

KONZEPT DER PROJEKTIVEN IDENTIFIZIERUNG. MÖGLICHKEIT ZWISCHENMENSCHLICHE INTERAKTION ZU BESCHREIBEN

TEIL I: KONZEPTENTWICKLUNG UND DEFINITION*

Wolfgang Trauth

Definition

Vorbemerkung: Der Begriff „projektive Identifizierung“ wurde zuerst von Klein 1946 als ‚Prototyp der aggressiven Objektbeziehung‘ definiert. Seit Mitte der 50er Jahre setzte das Konzept gewaltige Entwicklungen innerhalb der kleinianischen Theorie in Gang. Wesentliche Inhalte und Forschungsgebiete dieser Entwicklung bezogen sich auf: Psychose; Verbindung; Denken; Symbolbildung; Container und Veränderung; Gegenübertragung; Adhäsive Identifikation; Struktur; soziale Container/Abwehrsysteme. Seither haben sich weitere, im sog. „freien“ Gebrauch über das kleinianische Verständnis hinausgehende, interpersonale Bedeutungen des Begriffs herauskristallisiert. Dies besonders unter dem Einfluss der Ichpsychologie, Objektbeziehungs-Schule und selbstpsychologischer Konzepte. Im Folgenden deshalb zwei Definitionen, zuerst die klassisch-kleinianische, dann die heute wohl vorherrschende, mit Betonung des interpersonalen Geschehens und ohne die entwicklungspsychologischen Implikationen der kleinianischen Theorie.

Definition im klassischen, kleinianischen Verständnis

Nach Klein ist die projektive Identifizierung, wie Hinshelwood (1993, 263) ausführt, „ein analer Angriff auf ein Objekt, durch den Teile des Ichs mit dem Ziel in das Objekt hinein gezwungen werden, seine Inhalte in Besitz zu nehmen oder es zu kontrollieren; sie ist in der paranoid-schizoiden Position von Geburt an wirksam. Die projektive Identifizierung ist eine ‚bewußtseinsferne Phantasie‘, die Überzeugung, dass bestimmte Aspekte des Selbst an andere Stellen verlagert worden sind; dies führt zu einer Entleerung und Schwächung des Selbst- und Identitätsgefühls bis hin zur Depersonalisierung; intensive Gefühle, verloren zu sein oder gefangengehalten zu werden, können die Folge sein. Wenn das Objekt, auf das sich die Projektionen richten, diese nicht introjiziert, werden immer gewaltsamere Versuche unternommen, in es einzudringen, sie führen zu extremen Formen der projektiven Identifizierung. Diese exzessiven Prozesse haben gravierende Identitätsverzerrungen und die gestörten Lebensweisen des Schizophrenen zur Folge. ... Kurze Zeit später unterschied Bion (1959) eine normale Form der projektiven Identifizierung von einer pathologischen; andere Analytiker haben diese zahlreichen Einzelnen, doch miteinander zusammenhängenden Prozesse weiter ausgearbeitet. Das Bemühen um ein genaueres Verständnis der projektiven Identifizierung hat sich in den folgenden Jahren zum wichtigsten Arbeitsgebiet der Kleinianer entwickelt“.

Definition im heute vorherrschenden Gebrauch

Im aktuellen Handbuch psychoanalytischer Grundbegriffe (Mertens 2000) wird das Konzept im sog. „freien“, d.h. nicht-kleinianischen Gebrauch formuliert. So wird unter projektiver Identifizierung „vielfach ein Vorgang verstanden, bei dem Anteile einer abgewehrten Beziehung zwischen Selbst- und Objektrepräsentanzen in eine äußere Objektbeziehung hinein verlagert werden. Dies geschieht in der Regel durch subtiles oder offenes manipulatives Verhalten. Hierdurch wird das Gegenüber dazu gebracht, den Projektionen gemäß zu erleben und sich zu verhalten. Es wird mit diesen „identifiziert“ und gleichzeitig kontrolliert. Dieser Vorgang kann dazu dienen, die Trennung von einem Objekt zu vermeiden, mit diesem zu verschmelzen, die Kontrolle über schlechte, verfolgende Objekte zu gewinnen oder gute Objektanteile zu bewahren. Er hat im kleinianischen Entwicklungsverständnis seinen Ursprung in der paranoid-schizoiden Position. Er kann auch während der weiteren Entwicklung wirksam werden“ (Reich, S. 573)

Bedeutungsgewinn des Konzepts der projektiven Identifizierung

Das Konzept der projektiven Identifizierung (Klein 1946) durchlief, nachdem es jahrelang als Abwehrmechanismus ein Schattendasein einnahm, eine bemerkenswerte Metamorphose und gewann in kurzer Zeit für die psychoanalytische Technik, insbesondere bezüglich des Verständnisses und des Umgangs mit schwer gestörten Patienten, eine große Bedeutung. Es hat sich schulenübergreifend auf breiter Basis durchgesetzt, nur wenige Psychoanalytiker halten es für entbehrlich.

Möglichkeit zwischenmenschliche Interaktion zu beschreiben

Wie kommt es zu dem auffallenden Bedeutungsgewinn der projektiven Identifizierung? Die projektive Identifizierung bietet die Möglichkeit, zwischenmenschliche Interaktion zu beschreiben (Money-Kyrle 1991). Mertens (1993) stellt fest, dass das Konzept, in seiner „modernen Fassung als Kommunikationsform und Modus der Objektbeziehung beschrieben worden ist und mit dem interaktionellen Denken der modernen Psychoanalyse trefflich übereinstimmt. Mit Hilfe dieses Konzepts wird es nämlich möglich, nonverbale interaktionelle Vorgänge zwischen Patient und Analytiker zu erfassen. Obwohl

* In einem weiteren Heft werden Anwendungen des Konzepts erörtert (Teil II)

es eher auf Patienten zutrifft, deren Selbst-Objekt-Differenzierung nur mangelhaft entwickelt ist, ist es in Phasen leidenschaftlichen und regressiven Verstrickteins vermutlich bei vielen Patienten (und Therapeuten) ein vorherrschender Modus der Objektbeziehung. Es eignet sich vorzüglich für das Verständnis nonverbaler Austauschprozesse zwischen Analytiker und Patient und für die Konzeptualisierung der komplexen Verarbeitungsprozesse im Analytiker, denen wahrscheinlich noch viel mehr Bedeutung beizumessen ist, als dies bislang geschehen ist. ... Mit der sich immer stärker durchsetzenden Erkenntnis, dass die psychoanalytische Beziehung keine asymmetrische, sondern eine tendenziell wechselseitige Interaktion darstellt, wurde dieses Konzept immer wichtiger, und aus der modernen Psychoanalyse ist es nicht mehr wegzudenken“ (31).¹

Während hier - im sog. „freien“ Gebrauch des Begriffs - die interpersonelle Beziehung im Vordergrund der Betrachtung steht, sieht die kleinianische Objektbeziehungstheorie (Hinshelwood, 1993), in den „unbewussten Phantasien“² ihren zentralen Gegenstand. Dementsprechend weisen Thomä und Kächele (1985, 90) bei der Diskussion des Konzepts darauf hin, dass bei der kleinianischen Beziehungstheorie den realen Personen der Umgebung gegenüber, eher eine recht untergeordnete Bedeutung zugeschrieben wird. Und demgemäß der Analytiker seine Aufgabe am Besten als unpersonlicher Spiegel mit rein interpretativer Deutung und größtmöglicher Neutralität erfüllt.

(Im Weiteren beschränke ich mich in diesem Repetitorium vornehmlich auf Literaturauszüge aus den Arbeiten von Hinshelwood 1993 [1] und Mertens 1992 [2], 1993 [3]. Die Autoren geben jeweils aus verschiedenen Standpunkten eine umfassende Übersicht zum Konzept, wobei Hinshelwood speziell aus kleinianischer Sicht das Konzept und seine Entwicklung in der gesamten Psychoanalyse reflektiert, während sich bei Mertens eine schulenübergreifende Betrachtung findet).

Stadien der Konzeptentwicklung

Sandler (1988, 150f) stellt drei Entwicklungsstadien des Konzepts der projektiven Identifizierung dar:

Erstes Stadium: Bei dem von Klein verwendeten Terminus »projektive Identifizierung« beziehen sich die Prozesse der Projektion und Identifizierung auf Veränderungsvorgänge innerhalb der psychischen Repräsentanzen. Bei der Projektion werden Aspekte der Selbstrepräsentanz einer Objektrepräsentanz zugeschoben, während bei der Identifizierung Teile der Objektrepräsentanz in die Selbstre-

präsentanz hineingenommen werden. Da die projektive Identifizierung ein in der Phantasie ablaufender Prozeß ist, ist das reale Objekt, d. h. der tatsächliche Interaktionspartner, davon nicht betroffen. Dementsprechend ist auch die Übertragung eine Verzerrung der Wahrnehmung der realen Person des Analytikers in der Phantasie des Patienten.

Stadium 2: In den darauffolgenden Jahren hat eine Anzahl von Analytikern (wie z. B. die kleinianisch orientierten Analytiker Heimann 1950; Racker 1948; Grinberg 1957, 1958, 1962) darauf aufmerksam gemacht, dass die Gegenübertragung die Auswirkung der unbewussten Phantasien im Patienten darstellt. In Rackers Terminologie identifiziert sich der Analytiker entweder konkordant mit den Selbstrepräsentanzen des Patienten oder komplementär mit den Objektrepräsentanzen in den Übertragungsphantasien des Patienten. Damit war eine Brücke geschlagen zwischen den intrapsychischen Phantasien im Patienten und den Gegenübertragungsreaktionen im Analytiker.

Stadium 3: Hauptsächlich durch die Arbeiten von Bion (1962) und dessen Konzept des Container-contained ergab sich eine bedeutsame Erweiterung der Auffassung über die projektive Identifizierung. Sie wird nun so beschrieben, als ob die Externalisierung von Selbst- oder Objektanteilen via Interaktion in den Interaktionspartner erfolgt. [3]

Seit den 70er Jahren gewann in der Psychoanalyse (über den Weg vom „Trieb“, „Ich“ zum Selbst“) das „Primat der sozialen Bezogenheit“ („dem Dialog auf die Spur kommen“) zunehmend an Bedeutung, was auch zu einer verstärkten Untersuchung und Erarbeitung des „interpersonalen“ Aspekts der projektiven Identifizierung führte.

Zur interpersonalen Erweiterung der projektiven Identifizierung

Heute findet der Aspekt der projektiven Identifizierung, der über die „intrapsychische Phantasiefunktion“ hinausgeht, besondere Beachtung und kann als interpersonaler Aspekt der projektiven Identifizierung bezeichnet werden (Asbach und Shermer). Die Reaktionen des Analytikers werden hier mit einbezogen, das heißt, ein interpersonaler Prozess wird als Teil eines intrapsychischen Mechanismus beschrieben. Theoretisch werden die beobachteten Phänomene mit unterschiedlichen Konzepten (meist schulenspezifisch) begründet.³ Zur Veranschaulichung einer solchen interpersonalen Position seien die von Ogden und Zwiebel beschriebenen Phasen der projektiven Identifizierung kurz skizziert. [2/3]

¹ Da sich das Konzept im mainstream der Psychoanalyse auf die Reaktion des Analytikers in der Arbeit mit Patienten von unzureichender Ichstärke bzw. mit mangelhafter Selbst-Objekt-Differenzierung bezieht und demgegenüber der Begriff der Gegenübertragung (außerhalb der kleinianischen Schule) eher für die Reaktionen des Analytikers auf Patienten mit reiferem, konfliktbedingt-neurotischem Strukturniveau Verwendung findet, macht Mertens durch den o.g. Bezug auf den starken regressiven Prozess, den Begriffsgebrauch auch bezüglich neurotischer Patienten verständlich.

² Unbewußte Phantasien „sind die psychischen Repräsentationen jener somatischen Vorgänge, die die Triebe konstituieren, und körperlichen Sensationen, die als Beziehungen zu Objekten gedeutet werden, welche diese Sensationen verursachen“ (Hinshelwood, 1993, 38). Sie „können zur Linderung innerer psychischer Zustände weiterentwickelt werden, und zwar durch Manipulation des Körpers und seiner Empfindungen“. Obwohl Klein (1952) die interpersonale Interaktion auf der unbewussten Ebene betonte - so Hinshelwood - vertrat sie nie wirklich eine solche Betrachtungsweise. Heute sei jedoch das 'unkleinianische' Interesse an der Reaktion des Therapeuten auf den Patienten, für die kleinianische Praxis von zentraler Bedeutung.

Ogden (1979) und Zwiebel (1988) erarbeiten ein Drei-Phasen-Modell, bei dem die erste Phase der Projektion („projektive Phase“) noch ausschließlich intrapsychisch zu verstehen ist: Das eigene Selbst bedrohende Selbstaspekte werden in der Repräsentanzwelt den Objektrepräsentanz zugeschlagen. Die Besonderheit des Konzepts liegt im Aspekt der sich anschließenden zweiten Phase, der Induktionsphase. In dieser Phase kommt es zu einer interaktionellen Einflussnahme. In ihr will der Projizierende unbedingt erreichen, dass sich sein Gegenüber (bzw. der Therapeut) genauso verhält, wie es seiner Projektion entspricht. Deshalb muss er einen verhaltenmäßigen und interaktionellen Druck auf ihn ausüben. Von den eigenen, unerträglichen Selbstaspekten z. B. eines sadistischen, manipulierenden und überbeanspruchenden Introjekts befreit, wird der andere (der Therapeut) - häufig auf nonverbale Weise - dazu gedrängt, sich sadistisch und manipulierend zu verhalten; so kann man sich selber nicht nur einigermaßen akzeptieren, sondern die ‚bösen‘ Anteile auch im Gegenüber kontrollieren und sich in der Illusion wiegen, mit diesem auf ganz besondere Weise verbunden zu sein. In der dritten Phase, der „Introjektions- oder Identifizierungsphase“ erlebt sich der Analytiker entsprechend den ihm angesonnenen Erwartungen. Er wird unweigerlich durch den ausgeübten interpersonellen Druck mehr oder weniger dazu gezwungen, sich von den via passagerer Identifizierung aktivierten ähnlichen Selbstanteilen nicht so schnell distanzieren zu können, so dass ihm die bei normaler Empathie verfügbare Distanzierungsfähigkeit zumindest vorübergehend verloren zu gehen droht. Anders formuliert: Der Patient erlaubt es nicht, dass sich der Analytiker nur passager identifiziert, sondern zwingt ihn dazu, dass er in dieser Identifizierung bleiben soll. Durch die - für längere Zeit als dies bei der üblichen Empathie der Fall ist - aktivierten affektbesetzten Phantasien im Analytiker werden regressive Prozesse in Gang gesetzt: Der Analytiker erlebt nun z. B. eigene Wutgefühle, ein Selbstobjekt nicht kontrollieren zu können. Diese in ihm aktivierten Gefühle sind niemals mit den Selbstaspekten des Patienten völlig identisch, sondern stellen - wie beim hermeneutischen Verstehensprozess bereits ausgeführt - eine komplexe Mischung aus Verstehen des Fremdseelischen und eigenen Erlebnissen dar. Dementsprechend verfügt der Analytiker in der Regel auch über andere, reifere Abwehr- und Verarbeitungsstrategien, mit den in ihm induzierten Affektzuständen umzugehen. „Phase des Bewahren und Haltenkönnen“: Obgleich sich der Analytiker deutlich unter Druck gesetzt und gezwungen fühlt, etwas zu erleben, was er in diesem Moment gar nicht erleben will (etwa mit dem Gegenübertragungsgefühl: „Ich lass mich nicht zwingen“, „schon wieder soll ich so sein, wie mich der Patient haben will“, „schon wieder wird mir gewaltsam etwas unterstellt“), ist es beim Vorgang der projektiven Identifizierung wichtig, sich von diesem Druck nicht unmittelbar befreien zu wollen (etwa

³ Vgl. z.B. Thorner 1977; Grinberg 1979; Ogden 1979, 1986; Meissner 1980, 1988, 1991; Grothstein 1981; Meltzer et al. 1982; Rosenfeld 1983; Spillius 1983; Pick 1985; Zwiebel 1985, Thomä und Kächele 1985; Hamilton 1986; Kernberg 1987, 1975; Sandler 1988, 1990; Ermann 1988; Cycon 1988; Carpy 1989; Hinz 1989; Torras de Bea 1989; Mertens 1992, 1993; Trauth 1977, 1993; Reich 1996, 2000).

in Form einer Deutung). Charakteristisch ist dabei für die Phase des Bewahrens zunächst auch das Erleben, nicht wirklich zu verstehen, was vor sich geht, neben Gefühlen der Enttäuschung, Langeweile und Resignation. (Zwiebel, 1988, 201) In der weiteren „Re-Internalisierungsphase“ kommt es bestenfalls zu einer Integration der vom Analytiker „entgifteten“ und umgewandelten Selbst- und Beziehungsaspekte beim Patienten. D. h. dem Analytiker gelingt es im positiven Fall, sich schrittweise von den in ihm induzierten Affekten zu distanzieren. Vorher hat er die Affekte in sich aufgenommen und fungiert als Container (Bion) für den Patienten. Metaphorisch wird deshalb dieser Vorgang als Metabolisierung und Entgiftung bezeichnet, wobei hier insbesondere die Kompetenzen der Affekttoleranz und Affektregulierung des Analytikers gefordert werden, die beim Patienten zu einer Re-Internalisierung der vom Analytiker entgifteten und umgewandelten Selbst- und Beziehungsaspekte führen soll. [2/3]

Gegen die interpersonale Betrachtung des Mechanismus erheben sich von kleinianischer Seite Widersprüche, die darin eine Abwertung der Bedeutung der „subjektiven Erfahrung des Subjekts“ und seiner „unbewussten Phantasien“ sehen, wogegen Ogden deutlich macht, dass sich demgegenüber die interpersonalen Vorgänge beobachten und verifizieren lassen [1].

Mit dem Konzept verbundene Begriffe:

Projektive Gegenidentifizierung

Grinberg (1962) beschrieb Patienten, die das Gefühl haben, als mache der Analytiker sie zum Objekt eigener, gewaltsamer projektiver Identifizierungen. Diese Empfindungen erklärte er sich durch frühe Erfahrungen des Patienten mit den Eltern, die ihn im Säuglingsalter und in der frühen Kindheit massiven projektiven Identifizierungen ausgesetzt haben. Für dieses Geschehen in der analytischen Situation prägte er den Begriff der „projektiven Gegenidentifizierung“. [1] Damit bezog er sich auf das Versagen des Therapeuten, sich von den induzierten Erwartungen des Patienten wieder lösen zu können; der Analytiker erlebt sich dann tatsächlich als sadistisch und manipulierend und handelt ggf. auch entsprechend, ohne den Vorgang der projektiven Identifizierung erkannt zu haben, wobei dieses Gegenübertragungsagieren, z. B. in Form einer Reaktionsbildung, auch als übermäßig freundliche Zuwendung geschehen kann. [2] Es kommt zu einer unbewussten Kollusion: In der analytischen Interaktion bleibt der Analytiker in denjenigen Interaktionserfahrungen stecken, die der Patient in ihm induziert hat, und auch der Patient vermag folglich nicht aus der endlosen Wiederholung alter Erfahrungen auszusteigen. Die analytische Interaktion besteht in solchen Fällen aus einer Rückprojektion von Ängsten seitens des Analytikers auf den Patienten, der mit diesen Affekten nicht umgehen konnte und sie deshalb per projektiver Identifizierung in seinem Analytiker unterbringen wollte. [3]

Projektive Identifizierung und Gegenübertragung

Die Entwicklung des Konzepts der projektiven Identifizierung fiel zeitlich mit der neuen Einschätzung der Gegenübertragung zusammen. In England zumindest griffen wahrscheinlich beide

Entwicklungen ineinander über und förderten sich gegenseitig. Aufgrund ihres interpersonalen Aspekts hatte die projektive Identifizierung Einfluss auf die Übertragungs-Gegenübertragungsbeziehung.⁴ [1] Bei der projektiven Identifizierung werden frühe, kaum in Worte übersetzbare und deshalb auch sehr intensive Affekte angenommen. Vor allem bei Patienten mit ich-strukturellen Defiziten wird der Analytiker mit archaischen Affekten überrollt, die seine eigene Affekt- und Gefühlswelt in Aufruhr versetzen können. So wird im klinischen Alltag oft aus heftigen Gegenübertragungsreaktionen und komplizierten Interaktionen auf das Vorliegen einer projektiven Identifizierung geschlossen. Demgemäß ist für das Erkennen der Gegenübertragung - insbesondere bei strukturellen Störungen - das Wissen um die Funktionsweise der projektiven Identifizierung von großer Bedeutung. [3]

Normale und anormale projektive Identifizierung - „containing versus evacuation“

Bion (1962) zeigte, dass es sich um ein komplexes Konzept handelt und man die projektive Identifizierung in eine normale und eine anormale Form unterteilen kann. Der Unterschied beruht auf dem Grad der Gewalttätigkeit, mit der der Mechanismus angewendet wird. Projektive Identifizierung kann zwei Ziele verfolgen:

1. Das eine besteht darin, einen schmerzvollen psychischen Zustand gewaltsam auszulagern, was in der Phantasie zu einem forcierten Eindringen in ein Objekt führt; auf diese Weise soll eine unmittelbare Erleichterung herbeigeführt werden. Häufig wird zugleich das Ziel verfolgt, das Objekt einer einschüchternden Kontrolle zu unterwerfen.
2. Das zweite Ziel besteht darin, einen psychischen Zustand in das Objekt hineinzulegen, um über diesen psychischen Zustand mit ihm kommunizieren zu können (Containing). Der Unterschied zwischen Auslagerung [evacuation] und Containing ist entscheidend, auch wenn in dem ein oder anderen Fall möglicherweise beide Ziele verfolgt werden. In der Praxis aber ist es wichtig, zwischen diesen beiden Motiven zu unterscheiden. [1]

Projektion und projektive Identifizierung

Freuds anfänglicher Gebrauch des Begriffs „Projektion“ bezog sich auf einen „Missbrauch des Projektionsmechanismus zum Zwecke der Abwehr“ (Freud 1895, 209). Er beschrieb, wie eine Person seine eigenen Vorstellungen einer anderen Person zuschreiben kann, so dass sich ein paranoider Zustand entwickelt. In der Zwischenzeit haben sich weitere Bedeutungen des Begriffs „Projektion“ herauskristallisiert.

Aus kleinianischer Sicht (Hinshelwood, 1993) bezeichnet der Begriff der Projektion „vor allem die Externalisierung eines inneren Konflikts oder die Externalisierung eines tödlich feindseligen Objekts, durch die Aggression die nach außen gewendet wird“. Die Ablenkung des Tödestriebes, des Bösesseins, nach außen - z. B. im kindlichen Spiel - helfe dem Ich sich seiner Angst zu entledigen. (181) Nach Hinshelwood entspricht der Begriff der projektiven Identifizierung „dem herkömmlichen Verständnis der Projektion, dass nämlich ein Teil des Selbst einem Objekt zugeschrieben wird“, was Klein als „projektive Identifizierung“ bezeichnet. (568) An anderer Stelle weist er darauf hin, dass Projektion häufig mit projektiver Identifizierung verwechselt wird. Der Unterschied zwischen diesen Begriffen stelle viele, die sich mit dem Thema erstmals befassen, vor ein großes Rätsel. Tatsache sei, dass beide Konzepte „im Laufe der Zeit mitunter fast synonym zur Beschreibung von Phänomenen benutzt wurden, die nicht eindeutig voneinander unterschieden sind“ (265). Viele Anwendungsweisen der Begriffe sieht er „nicht restlos unterscheidbar; die Projektion des Objekts, des Impulses, der Beziehung oder des betroffenen Selbstanteils stellen ausnahmslos unentwirrbare Aspekte der Objektbeziehung dar“ (568f). Dementsprechend schreibt er: „Als Fazit bleibt festzuhalten, dass zwischen Projektion und projektiver Identifizierung keine klare Unterscheidung zu treffen ist“ (268).

Das enge Verhältnis dieser Begriffe ist für die kleinianische Theorie kein Problem, weil für sie die projektive Identifizierung ein „Sammelbegriff für eine Reihe verschiedenartiger verwandter Prozesse“ ist. Zum einen theoretisch verbunden mit frühesten Abwehrprozessen (primitive Abwehrmechanismen) und der Erklärung psychotischer Phänomene, zum anderen gleichermaßen Voraussetzung für die „normale Empathie“⁵ als gutartige und normale Form der projektiven Identifizierung“ (271, 379, 592). [Demgegenüber hat sich Meissner (1980, 43ff) energisch dagegen ausgesprochen, die Empathie und andere nicht-psychotische Phänomene unter den Begriff der „projektiven Identifizierung“ zu subsumieren und den Begriff über die gestörten Ich-Grenzen hinaus zu erweitern]. Aus nicht-kleinianischer Sicht ermöglicht sich eine klarere erscheinende Unterscheidung zwischen Projektion und projektiver Identifizierung. Die Projektion erfordert ein höheres Strukturniveau, z. B. nach Kernberg (1989) die Fähigkeit, zwischen Selbst- und Objektrepräsentanzen deutlich zu differenzieren und Ambivalenz tolerieren zu können.⁶ Beim psychotischen Patienten gelinge dies nicht und beim Borderline-Patienten nur unvollkommen. In der projektiven Identifizierung sieht Kernberg im Gegensatz zur Projektion einen pri-

⁴ Von kleinianischer Seite entwickelte Money-Kyrle bereits 1956 [1991] die Übertragung-Gegenübertragungstheorie weiter, die bei der projektiven Identifizierung die massive Manipulation von Gefühls- und Bewusstseinszuständen des Analytikers berücksichtigt. Dabei finden spezifische „unbewusste Phantasien“ bei der Betrachtung der interpersonellen Auswirkungen besondere Bedeutung, auch wird davon ausgegangen, dass der Analytiker hier „nicht die Funktion hat, etwa eine Elterngestalt zu repräsentieren, sondern der Patient benutzt ihn, um einer eingegangenen Verbindung auszuweichen, die für ihn die Gefahr schmerzvoller Erfahrung und einer Destabilisierung seiner Persönlichkeitsstruktur mit sich bringt“.

⁵ „Empathie“ wird von Hinshelwood (1993, 379) verstanden, als die Fähigkeit sich in die Lage eines anderen hineinzusetzen, genauer gesagt, wird ein wahrnehmender Teil des eigenen Selbst in die Situation des anderen versetzt, damit er in der Phantasie dessen Erfahrung machen kann“. Empathie sei eine jener „gutartigen Formen“ der projektiven Identifizierung. Der „Unterschied zur pathologischen projektiven Identifizierung bestehe darin, dass bei ihr ein angemessenes realistisches Bewusstsein dafür intakt bleibt, wer man selbst ist und wo man sich zum Zeitpunkt der Projektion befindet.“

mitiven, auf frühen Spaltungsprozessen beruhenden Abwehrmechanismus, also nur einen Vorläufer des reiferen (auf Verdrängung beruhenden) Abwehrmechanismus der Projektion. Prägnant schreibt Kernberg (267f) „Das Subjekt projiziert unerträgliche intrapsychische Erlebnisse auf ein Objekt, verbleibt in Einfühlung mit dem, was es projiziert, versucht im ständigen Bemühen, das unerträgliche Erlebnis abzuwehren, das Objekt zu kontrollieren und bringt das Objekt in einer echten Interaktion unbewußt dazu, das auf ihn Projizierte tatsächlich zu erleben“. Demgegenüber fehle bei der „Projektion“ - im Gegensatz zur projektiven Identifizierung - der Aspekt der Identifikation mit dem Objekt der Projektion und die Wechselwirkung zwischen Subjekt und Objekt in eine andere“. (Vgl. auch Ogden, 1988, der darauf hinweist, dass bei der reinen Projektion „der ausgestoßene Selbstaspekt verleugnet und dem Objekt der Projektion zugeschrieben“ wird. Der Projizierende „empfinde keine Verwandtschaft mit dem Objekt, im Gegenteil, erlebt es oft als andersartig, fremd und ängstigend“).

Auch die „empathische Verbindung“ versteht Kernberg als eine primitive Form der Projektion; das Selbst bleibe dabei mit dem realen Objekt, auf das die Projektion erfolgt in empathischer Verbindung.

Im Gegensatz zur kleinianischen Theorie, die den Ursprung der (psychotischen) Ichdefekte in omnipotenten, an der projektiven Identifizierung beteiligten Phantasien liegen sieht, versteht Kernberg die Schwächung der Ichgrenzen als das zentrale Problem. Die Ichgrenzen dieser Patienten bleiben an ganz bestimmten Stellen durchlässig, z. B. bei Borderline-Patienten im Bereich der projizierten Aggression, sodass sich diese Patienten selbst noch mit dem Objekt identifizieren können, auf welches die Aggression projiziert worden ist, weshalb sie vermehrt Furcht vor der eigenen projizierten Aggression haben.

Aus kleinianischer Sicht stellt Hinshelwood [1] bei Kernberg (1975, 1983) widersprüchliche Meinungen fest: „Kernberg war der Ansicht, dass projektive Identifizierung erst stattfindet, wenn sich die Ichgrenzen entwickelt haben, und behauptet, dass sie u. U. eine überaus wichtige Rolle für die Bildung und Stärkung der Grenze zwischen dem Selbst und dem Anderen spielen, da sie als der Prozess, Teile des Selbst im Anderen wahrzunehmen, die Grenze zwischen Selbst und Anderem voraussetzen muß. Dadurch wird die projektive Identifizierung in eine merkwürdige Position gerückt, hat man sie doch ursprünglich anhand von klinischem Material beschrieben, das ihren Anteil an der Vermischung zwischen Selbst und Objekten deutlich machte (Rosenfeld 1965)“. Hinshelwood kritisiert u. a. auch den Versuch Kernbergs, das Konzept in seinen theoretischen Bezugsrahmen zu integrieren, in dem Kernberg schrieb, „dass das, was hier in recht ineffizienter und selbstschädigender Weise projiziert wird, ja nicht bloß ‚Aggression als solche ist‘, sondern vielmehr eine spezifische

Selbstrepräsentanz oder Objektrepräsentanz in Verbindung mit diesem aggressiven Triebabkömmling“. Kernberg fasse nach Hinshelwood nun seine Erklärungen in eine völlig andersartige Terminologie, worin er eine sonderbare Mischung von theoretischen Begriffen sieht, in der die Begriffe Konzepte der Ich-Psychologie und der Objektbeziehungstheorie völlig verzerrte Formen annehmen. Hier habe der Versuch stattgefunden, die Phantasie des Patienten teilweise in die Terminologie einer objektiven Wissenschaft zu übersetzen. (291f)

Schlussbetrachtung und kritische Reflexion zu grundliegender traditioneller psychoanalytischer Grundannahmen

Das Konzept der projektiven Identifizierung hat sich mit seiner interpersonalen Erweiterung schulenübergreifend auf breiter Basis durchgesetzt und findet bezüglich des Verständnisses und des Umgangs mit schwer gestörten Patienten große Beachtung. In dieser Fassung ist es als Kommunikationsform und Modus der Objektbeziehung beschrieben worden und entspricht dem interaktionellen Denken der modernen Psychoanalyse, ebenso ermöglicht es, nonverbale interaktionelle Vorgänge zwischen Patient und Analytiker zu erfassen.

Auf klinischer Ebene gibt es häufig Übereinstimmung zwischen verschiedenen analytischen Schulrichtungen in Bezug auf bestimmte, extreme Aspekte der Übertragung-Gegenübertragungssituation: z.B. „Der Therapeut hat das Gefühl, dass der Patient ihn manipuliert und einen verhaltensmäßigen und interaktionellen Druck auf ihn ausübt, dass er sich genauso verhält, wie es der Projektion des Patienten entspricht“; „Der Therapeut hat das Gefühl, dass der Patient versucht, seinen eigenen psychischen Zustand gewaltsam in ihn hineinzuverlagern, etwa archaische Affekte, wie Wut, Verzweiflung, äußerste Verwirrung“; „Der Therapeut gewinnt den Eindruck, dass der Patient energisch das Ziel verfolgt, ihn einer „einschüchternden Kontrolle zu unterwerfen“.

Weniger Übereinstimmung gibt es in der theoretischen Erklärung dieser Phänomene, insbesondere zwischen den Kleinianern und Nicht-Kleinianern, die sich nach Ansicht der Kleinianer den Begriff „angeeignet haben“ und darunter eine Reihe ähnlicher Konzepte subsumieren, die in der Literatur der klassischen Psychoanalyse beschrieben werden, z. B. „Identifizierung mit dem Angreifer“, „Externalisierung“, „Mobilisierung eines Stellvertreters“, „Rollenaktualisierung“. Sie wenden sich „gegen die Einbindung des Konzepts in den Gesamtrahmen der paranoid-schizoiden Position“ und haben den Großteil des „kleinianischen Ballasts“ abgeworfen: Unterschiede zwischen „omnipotenter Phantasie und Empathie“, „Teilobjekten und ganzen Objekten“, „pathologischer und normaler projektiver Identifizierung“. [1]

Die Auseinandersetzungen zwischen unterschiedlichen analytischen Schulen (und schulenunabhängigen Positionen), die in dieser Übersicht nur beispielhaft angedeutet werden, führen zur Frage: „Im Kontext welcher Vorannahmen sollte der Begriff ‚projektive Identifizierung‘ benutzt werden?“ Grundsätzliche unterschiedliche Auffassungen über die Psychose, die normale und neurotische Entwicklung und psychische Struktur führen, wie auch Hinshelwood feststellt, zu grund-

⁶ Unter den Ich-Psychologen steht Kernberg der britischen Objektbeziehungstheorie vielleicht am nächsten; Kernberg unternimmt nach Hinshelwood den ernsthaften Versuch diese zu vereinen. Besonders habe er sich um eine Integration kleinianischer Ansichten bemüht und die projektive Identifizierung als wichtiges Überbrückungskonzept benutzt.

gend unterschiedlichen Beurteilungen von Bedeutung und Nutzen des Begriffs und seiner Anwendungsmöglichkeiten. In der kritischen Auseinandersetzung wird auch festgestellt, dass der Begriff überdehnt und unscharf gebraucht wird und von verschiedenen Übertragungsformen sowie Agieren nicht zu differenzieren ist; Meissner spricht sogar von einer „Sinnentleerung“ des Begriffs. Auch wird auf die Gefahren hingewiesen, dass die Deutung der projektiven Identifizierung im klinischen Material auf der Grundlage der Reaktionen des Analytikers, den Verdacht aufkommen lassen kann, dass der Analytiker nur seine eigenen Gefühle dem Patienten zuschreibt und in Fällen dieser Art der Patient sich u. U. gezwungen fühlt, die projektiven Identifizierungen des Analytikers in sich aufzunehmen. (Diesbezüglich wird auf die Bedeutung der Supervision hingewiesen). Ähnlich wird die „Identifikationshypothese“ als Erklärung des Beziehungsprozesses für begrenzt angesehen, weil nur der Beitrag des Patienten gesehen wird. Sandler (1988) drückt die angedeuteten Gefahren des Konzepts aus, indem er die projektive Identifizierung als deskriptives Konzept bezeichnet, welches schnell zu einer „bequemen Pseudo-Erklärung“ werden kann.

Die kritischen Einwände können als Hilfe und Anregung für die klinische Arbeit gesehen werden, um nicht in die Gefahr zu kommen, mithilfe dieses Konzeptes die eigene Problematik dem Patienten zuzuschreiben, statt sich Unterstützung in der Supervision zu holen. Die breite Annahme des Konzepts der projektiven Identifizierung hat jedoch auch seinen Grund. Es bietet dem Therapeuten in der Arbeit mit schwergestörten und agierenden Patienten z. B. mit massiven Wut-, Angst- und Bedrohungsgefühlen eine große Hilfe zur kontaktvollen Empathie- und Abgrenzungsregulation. Das Konzept bereitet den Therapeuten darauf vor, dass es Situationen geben kann, in denen sich bei ihm selbst regressive Prozesse in Gang setzen können, er erleben muss, vorübergehend (die ihm vielleicht angemessene Rollenbeziehung mit) zu agieren. Selbstreflexion und Supervision sollen hier weiterhelfen, sich selber und den Patienten besser zu verstehen und die Gefühle des Patienten spannungstoleranter annehmen zu können. Das Konzept unterstützt den Therapeuten „nicht immer gleich verstehen zu müssen, was vor sich geht“ und sich von dem erlebten Druck und der Irritation nicht unmittelbar befreien zu wollen (etwa in dem er die angenommene Übertragungsbeziehung anspricht z. B. in Form einer abwehrenden Deutung. Er soll vielmehr ein Stück weit das vom Patienten angemessene Erleben in sich aufnehmen („Containing“) und verarbeiten („Metabolisierung“), um diesem eine (Re-)Integration der vom Analytiker „entgifteten“ und umgewandelten Selbst- und Beziehungsaspekte möglich zu machen. Das Konzept fokussiert sicherlich die Problematik des Patienten, kann

aber auch für den Therapieprozess - bei eigener Problematik des Therapeuten - eine wichtige Hilfe darstellen.

Des Weiteren sei noch darauf hingewiesen, dass das interpersonale Verständnis der projektiven Identifizierung (und Gegenübertragung) auch durch interdisziplinäre Beiträge und empirisch gestützte Erkenntnisse bereichert bzw. beeinflusst wird z. B. durch neue Erkenntnisse der Säuglingsforschung, Bindungsforschung, interaktionstheoretische Ansätze, sozialkonstruktivistische Ansätze, Hirnforschung, Psyche als zirkuläres System, kognitive Linguistik.⁷ Wie sich aus der Arbeit von Scherer-Renner (2003) ersehen lässt, können moderne Erkenntnisse z. B. der Säuglings-, Bindungs- und Hirnforschung, „Orientierungshilfe“ in der „gegenwärtigen Verunsicherung der psychoanalytischen Behandlungstechnik“ geben. Der Bezug dieser Ansätze zur Psychoanalyse wird allerdings durch ihre fragwürdigen und unhaltbaren triebpsychologischen Grundannahmen erschwert (weniger durch ihre klinische Theorie). Die Problematik zeigt sich allerdings bereits innerhalb der Psychoanalyse, wie am Beispiel der projektiven Identifizierung zu sehen ist, wenn versucht wird, einen „interpersonalen Prozess als Teil eines intrapsychischen Mechanismus“ (Kernberg, 1988, 52) zu beschreiben. Das hat einen tieferliegenden Grund, der nicht nur in fehlender begrifflicher Präzision zu suchen ist.

Die traditionelle psychoanalytische Theorie ist durch ihre Trieb- und Metapsychologie als individualpsychologisches Modell konzipiert. Sie baut auf der Annahme eines (einseitigen) „Spannungsabfuhr- und Konstanzprinzip“ (in Verbindung mit dem Lust-Unlust-Prinzip) auf. Sie impliziert neben dem Quelltriebmodell zudem unbestimmte Triebfaktoren (wie Triebstärke, Fähigkeit zur Sublimierung und Neutralisierung) und erst in späterer Theorieentwicklung wurde aus einem, reine⁸ Spannungsabfuhr ermöglichenden Objekt, ein personales Beziehungswesen.⁹ Freudsche Ausführungen in „Das Unbehagen in der Kultur“ (1930, 110ff), wie: „Die Erfahrung lehrt aber, dass die Strenge des Über-Ichs, das ein Kind entwickelt hat, keineswegs die Strenge der Behandlung, die es selbst erfahren hat, wiedergibt“, ebenso wie seine Annahme, dass es unbedeutend ist, ob das „Kind mit der Flasche oder zärtlich an der Mutterbrust gesäugt wird“, deuten das Denken an, nach dem die Grundprinzipien der Psychoanalyse entscheidend entwickelt wurden. Diese behindern heute wertvolle neue Erkenntnisse aus der klinischen Arbeit und Theorie, wissenschaftlich zeitgemäß metapsychologisch zu fundieren. Mit den Grundannahmen ist auch ein primärerer Natur-Kultur-Antagonismus verbunden, der Ich- und Kulturentwicklung nur konflikt- und verdrängungsbedingt verstehen lässt. Dementsprechend fällt es - konzeptstimmig - schwer,

⁷ Siehe diesbezüglich die von M.B. Buchholz (2003) und dargestellten Ansätze und Autoren. (Vgl. auch Stirn A.: Gegenübertragung. Psychotherapeut 2002, 47: 48-58).

⁸ „Einseitig“, weil der gegenpolige Aspekt der Reizsuche, den auch die Frühkindforschung bestätigt, fehlt

⁹ Der von Freud vorgenommenen „Entmythologisierung“ der Machbarkeit des Menschen folgt eine triebpsychologische „Remythologisierung“, bei der ein primärer Narzißmus postuliert wird und der Triebnatur ganz spezifische Qualitäten zugewiesen werden (z.B. Ort der Energie, spezifischer Triebstärke und Fähigkeit zur Triebmischung, Chaos und Primärprozess, Sexualität und Aggression/Destruktion, System Unbewusst, Lustprinzip, Spannungsabfuhrprinzip), während antagonistisch, die gegenpoligen Qualitäten der Kultur bzw. dem Ich zugewiesen werden. z.B. Sekundärprozess, Sublimierung, Realitätsprinzip, primäre Triebfeindlichkeit des Ich (Trauth 1986).

Übertragung und Gegenübertragung, wie normales Beziehungsgeschehen, jenseits von Verdrängung und Konflikt zu formulieren. (Dem kann ausgewichen werden, wenn der Patient mit seiner Pathologie im Zentrum der Betrachtung steht, oder auf theoretische Stimmigkeit mit den Grundannahmen verzichtet wird). Das heißt nicht, dass nicht zwischen pathologischer und sog. normaler, weil gelungener Triebabfuhr und Abwehr unterschieden werden könnte. Das Problem liegt vielmehr darin, dass unter sog. normalen Prozessen („gelungene Triebabfuhr“) auch „kommunikations“-pathologisches Geschehen subsumiert werden kann, z. B. wenn eine overprotektive Mutter bei sich mit ihrem Verhalten eine Triebblockierung verhindert. Dieses Beispiel soll die Problematik andeuten, wenn heutiges kommunikationstheoretisches Denken auf der Basis eines mechanistischen Abfuhrmodells konzipiert werden soll.¹⁰ Bei objektbeziehungstheoretischen Überlegungen und bei Verwendung des Repräsentanzmodells zum Verständnis des Geschehens bei der projektiven Identifizierung („mangelhaften Selbst-Objekt-Differenzierung“), mag deren triebpsychologische Fundierung leicht außerhalb des Blickfelds geraten, trotzdem hat die triebpsychologische Fundierung, auch bei Veränderung einiger Grundannahmen, immer noch fundamentale Bedeutung. Gerade dadurch, dass die moderne Psychoanalyse („klinische Theorie“) von interaktionellem Denken geprägt ist, wird leicht übersehen, dass sie weiterhin mit den klassisch-triebpsychologischen Organisationsprinzipien verstrickt bleibt. Darin sehe ich die tiefere Problematik, intrapsychische und interpersonelle Prozesse, seien sie kontaktvoller oder kommunikationspathologischer Art, befriedigend und konzeptstimmig erklären zu können. (Trauth 1997).

Der Versuch, dem Verständnis intrapsychischer (subjektiver Faktor), wie interpersoneller Prozesse gerecht zu werden, ist mit einer analytischen Beziehungstheorie auf der Basis der „traditionellen“ Triebtheorie nicht möglich,¹¹ sondern führt nur zu weiteren verwirrenden theoretischen Konstruktionen, die kaum noch jemand nachvollziehen kann. Die zunehmende Verwendung der Übertragung-Gegenübertragung als Ersatz für fast alle Arten von Beziehungs- oder Kognitionsphänomenen, in denen man sich auf die allgemeinen Merkmale des In-Beziehung-Stehens oder Ineinander-Verflochten-Seins berufen kann, obwohl es sich doch dabei - unter Berücksichtigung analytischer Grundannahmen - um ein kommunikationspathologisches Geschehen handelt, ist ein Beispiel für die Problematik, interaktionelle Erfahrungen in das traditionelle individualpsychologisch begründete Konzept einzubinden.¹² Die Psychoanalyse und ihre klinische Theorie bedarf deshalb einer neuen zeitgemäßen metapsychologischen Fundierung, die nicht schon vorweg im Widerspruch und zu den wissenschaftlichen Forschungen und Nachbarsdisziplinen steht.

Wertvolle Erkenntnisse der Psychoanalyse und klinischen Theorie werden damit nicht in Frage gestellt, sondern können eine zeitgemäßere Fundierung finden und einen ernsthaften interdisziplinären Austausch ermöglichen.

Literatur

Textauszüge entnommen:

- [1] Hinshelwood RD: Wörterbuch der kleinianischen Psychoanalyse. Stuttgart: Verlag Internationale Psychoanalyse, 1993, 263-307
- [2] Mertens W: Kompendium psychoanalytischer Grundbegriffe. München: Quintessenz, 1992, 183-185
- [3] Mertens W: Einführung in die psychoanalytische Therapie. Band 3, 2. Aufl., Stuttgart, Berlin: Kohlhammer, 1993, 30-37

Weitere Literatur

- Bion W: Attacks on linking. Intern Journal of Psycho-Analysis 1959; 40: 308-315
- Bion, W: A Theory of Thinking. International Journal of Psycho-Analysis 1962; 43: 306-310
- Bucholz MB: Relationen und Konvergenzen – Neue Perspektiven der Psychoanalyse. Psychotherapeutenjournal 2003; 2: 87-96
- Freud S: Manuskript H, Paranoia. 1895. In: ders. (1950a). Aus den Anfängen der Psychoanalyse. Frankfurt/Main: Fischer, 1962, 97-103
- Grefe J und Reich G: “Denn eben, wo Begriffe fehlen...”. Zur Kritik des Konzepts der “Projektiven Identifizierung” und seiner klinischen Verwendung. Forum der Psychoanalyse 1996; 12: 57-77
- Grinberg L: Projective Counteridentification and Countertransference. In: Epstein u. Steiner (Hg). Countertransference. New York: Aronson, 1979, 169-191 [1957, 1962]
- Hinshelwood RD: Wörterbuch der kleinianischen Psychoanalyse. Stuttgart: Verlag Int Psa, 1993
- Kernberg OF: Projektion und projektive Identifizierung. Forum der Psychoanalyse 1989; 5: 267-283. [Engl: Projektion and projective identification: developmental and clinical aspects. In: Joseph Sandler (Hg.) Projection, Identification, Projective Identification. London, Karnac, 1988, 93-115]
- Kernberg OF: Borderline conditions and pathological narcissism. New York: Aronson, 1975. [Borderline-Störungen und pathologischer Narzißmus. Suhrkamp, Frankfurt am Main, 1983]
- Klein M: Notes on some schizoid mechanisms. International Journal of Psycho-Analysis 1946; 27: 99-110. [Dt.: 1952, 1972]
- Meissner W: A Note on Projective Identification. J Am Psychoanal Assoc 1980; 28: 43-67
- Mertens W: Einführung in die psychoanalytische Therapie. Stuttgart: Kohlhammer, 1991
- Mertens W, Waldvogel B: Handbuch psychoanalytischer Grundbegriffe. Stuttgart: Kohlhammer, 2000
- Money-Kyrle R: Normale Übertragung und mögliche Abweichungen. In: Melanie Klein. Heute 1991. Bd. 2: 29-44
- Ogden TH: The matrix of the mind: Object relations and the psychoanalytic dialogue. Northvale NJ: Jason, Aronson, 1986.

¹⁰ Vgl. diesbezüglich die kritische Reflexion analytischer Konzepte und ihrer triebpsychologischen Grundannahmen sowie deren Neuformulierung auf der Basis regulativer psychischer Organisationsprinzipien, die intrapsychische und interaktionelle Regulations- und Gleichgewichtsprozesse gleichermaßen umfassen (Trauth 1997 [1979, 1986, 1993]).

¹¹ Dass psychische Strukturen durch Inszenierung in einer jeweiligen bio-psycho-sozialen Realität überhaupt erst existent und erlebbar werden („psychische Struktur aufrechterhaltung“, „Autopoiese“) findet “konzeptionell” unzureichende Berücksichtigung.

¹² Diesbezüglich hat Meissner die projektive Identifizierung zur sinnentleerten Metapher erklärt (1980, 59).

- Ogden TH: On projective identification. Int J Psycho-Anal 1979; 60: 357-373. [Die projektive Identifizierung. Forum der Psychoanalyse 1988; 4: 1-21]
- Reich G: Projektive Identifizierung. In: Handbuch Psychoanalytischer Grundbegriffe (Hg. W. Mertens). Stuttgart: Kohlhammer, 2000
- Sandler J: Das Konzept der projektiven Identifizierung. Zeitsch f psychoanal Theorie und Praxis 1988; 3: 147-164
- Sandler J: Gegenübertragung und Bereitschaft zur Rollenübernahme. Psyche 1976; 30: 287-305
- Scherer-Renner R: Praxis der analytischen Therapie bei Angststörungen. Psychotherapie 2003; 8: 163-174
- Thomä H & Kächele H: Lehrbuch der psychoanalytischen Therapie. 1 Grundlagen. Springer Verlag, Berlin/Heidelberg/New York/Paris/Tokio: 1985, korr. Nachdruck, 1989
- Trauth W: Psychotische Reaktion und behinderte Strukturinszenierung. Zeitschr f psa Psychoth 1993; 15: 56-124
- Trauth W: Zentrale psychische Organisations- und Regulationsprinzipien und das psychoanalytische Verständnis von Abwehr und Regulation - Psychoanalytische Grundlagenforschung. München: Psychoanal Verlag, 1997
- Zwiebel R: Einige Bemerkungen über die Rolle der projektiven Identifizierung in der analytischen Beziehung. In: Kutter P, Páramo-Ortega R & Zagermann P (Hg.): Die psychoanalytische Haltung - Auf der Suche nach dem Selbstbild der Psychoanalyse. München, Wien: Verlag Internationale Psychoanalyse, 1988; 259-277

Dr. Wolfgang Trauth

Psychoanalytiker-Psychotherapeut, Gruppenanalytiker
 Wittelsbacherstr. 3, 80469 München
 Tel/Fax 089-2012426/-2021456
 DrTrauth@aol.com