein Versagen gab. Seit dem Tod seines Vaters vor etwa zehn Jahren war die Beziehung zu seiner Mutter schwierig. Er stritt sich immer wieder heftig mit Familienmitgliedern und Kollegen, denen er Heuchelei und Verrat vorwarf. Wiederholt berichtete er in dramatischen und ausschweifenden Schilderungen, wie schrecklich er missverstanden werde, und sprach über seinen Hass auf alle, die ihm keine Wertschätzung entgegenbrachten. Er wollte unbedingt respektiert werden; gelang ihm dies nicht, drohten ihm Hilflosigkeit und Beschämung. Es war schwer einzuschätzen, wie zutreffend seine Schilderungen waren; sie wirkten oft so sehr dramatisiert und unrealistisch, dass ich das Bedürfnis hatte, ihn vor der darin zum Ausdruck kommenden grandiosen Omnipotenz zu schützen. Gleichzeitig schienen seine Pläne zur Wie-