

Alfred Walter

Entwicklungslinien psychoanalytischer Entwicklungspsychologie und Entwicklungstheorie Von der Entwicklungsstörung zur Entwicklungstherapie

Einführung der Herausgeber

Das Kapitel von Alfred Walter

Zunächst gibt der Autor einen historischen Überblick über entwicklungstheoretische Positionen von Sigmund Freud, Erik Erikson, Anna Freud über Melanie Klein, Balint, Fairbairn und Winnicott bis zu Fonagy. Damit wird das komplexe Gebäude psychoanalytischer entwicklungspsychologischer Metatheorie vor dem geistigen Auge des Lesers aufgebaut. Auf einer höheren Ebene können wir auch die historische Entwicklung von Entwicklungstheorien verfolgen. Auch wenn die analytisch-metatheoretischen Formulierungen anspruchsvoll sind, gehören sie u. E. zum unverzichtbaren Wissenshorizont für alle Psychotherapeuten. Sie helfen zum Beispiel, dass aus vielen Anamnesen sehr wertvolle Hinweise auf ein tieferes Verständnis des Patienten hervorgehen.

Der zweite Teil des Kapitels wendet sich der analytischen Therapie zu, die aus einem entwicklungspsychologischen Verständnis resultiert. Zunächst wird auf das Konzept der korrigierenden emotionalen Erfahrung von Alexander und French eingegangen, das meist falsch verstanden und falsch wieder gegeben wird. Es folgen als universell wichtige Therapieprinzipien Winnicotts Holding und Bions Containing. Schließlich wird das Konzept von Bollas vom Psychoanalytiker als Verwandlungsobjekt beschrieben und diskutiert, der als Nachfolger der Mutter Begleiter der Verwandlung des Menschen ist, indem sie die innere und äußere Welt des Kindes verwandelt. Sie wirkte in dieser Funktion sowohl befriedigend als auch frustrierend. Der Reigen schließt sich mit Peter Fonagys Entwicklungstherapie an. Kontrovers erfolgt zum Schluss die Diskussion von Tähkäs entwicklungstherapeutischem Ansatz, der sich gegen die Übernahme einer besseren Elternschaft durch den Therapeuten wendet, da dies entwicklungshemmend sei.

Von großer Bedeutung auch für nicht-analytische Therapien ist die vom Autor betonte Notwendigkeit eines beziehungsorientierten Denkens (z. B. Deutung innerhalb des Beziehungsgeschehens), durch das Beziehung und Intervention zusammenwachsen können. Der Therapeut darf sich dem Patienten als Entwicklungsobjekt zur Verfügung stellen und dadurch einen Raum schaffen, in dem Entwicklungsinszenierungen geschaffen werden können.

- Die Herausgeber -

In der Psychoanalyse haben sich zwei Traditionen der Entwicklungspsychologie herausgebildet: eine auf die psychosexuelle Entwicklungstheorie Freuds zurückgehende, diese ausdifferenzierende und erweiternde explizite psychoanalytische Entwicklungspsychologie und eine, behandlingstechnisch möglicherweise bedeutsamere, implizite Entwicklungstheorie, die sich noch mehr als erstere der psychoanalytischen Praxis verdankt. Beide sind nicht unmittelbar aufeinander bezogen. Vielmehr kann davon ausgegangen werden, dass für beide das gilt, was Fonagy und Target in ihrem Überblick über psychoanalytische Entwicklungsmodelle resümieren: „Die psychoanalytische Praxis (lässt) sich nicht logisch aus der psychoanalytischen Theorie herleiten. ... Diese dient üblicherweise als Lieferant von Modellen oder Anliegen, mit denen therapeutische Grundsätze postuliert oder gerechtfertigt werden können. Modelle (der Entwicklung, des psychischen Apparats und psychischer Erkrankungen) werden benutzt, um Rückschlüsse für therapeutische Interventionen zu ziehen. Diese Rückschlüsse sind keine Deduktionen, sondern Common-sense-Argumente“ (FONAGY & TARGET, 2003a, S. 391). Oder wie es Krause sowohl für die Psychoanalyse als auch für die Verhaltenstherapie formuliert: „Die übergeordneten Dachtheorien und die technisch-klinischen Theorien und Praxeologien (müssen) nicht notwendigerweise in einem engen wechselseitigen Befruchtungsverhältnis stehen ..., sondern (dienen) häufig zur mehr oder weniger ideologischen Rechtfertigung von ohnehin praktizierten Techniken“ (KRAUSE, 1997, S. 162).

Im Folgenden möchte ich zunächst einige zentrale Aspekte der (expliziten) psychoanalytischen Entwicklungspsychologie, die in sich hoch differenziert ist und kein einheitlich konsistentes Gebilde, unter der Fragestellung der inneren Entwicklungsdynamik und -potentiale des sich entwickelnden Kindes im Rahmen psychoanalytischer entwicklungspsychologischer Ansätze darstellen. Angesichts des umfangreichen Stoffes und zahlreicher Überblicksarbeiten (vgl. DORNES, 1993, 1997, 2000, 2006; FONAGY & TARGET, 2003a; KRAUSE, 1997, 1998; MERTENS, 1996, 1997; TYSON & TYSON, 1990; KUTTER & MÜLLER, 2008; BOVENSIEPEN, 2007) soll dies hier nur exemplarisch geschehen, wobei ich einige für das Thema des Buches zentrale Denklinien anhand ausgewählter Autoren aufzeichnen möchte.

In einem zweiten Teil werde ich versuchen, Momente einer mehr implizit entwickelten, stark behandlungsbezogenen Entwicklungstheorie darzustellen. Hierbei geht es um einige zentrale, in der therapeutischen Beziehung für entwicklungsrelevant erachtete Momente. Diese beinhalten in sich eher implizite psychoanalytische Entwicklungsmodelle – insofern benutze ich hier den Begriff der impliziten Entwicklungstheorie – und beziehen sich auf eine psychoanalytische, der Entwicklung des Patienten förderliche therapeutische Haltung. Möglicherweise handelt es sich bei den damit verbundenen Kontroversen – ähnlich wie bei anderen behandlingstechnisch relevanten psychoanalytischen Theorien (vgl. GYSLING, 1995) – um stark mit den jeweiligen Personen und deren psychoanalytischer Herkunft verbundene Akzentuierungen psychoanalytischer Grundgedanken. Auch hier kann ich nur exemplarisch auf einige mir beachtenswerte Denkansätze verweisen.

Psychoanalytische Entwicklungspsychologie und Entwicklungstheorie betonen die innerpsychischen Verarbeitungsweisen, die zu psychischer Strukturbildung und Strukturaufrechterhaltung führen und der psychischen Selbstregulation dienen. Fokussiert werden die Entwicklung und Ausdifferenzierung der inneren Bedürfnisse und Motivationen und deren innere Umgestaltungen – von S. Freud zunächst über die Triebtheorie (FREUD, 1905) und Abwehrlehre als Theorie der Tribschicksale (1915) sowie über seine Theorie der ödipalen Entwicklung (FREUD, 1900, 1908, 1914a, 1923b, 1924, 1925) thematisiert und später im Rahmen der psychoanalytischen Strukturtheorie durch Über-Ich bzw. Ich-Ideal ergänzt (FREUD, 1923a). In der weiteren Entwicklung der Psychoanalyse wurde dies als Ich-Psychologie fortgeführt, gefolgt von den innerpsychischen Niederschlag und die innerpsychische Ausdifferenzierung der jeweiligen Beziehungserfahrung stärker thematisierenden Objektbeziehungstheorien und der Selbstpsychologie sowie den mit der intersubjektiven Wende verbundenen neueren relationalen Auffassungen (vgl. STOLOROW, BRANDCHAFT & ATWOOD, 1987; BACAL & NEWMAN, 1994; TRAUTH, 1997; FONAGY & TARGET, 2003a; THOMÄ & KÄCHELE, 2006; ALTMAYER & THOMÄ, 2006; KUTTER & MÜLLER, 2008). Zudem liefern aktuell die Ergebnisse der Bindungsforschung und der Säuglingsforschung (STERN, 1985; SPANGLER & ZIMMERMANN, 1997; DORNES, 2000, S. 37 ff.; GROSSMANN & GROSSMANN, 2004; BRISCH, 2009) eine Fülle von Detailinformationen. Ähnliches gilt für die Neurowissenschaften (vgl. SOLMS, 1996, 1998, 1999; KAPLAN-SOLMS & SOLMS, 2000; SOLMS & TURNBULL, 2002). Die Integration der Säuglings-, Bindungs- und Gehirnforschung in psychoanalytische Theorien ist nicht unumstritten und reicht von euphorischer Aufnahme über skeptische Akzeptanz bis hin zu völliger Ablehnung (zusammenfassend DORNES, 1997, S. 18 ff.; 2006, S. 21 ff. und S. 53 ff.), wobei sich viele psychoanalytische Praktiker daran orientieren.

Mit S. Freud beginnend handelt es sich bei all diesen Theorien um Modelle hoher Komplexität, welche die psychische Entwicklung des Menschen als eine hoch differenzierte Wechselwirkung zwischen spezifischen Anlagefaktoren, Reifungsprozessen und Umwelteinflüssen, insbesondere der Interaktion mit den relevanten Bezugspersonen sowie deren innerpsychischer Verarbeitung sehen, wobei letzterem das Hauptinteresse gilt. Dabei zeigten sich – gegen die reichhaltige praktische psychoanalytische Erfahrung, die von Anbeginn der Psychoanalyse an ein umfangreiches Wissen der inneren und äußeren Erfahrung der Patienten und deren Verarbeitungsmuster lieferte – zumindest im Mainstream psychoanalytischen Denkens immer wieder gewisse Engführungen hinsichtlich der relevanten Bezugspersonen, die erst im Laufe der Jahrzehnte in ihrer Bedeutsamkeit theoretisch konzeptualisiert wurden: so wurde bis auf wenige Ausnahmen lange Zeit, Freuds Triebmodell verhaftet, die Bedeutung des Vaters für das Kleinkind zu wenig reflektiert (vgl. GRIESER, 1998, 2008; SCHON, 1995; DAMMASCH & METZGER, 2006), ebenso weitgehend die Bedeutung der Geschwister, die lange Zeit kaum in relevanter Weise in der psychoanalytischen Literatur auftauchten, wie wenn es sie nicht gäbe (vgl. PETRI, 1994; SOHNI, 2004; ADAM-LAUTERBACH, 2007; HEENEN-WOLF, 2007).

Es gibt keine einheitliche, in sich konsistente psychoanalytische Entwicklungspsychologie und -theorie. Dafür ist die psychoanalytische Theorie zu komplex und zu umfassend und die unterschiedlichen Grundansätze sind zu divergierend. Was es gibt, sind (ähnlich wie bei der psychoanalytischen Krankheitslehre) unterschiedliche komplexe Teilmodelle und miteinander konkurrierende Vorstellungen sowie unterschiedlich komplexe Integrationsversuche (KRAUSE, 1997, S. 41, S.160 ff.). Mit Krause kann davon ausgegangen werden, dass es bei den in sich keineswegs einheitlichen psychoanalytischen Entwicklungspsychologien um eine „Entwicklung und teilweise Falsifikation der Vorstellungen Freuds ... (geht, A.W.), die ...weg von einer starren phasengesteuerten, autochthonen Triebentwicklung hin zu beziehungsorientierten Entwicklungsmodellen ... gekennzeichnet werden kann“ (KRAUSE, 1998, S. 86).

Lange Zeit ging die psychoanalytische Entwicklungspsychologie rekonstruktiv vor, d.h., aus den Psychoanalysen Erwachsener und deren Erinnerungen wurde auf die frühe Entwicklung zurückgeschlossen, ohne dies ausreichend empirisch abzusichern; KRAUSE (1998, S. 86, 92) spricht hierbei von „Entwicklungsmythologien“ bzw. gemeinsamen „Entwicklungsmythen“ des Patienten und des Analytikers. Zwar gab es schon sehr früh Ansätze der direkten Beobachtung von Kindern; erinnert sei an die schon früh beginnende psychoanalytische Arbeit mit Kindern, nicht nur an A. Freud und M. Klein, die für die weitere Entwicklung stilbildend wurden, sondern auch an andere Vorreiterinnen der Kinderanalyse wie H. Hugh-Helmut (vgl. HOLDER, 2002, S. 26 ff.) und S. SPIELREIN (1987; vgl. RICHBÄCHER, 2005, 2009), die bereits sehr früh die hohe Bezogenheit, Reziprozität und Responsivität des Kindes den Bezugspersonen gegenüber benannte und darin vorwegnahm, was heute als zentrale Kategorien der hohen interaktionellen Kompetenz des Säuglings angesehen wird (vgl. STERN, 1985; DORNES, 1993, 1997, 2000, 2006). Es mutet aus heutiger Sicht etwas seltsam an, dass das implizite Wissen um kindliche Entwicklung, das bei vielen Analytikern vorhanden war, lange nicht explizit wurde, ähnlich wie die soziale Bezogenheit des Menschen lange Zeit theoretisch vernachlässigt und trotz aller kulturanalytischen und sozialpsychologischen Bezüge seitens der damaligen Psychoanalyse viel zu wenig zur Kenntnis genommen wurde – und das zu einer Zeit, in der die sozialen Bezüge des Menschen Zeitgeist waren und in der Luft lagen – M. Bubers „Ich und Du“ erschien 1923, im gleichen Jahr wie Freuds „Das Ich und das Es“ (vgl. WALTER, 2009b).

Aspekte psychoanalytischer Entwicklungspsychologie

Die psychoanalytische Entwicklungspsychologie umfasst komplexe Theorien zur gesunden und pathogenen psychischen Entwicklung. Ausgehend von Freuds Triebtheorie wurden insbesondere für die Entwicklung der Ich-Funktionen und der Abwehrtätigkeit des Ich (A. FREUD, 1936; TYSON & TYSON, 1990, S. 201 ff., 299 ff.; TRAUTH, 1997; KRAUSE, 1998, S. 116 ff., 193 ff.), für die Entwicklung der Objektbeziehungen sowie die Entwicklung des Selbst (TYSON & TYSON, 1990, S. 79 ff.; BACAL & NEWMAN, 1994; KRAUSE, 1998, S. 93 ff.;

FONAGY & TARGET, 2003a; KUTTER & MÜLLER, 2008) komplexe Theorien und Modelle ausgearbeitet.

Freuds biologisch-physiologisch orientiertes Entwicklungsmodell

In seinen „Drei Abhandlungen zur Sexualtheorie“ von 1905 samt ihren späteren Ergänzungen legt S. Freud sein bekanntes Phasenmodell der psychosexuellen Entwicklung vor. Dieses orientiert sich an biologisch-körperlichen Parametern (Mund, Anus, Genitalien), anhand derer sich entwicklungsphasenspezifisch und eingebettet in die Dynamik der jeweiligen Beziehung eine bestimmte Sexualentwicklung zeigt (orale, anale, phallische, ödipale und genitale Phase), die von Freud als ubiquitär angesehen wurde.

Das Kind erlebt von Anfang an über zentrale biologisch-physiologische Regulationsmechanismen, angelehnt an spezifische positive Sensationen an bestimmten Körperteilen (Mundschleimhaut beim Saugen, Analschleimhaut bei Ausscheidungen, angenehme Empfindungen beim Berühren der Genitalien) positiv-lustvolle Empfindungen, was durch die biologisch notwendige Wiederholung eine immer neue Quelle angenehmer Reize darstellt und entsprechend libidinös besetzt wird. Hinzu kommt die Wahrnehmung, dass es unterschiedliche Geschlechter gibt, die mit bestimmten – sozial normierten und darin gesellschaftlich-kulturell überlagerten – Vorstellungen und Erfahrungen verbunden werden, die eine bestimmte Konnotation der eigenen Geschlechtlichkeit und damit verbunden spezifische Ängste (z.B. vor Kastration) zur Folge haben. Abgeschlossen wird die Entwicklung der kindlichen Sexualität durch die ödipale Entwicklung. Diese ist durch einen bestimmten Verlauf gekennzeichnet und endet mit der Nichtdurchsetzbarkeit der eigenen sexuellen Wünsche insbesondere gegenüber dem gegengeschlechtlichen Elternteil und dem Aufbau des Über-Ich als innerer Regulationsinstanz (zum aktuellen Diskussionsstand vgl. TYSON & TYSON, 1990; MERTENS, 1996, 1997a; SCHON, 1995; BÜRGIN, 1998; DAMMASCH, KATZENBACH & RUTH, 2008). Nach einer Zeit der sexuellen Latenz bricht in der Pubertät aufgrund physiologischer Prozesse die sexuelle Problematik erneut auf und führt im gelungenen Fall zu einer integrierten Ausgestaltung erwachsener genitaler Sexualität (FREUD, 1905; 1917, S. 300 ff.; 1933, 517 ff.). Freud arbeitete dabei u.a. heraus, dass die kindliche Wahrnehmung der Sexualität von dem jeweiligen psychosexuellen Entwicklungsstand des Kindes abhängig ist, d.h. Vorstellungen von Sexualität, Kinderzeugung, Geburt etc. zunächst phasenspezifisch über orale und anale Phantasmen laufen und Sexualität im Sinne genitaler Sexualität erst im Laufe der ödipalen und nachödipalen Entwicklung wahrgenommen wird (FREUD, 1908, 1923b; vgl. die empirischen Untersuchungen zur Thematik bei WERNER & LANGENMAYR, 2006). Die biologisch angelegte Triebentwicklung zeigt sich als durch innere Erfordernisse und äußere, in der Regel soziale Anforderungen an das Kind zunehmend geformt, was zu bestimmten inneren Regulationen führt – aus äußeren Konflikten werden innerpsychische Konflikte –, die Freud dynamisch zunächst als Ergebnis einer inneren Zensur bzw. als Triebchicksal (FREUD, 1900, 1915), später mit seinem Strukturmodell unter Über-Ich-/Ich-Ideal-Aspekten als innerem Regulator (FREUD, 1923a) konzipiert hat.

Zugleich entwickelte Freud in Bezug auf die psychosexuellen Entwicklungsphasen eine genetische Theorie psychischer Störungen in Form von arretierten Entwicklungen an biographisch problematisch erlebten und das Individuum überfordernden Entwicklungspunkten, die im Zusammenhang mit unbewussten Konflikten eine innere Fixierung der psychischen Entwicklung bewirken, auf die in späteren das Ich überfordernden Konfliktsituationen als Fixierungspunkte zurückgegriffen wird, was die Spezifität der jeweiligen Störungen ausmacht. Dieses Modell gilt bis heute als ein zentraler entwicklungspsychologischer Bezugspunkt psychoanalytischer Theorien und als Grundmodell der psychoanalytischen Krankheitslehre, wenn sie auch in vielen Punkten ausdifferenziert und verändert wurde (vgl. MENTZOS, 1984, 2009; LOCH, 1998; ERMANN, 2004; EHLERS, 2007, HOLDER, 2007, 2009; KUTTER & MÜLLER, 2008; HOPF & WINDAUS, 2007; HEINEMANN & HOPF, 2008).

Durch die Dominanz der Triebtheorie wurden längere Zeit andere Bereiche, wie z.B. die Entwicklung des Ich und die Entwicklung der Objektbeziehungen, welche die Triebentwicklung entscheidend mitregulieren, weniger fokussiert. LOEWALD (1969, S. 321; 1970, S. 291; 1971, S. 127 f., 1978, S. 208) verwies öfters darauf, dass es den Trieb als solchen nicht gibt, Triebe vielmehr über die Mutter-Kind-Beziehung einsozialisiert sind, Triebe mit hin Niederschlag von Beziehungserfahrung beinhalten, sich aus der psychischen Mutter-Kind-Matrix herausdifferenzieren. In jüngster Zeit hat MÜLLER-POZZI (2008) die intersubjektive Genese der infantilen Sexualität aus psychoanalytischer Sicht erneut betont.

Eriksons epigenetisches Modell der menschlichen Entwicklung

Eine wesentliche Erweiterung hin zu psychosozial geprägten Entwicklungsmodi erhielt das Freud'sche Phasenmodell durch E.H. Erikson, der das physiologisch-biologische Modell Freuds um psychosoziale Komponenten ergänzt hat (ERIKSON, 1950b, S. 42 ff., 1959, 1982). Auf dem Boden der Triebtheorie und der psychosexuellen Entwicklung arbeitet Erikson die sozialen Momente der einzelnen Phasen heraus, die er im Laufe seiner Theoriebildung zu einem das ganze Leben des Menschen umfassenden Entwicklungsmodell der menschlichen Identität bis zum hohen Lebensalter systematisiert. Erikson identifiziert in seinem epigenetischen Modell, das die psychosexuelle Entwicklung des Kindes, seine Reifungs- und Wachstumstendenzen und den konkreten sozialen Bezug in der Familie bzw. der herrschenden Sozialstruktur zusammenführt, zentrale, für die jeweiligen Entwicklungsstufen zugrunde liegende Entwicklungsthemata und jeweils phasentypisch zu lösende Grundkonflikte. Diese Entwicklungsschritte sind in sich kritisch und störanfällig, erfahren unter günstigen Bedingungen eine Lösung, die es ermöglicht, in der Eigenentwicklung fortzuschreiten. Gelingt dies aufgrund dysfunktionaler Lösungen nicht, bleibt ein Missverhältnis bestehen, das sich nicht nur entwicklungsblockierend auswirkt, sondern auch mit belastenden Grundbefindlichkeiten des Erlebens und In-der-Welt-Seins verbunden ist. Erikson hat dabei für jede Entwicklungsphase bestimmte Grundpolaritäten benannt, die sich im Wesentlichen an den psychosexuellen Entwicklungsphasen orientieren: Ur-Vertrauen gegen Ur-Misstrauen (orale Phase), Autonomie gegen Scham und Zweifel (anale Phase), Initiative gegen Schuldgefühl (phallisch-ödipale Phase), Werksinn gegen Minder-

wertigkeit (Latenz), Identität und Ablehnung gegen Identitätsdiffusion (Pubertät). Im frühen Erwachsenenalter, das nicht mehr durch ein Modell psychosexueller Entwicklung abgedeckt ist, folgen Intimität und Solidarität gegen Isolierung (Phase reifer Genitalität), im mittleren Alter Generativität gegen Selbst-Absorption und im fortgeschrittenen Alter Integrität gegen Verzweiflung und Ekel. Die generelle Entwicklungsaufgabe sieht Erikson in einer doppelten Integration: die je entwicklungsstufenspezifische Integration der aktuellen psychosexuellen und psychosozialen Aufgaben der akuten Entwicklungsstufe und die Integration der neu entstandenen Identitätsmomente in die bereits bestehende Identität (ERIKSON, 1956, S. 143). Der damit namhaft gemachte Entwicklungsprozess ist in vielfacher Hinsicht störanfällig: seitens des Individuums, der sozialen Umwelt sowie aktueller gesellschaftlicher, kultureller, politischer und religiöser Krisensituationen. Psychische Pathologie ist damit – und dies ist eine Konsequenz des Erikson'schen Modells – in den seltensten Fällen rein individuell innerpsychisch veranlasst, sie verdankt sich vielmehr einer Vielfalt innerer und äußerer Faktoren, vermittelt über die soziale Umwelt und wie diese sich in ihren psychosozialen Aspekten im Individuum niederschlägt.

A. Freud: Disparate Entwicklungslinien und innere Konflikthaftigkeit

A. Freud verband unter Aufnahme von Überlegungen ihres Vaters die sich entwickelnde ichpsychologische Behandlungstechnik mit Abwehranalyse (A. FREUD, 1936) und betonte aufgrund ihrer vielfältigen analytischen Erfahrung mit Kindern das Ineinanderwirken von inneren und äußeren pathogenen Faktoren (z.B. auch Verhalten der Eltern) in der Entwicklung des Kindes. Für sie schreitet diese Entwicklung unter einigermaßen guten Bedingungen stetig voran, verläuft jedoch nicht linear, sondern per se krisenhaft. Insofern ist bei der kindlichen und jugendlichen Entwicklung von einer Ungleichzeitigkeit bzw. Ungleichheit unterschiedlicher Entwicklungslinien auszugehen bis hin zu hoch disparaten Entwicklungen (A. FREUD, 1965, S. 46; 1974, S. 2684; 1979). Kindertherapeuten kennen dieses Phänomen gut: öfters sehen wir bei Kindern z.B. eine (vermeintlich) gute bis sehr gute kognitive Entwicklung, die sich bei näherem Hinsehen als hypertrophiertes Abwehrphänomen zeigt, z.B. um Ängste zu regulieren und/oder emotionale Defizite auszugleichen.

Insofern ist für die kindliche Entwicklung charakteristisch, dass es in ihr immer progressive und regressive Tendenzen gibt, die in unzähligen Varianten vorkommen. Disharmonien zwischen verschiedenen Entwicklungslinien, insbesondere regressiver Art, sind, insofern sie nicht übermäßig groß und auf Dauer belastend sind, nicht als pathologische Erscheinungen, vielmehr als Variationen im Rahmen des Normalen und als entwicklungsstabilisierend anzusehen (a.a.O., S. 88, 214). In der Regel sind sie situativ, kurz anhaltend und werden, wenn nicht mehr nötig, spontan aufgegeben. Persistieren Regressionen, werden sie pathogen (a.a.O., S. 104). Gleiches gilt für kindliche Hemmungen, Symptome und Ängste als mögliche Begleiterscheinungen der normalen Entwicklung (a.a.O., S. 214). Kinder leiden oft nicht an ihren Symptomen, vielmehr unter den Erfahrungen, die sie mit ihnen im sozialen Umfeld machen, seien dies Versagungen und Anforderungen der Umwelt, Anpassungsschwierigkeiten oder sei dies bedingt durch die Unreife ihres Ich (a.a.O.,

S. 116). Dies impliziert unvermeidliche Konflikte, wobei A. Freud (a.a.O., S. 124 ff.) drei Arten unterscheidet:

- Äußere Konflikte resultieren aus Konflikten zwischen kindlichem Luststreben und der realen Umwelt, was zu Versagungen, Einschränkungen sowie zu alters- und entwicklungs-spezifischen Ängsten führt (Angst vor Vernichtung und vor Objektverlust in der oralen Phase, Angst vor Liebesverlust, Angst vor Kritik und Strafe in der analen Phase, Angst vor Kastration in der phallisch-ödipalen Phase).
- Verinnerlichte Konflikte resultieren aus der Über-Ich-Entwicklung: Das Kind hat über Identifizierung mit seinen Eltern im Laufe seiner Entwicklung deren Forderungen verinnerlicht. Daraus ergeben sich spezifische Ängste wie Angst vor Über-Ich-Forderungen sowie Schuldgefühle.
- Innerliche Konflikte zwischen Es und der Ich- bzw. der Über-Ich-Organisation (z.B. Ambivalenzkonflikte, verborgene/unbewusste Ängste vor Es-Impulsen)

Kindliche neurotische Symptome und Konflikte kommen erheblich häufiger vor als im Erwachsenenalter; sie sind teilweise als unzweckmäßige Bemühungen anzusehen, unter ungünstigen äußeren und inneren Umständen ein kurzlebiges inneres Gleichgewicht herzustellen (a.a.O., S. 143). Als „klassische ätiologische Formel“ der Neurosenentstehung im Kindheits- und Erwachsenenalter führt A. Freud folgende Entwicklungsdynamik auf: „von einer drohenden Gefahr (Versagung, Triebverzicht, Kastrationsdrohung, drohender Liebesverlust) zur Angst (Angst vor Objektverlust, Liebesverlust, Kastrationsangst, Schuldgefühl); von der Angst zur Regression zu einem Fixierungspunkt auf einer früheren Stufe der Libidoentwicklung; auf Grund der Regression Auftauchen prägenitaler Triebabkömmlinge, die dem Ich unerträglich sind; Abwehrvorgänge, die das Ziel haben, diese Abkömmlinge wieder aus dem Ich auszuschließen; Misslingen der Abwehr und Kompromissbildungen zwischen Trieb und Ich: Auftauchen des Symptoms“ (a.a.O., S. 196; vgl. S. 140 f. und FONAGY & TARGET, 2003a, S. 96 f.).

Aufgabe des Therapeuten ist es, dem kindlichen Ich in seinen inneren Konflikten über Einsicht in diese Konflikte zu Hilfe zu kommen mit dem Ziel der Befreiung, Bereicherung und ungestörten Fortentwicklung der Persönlichkeit des Kindes, das seinen eigenen Weg zur Heilung und Besserung sucht (a.a.O., S. 197, 203, 212). Angezielt werden dabei innerpsychische Veränderungen in dem Verhältnis zwischen Es, Ich und Über-Ich und nicht „Änderungen in der Symptomatologie oder im Benehmen des Kindes, also Besserungen, die auf ganz anderen und mehr oberflächlichen Vorgängen beruhen und die Neurose selbst unangetastet lassen“ (a.a.O., S. 206).

In der Therapie werden die unterschiedlichen inneren Anteile des Kindes wirksam, die, handelt es sich um gesunde Anteile des Kindes, aufgrund des kindlichen Reiz- und Erleb-

nishungers mit Neugierde und Exploration verbunden sind, so dass der Therapeut als neues, interessantes Gegenüber erlebt werden kann. Angesichts der kranken Anteile wird aufgrund des neurotischen Wiederholungszwangs, den A. Freud im Duktus der Triebtheorie als Ausdruck der Triebentwicklung des Kindes sieht, der Therapeut als Übertragungsobjekt angesehen. Dabei kann er in mehreren Übertragungsfunktionen auftreten (a.a.O., S. 45 ff.): Im Lauf der phasentypischen Triebentwicklung des Kindes wird er Objekt für libidinöse und aggressive Übertragungen auf den verschiedenen Entwicklungsstufen (orale Versorgung/Versagung, analer Trotz, ödipale Besetzungen). Ebenso kann er als äußerer Vertreter innerer Instanzen im Sinne der Externalisierung von Persönlichkeitsanteilen und Konflikten zwischen und innerhalb der psychischen Instanzen angesehen werden: auf der Es-Ebene als Erfüller unterschiedlichster Wünsche (was Kinder meiner Erfahrung nach in Therapien oftmals sehr direkt ansprechen); auf der Ebene des Ich kann der Therapeut als Hilfs-Ich bei Angstbewältigung und anderen Formen der Selbstregulation gesehen werden, auch als derjenige, der Bedrohliches ausspricht und verbal und innerlich hält, sowie als Vertreter von Über-Ich- oder Ich-Ideal-Anteilen im Sinne einer Bestrafungserwartung oder Leistungsorientierung.

Fungiert man als Therapeut für das Kind als Übertragungsobjekt, wird das Kind in der Therapie alte und aktuelle Gefühlsbeziehungen zu relevanten Bezugspersonen reinszenieren und alte Beziehungen wiederholen, die im Hier und Jetzt der Therapie bearbeitet werden können. Zugleich ist man als Therapeut immer auch ein neues, reales Objekt, was Kinder dazu nutzen können, „Korrektur und Entschädigung für Enttäuschungen an Liebesobjekten aus früheren Zeiten“ zu erleben (a.a.O., S. 204 f., kursiv im Orig.).

M. Klein: Existentielle Entwicklungsdynamiken der frühesten Kindheit

Neben der kaum rezipierten S. Spielrein entwickelte M. Klein als eine der ersten Psychoanalytikerinnen eine Theorie der frühesten Beziehungsdynamik zwischen Mutter und Kind und deren Regulation über innerpsychische Prozesse, so dass Klein als eine der ersten Objektbeziehungstheoretikerinnen gilt. Dabei werden, ausgehend von Freuds psychosexueller Phasenlehre und seiner Triebtheorie nach 1920, die libidinöse und aggressive Impulse unterscheidet (FREUD, 1920, 1923a, 1933, S. 529 ff., 1940), die Entwicklung der kindlichen Aggression und der frühen Ängste thematisiert. Klein betont die Bedeutung der frühen kindlichen Phantasien, Ängste und Objektbeziehungen, die mit den Besonderheiten der frühen Entwicklungsphasen und den ersten Beziehungserfahrungen zur Mutter bzw. zum mütterlichen Körper zusammenhängen: Die frühesten Objektbeziehungen des Neugeborenen werden durch innere Vorgänge (Phantasien, imaginierte Angstobjekte) und äußere Vorgänge bestimmt, zentrale Rolle spielt von Anbeginn an die Angst. Die unbewussten archaischen Phantasien des Kindes sieht Klein als psychische Repräsentanten der kindlichen, auf die frühesten Beziehungen zum Körper der Mutter bezogenen Triebregungen.

Nach M. Klein projiziert der Säugling libidinöse und aggressive Impulse auf das mütterliche Objekt in Form des Partialobjekts der mütterlichen Brust als erster Form der Objektbe-

ziehung. Durch die aufgrund der eigenen projizierten libidinösen und aggressiven Triebimpulse und der damit und mit dem Erleben der Mutter verbundenen „Erfahrung“ wird die Mutter auf der frühen Stufe, in der die Mutter zunächst nicht als ganze Person, vielmehr als Partialobjekt wahrgenommen wird, subjektiv als gute (= präsente und befriedigende) Brust und als böse (= nicht präsente und feindselige, bedrohliche) Brust erlebt. Entsprechend geht M. Klein, Gedanken von Fairbairn übernehmend, von zwei Grund-Befindlichkeiten hinsichtlich des innerpsychischen Objektbezugs aus (KLEIN, 1928, 1932, 1933, 1945, 1962):

Die paranoid-schizoide Position, die M. Klein bis zum 6. Lebensmonat annimmt, ist charakterisiert durch starke Spaltungen der Objekte und des Ich; es dominieren Beziehungen zur Mutter als Partialobjekte, wobei die befriedigende/versagende Brust als Prototyp der Objektbeziehung gilt, je nach der Projektion libidinöser oder aggressiver Anteile. Angenehme, „gute“ Gefühle/Objekte werden in der Folge in Form beruhigender, idealisierter Objekte introjiziert, unangenehme, „böse“ Gefühle/Objekte werden projiziert und in Form gefährlicher/verfolgender Objekte angstbesetzt wahrgenommen. Typische Abwehrmechanismen des frühen, sehr unreifen Ich gegen die Vernichtungs- und Zerstörungsangst sind Spaltung des Objekts und/oder des Ich, Idealisierung, Verleugnung der inneren/äußeren Realität, Unterdrückung von Gefühlen sowie projektive Identifikation. Die paranoid-schizoide Verarbeitung früher Entwicklungsängste sieht M. Klein als möglichen Ursprung psychogener Psychosen an.

Aufgrund der weiteren Entwicklung des Säuglings im Sinne der zunehmenden Fähigkeit des kindlichen Ich zur Integration (die zugewandt-versorgende Mutter und die versagend-bedrohliche Mutter wird nun als eine Person wahrgenommen) kommt es nach M. Klein in der zweiten Hälfte des ersten Lebensjahres zu einer neuen spezifischen Angst: aggressive Gefühle gegen die versagende Mutter bzw. als Teilobjekt versagende/böse Brust werden als eine bedrohliche Gefahr für die zugewandt-versorgende Mutter/gute Brust erlebt, mithin gelten aggressive Angriffe gegen die böse Brust auch der guten Brust, die Mutter kann als ganzes Objekt zerstört werden. Es entwickelt sich somit eine neue Form der Angst in Verbindung mit Schuldgefühlen im Zusammenhang mit der (phantasierten) Zerstörung des Objekts und dem (phantasierten) Verlust des inneren und äußeren Objekts. Die vermehrt synthetisierende Fähigkeit des Ich, dem es zunehmend gelingt, „gute“ (= nicht bedrohliche, positive) und „böse“ (= feindselig-bedrohliche) Aspekte der Objekte zu integrieren, verlangt somit eine neue, andere Regulation libidinöser und aggressiver Strebungen, von Liebe und Hass im dem Sinne, dass das gefährdet phantasierte Objekt aufrechterhalten bleibt. Insofern sind in dieser Entwicklungsphase des Säuglings, die M. Klein die „depressive Position“ nennt, neue Formen der Umgangs mit den eigenen Triebimpulsen notwendig, die das Überleben des Objekts garantieren. Als typische Regulations- und Abwehrmaßnahmen der depressiven Position gelten Gemhemtheit, Wiedergutmachung, Unterdrückung der Aggression, Verschiebung auf andere Objekte und die Suche nach neuen Objekten. In diesen sich entwickelnden Fähigkei-

ten der depressiven Position sieht M. Klein die Disposition zu möglicher neurotischer Symptombildung.

Über die depressive Position als entwicklungsbedingter Nötigung das Objekt, von dem man abhängig ist, zu erhalten, konstatiert sich Ende des ersten Lebensjahres ein frühes Über-Ich und ein prägenitaler Ödipuskomplex. Die Annahme eines sehr frühen, prägenitalen Ödipuskomplexes und Über-Ich, das sich bereits Ende des ersten Lebensjahres zu konstituieren beginnt und in der depressiven Position seinen Niederschlag findet, stellte zum Entsetzen mancher damaliger Analytiker eine massive Abweichung von zentralen Positionen Freuds dar, der die Über-Ich-Bildung im Zusammenhang mit dem ödipalen Konflikt, also erheblich später, ab dem 4. Lebensjahr verortete, und wurde mit Freuds Psychoanalyse nicht mehr vereinbar angesehen, was neben vielen anderen Punkten zu massiven Kontroversen innerhalb der damaligen britischen Psychoanalyse führte (vgl. KING & STEINER, 2000) und mit zur Entstehung der „Independent Group“ führte, denen viele bis heute bedeutsame Objektbeziehungstheoretiker wie Balint, Fairbairn, Winnicott u.a. zuzurechnen sind (KOHON, 1986).

Auch wenn der stark an Freuds Triebtheorie orientierte und mit vielen sexuellen Phantasmaten kleiner Kinder durchsetzte Ansatz M. Kleins für viele heutige Leser schwer nachvollziehbar ist, erscheint mir ihr Modell sehr beachtenswert, insbesondere wenn die impliziten sozialen und interaktionellen Bezüge mitgedacht werden. M. Klein formuliert im Rahmen der damals gängigen psychoanalytischen Referenztheorie – hier insbesondere der Triebtheorie mit der Unterscheidung von Todestrieb und Lebenstrieben (FREUD, 1920) – und unter zum Teil fataler Vernachlässigung realer Beziehungsdynamiken frühkindliche Existenzängste und innerpsychische Impulse und Reaktionen des Säuglings, sich das Objekt zu erhalten, was zu einer existentiellen Not des Säuglings werden kann, auf die der Säugling hochsensibel mit massiven Anpassungsleistungen reagiert bzw. antwortet. Die Bedrohlichkeit der frühesten Erfahrung mit dem Primärobjekt (z.B. seitens depressiver Mütter; vgl. GREEN, 1993; BRISCH, 2009, S. 162 ff.), die durchaus traumatisierenden Charakter haben können – meines Erachtens umschreibt die paranoid-schizoide Position auch Ängste und Reaktionen nach frühen Traumatisierungen -, wird heute eher unter dem Thema der Selbstobjektfunktion des Säuglings für das Primärobjekt benannt (vgl. WALTER, 2009a). Übernimmt ein Säugling, um psychisch und physisch überleben zu können, Selbstobjektfunktion für das Primärobjekt im Sinne der pathologischen psychischen Abhängigkeit des Primärobjekts von der Bestätigung seitens des Säuglings, die zur Selbstregulation des Primärobjekts notwendig wird, und sind Primärobjekt bzw. beide Eltern mit dem Säugling entsprechend verstrickt, so wird die Eltern-Kind-Beziehung zu einem Überlebenskampf zwischen Säugling und dessen Eltern. Die Bedrohlichkeit dieses Zustandes für den Säugling wurde – sieht man die Formulierungen M. Kleins auch unter beziehungs-dynamischen Aspekten und nicht nur als rein innerpsychischen Ausdruck der inneren Spannungsregulation von Triebregungen – von M. Klein sehr genau gesehen und ihrer existentiellen Bedrohlichkeit entsprechend formuliert. Ihre für heutige Leser etwas seltsam

anmutende Begrifflichkeit entspricht zwar nicht mehr heutigen Denken – auch sehen wir heute inhaltlich manche Details der Klein'schen Gesamtheorie anders –, sie hält jedoch einen Sprachduktus aufrecht, der den aktuellen, neutral wirkenden und die existentielle Bedrohlichkeit kaum widerspiegelnden psychoanalytischen Begriffen leider weitgehend abgeht.¹

Zur Entwicklung der Objektbeziehungen

Neben der psychoanalytischen Triebtheorie und Ich-Psychologie entwickelte sich von Anfang der Psychoanalyse an eine Richtung, welche die Bedeutung insbesondere der frühen konkreten Objektbeziehungen zunehmend betonte und diese theoretisch und behandlingstechnisch mehr konzeptualisierte (vgl. BACAL & NEWMAN, 1994; FONAGY & TARGET, 2003a; KUTTER & MÜLLER, 2008). Neben Vorgängern wie Klein, Ferenczi u.a. spielte die „Independent Group“ (KOHON, 1986) eine wichtige Rolle. Deren Überlegungen und Konzepte haben nach FONAGY UND TARGET (2003a, 192 f.) die auf Annahmen der Triebtheorie und Ich-Psychologie basierenden dynamischen Entwicklungsmodelle der Psychoanalyse „radikal verändert“. Gegenüber der Triebtheorie und der Ich-Psychologie fand in der Objektbeziehungstheorie eine Akzentverschiebung auf die zuvor eher implizit berücksichtigten und oftmals triebtheoretisch verklausulierten Beziehungserfahrungen statt. Vor allem wurde die grundlegende Bedeutung der verinnerlichten Objektbeziehungen, d.h. der frühen, zunächst rein dyadisch, später zunehmend triadisch konzipierten Beziehungen (vgl. SCHON, 1995; GRIESER, 1998, 2008; BÜRGIN, 1998; MERTENS, 1996; DAMMASCH, KATZENBACH & RUTH, 2008) einschließlich der expliziten und unbewussten Erwartungshaltungen an die Kinder (RICHTER, 1963; BRAZELTON & CRAMER, 1990, S. 157 ff.; CRAMER, 1989; FRAIBERG, ADELSON & SHAPIRO, 1980; v. KLITZING, 1998) für die menschliche Entwicklung und die Ausbildung psychischer Strukturen in ihren entwicklungsfördernden und -blockierenden Aspekten thematisiert. Insofern wird in der psychoanalytischen Objektbeziehungstheorie das komplexe Verhältnis der vergangenen zu den aktuellen intrapsychischen und interpersonellen Objektbeziehungen betont; diese inszenieren sich in der therapeutischen Beziehung – vom psychoanalytischen Setting her beabsichtigt, damit sie aktuell zugänglich werden – in Form der sich herstellenden Beziehungsdynamik zwischen Patient und Analytiker, klassisch als Übertragung namhaft gemacht.

Da die psychoanalytischen Objektbeziehungstheorien den innerpsychischen Niederschlag der Erfahrung mit anderen fokussieren, haben sie nie allein die beobachtbaren und messbaren konkreten interpersonellen Beziehungen zum Thema, sondern vielmehr die hochkomplexe innerpsychische Verarbeitung dieser Erfahrungen. Dies erklärt in gewisser Weise die sehr lange und teilweise heute noch bestehende Reserviertheit analytischer Autoren gegenüber der Bindungsforschung in der Folge Bowlbys und gegenüber der Säuglingsforschung, da diese ihrer Meinung nach über die spezifischen innerpsychischen, d.h. subjektiv erlebten Erfahrungsgehalte und deren weitgehend unbewusste innerpsychische

¹ Interessant ist in diesem Zusammenhang „Melanie Klein for Beginners“ (Hinshelwood et al., 1997).

Verarbeitung nur wenig aussagen können. Viele nicht nur für Außenstehende zum Teil befremdlich wirkende Auseinandersetzungen um die Relevanz der Bindungs- und Säuglingsforschung für die psychoanalytische Theorie und Praxis scheinen mir den daraus folgenden Implikationen geschuldet.

Insofern geht es in der Objektbeziehungstheorie, der Selbstpsychologie und in deren Folge in der interaktionellen und relationalen Psychoanalyse – egal welcher Provenienz – immer auch um mit unterschiedlichen Theorien verbundene Interpretamente des innerpsychischen Niederschlags der Erfahrungen mit sich und anderen und deren Wechselwirkungen sowie den daraus folgenden innerpsychischen und interpersonalen Regulations- und Kompensationsversuchen. Es dürfte heute ein Konsens zwischen auch sehr unterschiedlichen Ansätzen darin bestehen, die Objektbeziehungen nicht nur als rein innerpsychischen Niederschlag von Erfahrungen mit den Objekten, in der Regel anderen Menschen und insbesondere den relevanten Bezugspersonen, zu konzeptualisieren, worin sich immer – wenn auch subjektiv gebrochen – reale Erfahrungen mit anderen Menschen niederschlagen; vielmehr beinhaltet das (intrapyschische) Erleben des Objekts immer auch ein damit verbundenes Selbsterleben des jeweiligen Subjekts. Dementsprechend sprechen TYSON UND TYSON (1990, S. 79, Anm. 10) von „intrapyschischen Repräsentationen des Selbst, des Anderen und ihrer jeweiligen Rolle im gemeinsamen Interaktionsgeschehen“ bzw. KERNBERG (1993, S. 97) von der „Beziehung zwischen dem Selbst und dem Anderen – in Form einer Interaktion zwischen Selbstrepräsentanz und Objektrepräsentanz“. Bezieht sich die Selbstrepräsentanz auf innere (unbewusste, vorbewusste oder bewusste) Vorstellungen des eigenen Selbst als (leibseelische) Einheit, so beinhaltet Objektrepräsentanz die innere (unbewusste, vorbewusste oder bewusste) Vorstellung des Anderen. Beide – Selbstrepräsentanz und Objektrepräsentanz – können nicht getrennt voneinander gesehen werden.

M. Balint: Primäre Objektliebe

M. Balint als ein früher Vertreter der Objektbeziehungstheorie ging im Gegensatz zu FREUD (1914b), der in seinem Narzissmuskonzept die Selbstliebe des Säuglings bzw. dessen Autoerotik als der Objektliebe vorausgehend ansieht, von einem primären, angeborenen Bedürfnis des Säuglings aus, vom Objekt geliebt zu werden (BALINT, 1965, S. 93 ff.; 1968, S. 45 ff., 79 ff.). Zunächst wird das Objekt als Teil des eigenen Selbst erlebt, es gibt keine Differenzierung zwischen Ich und Objekt. Objekte werden als für den Säugling existierend erlebt, der Säugling entwickelt eine omnipotente Einstellung ihnen gegenüber. Diese ursprüngliche Einheit zwischen Selbst und Objekt differenziert sich im Laufe der Entwicklung aus, Selbst und Objekte können zunehmend getrennt erlebt werden. Kommt es vor der stabilen Ausdifferenzierung von Selbst und Objekt zu massiven Beeinträchtigungen oder gar Traumatisierungen, hat dies Folgen in Form einer „Grundstörung“, welche die Grundlage für Persönlichkeitsstörungen bilden kann. Bei der Grundstörung geht es um eine hoch angstbesetzte grundlegende Beeinträchtigung des Selbsterlebens in dem Sinne, dass irgendetwas im eigenen Inneren nicht stimmt, worauf das Kind versucht, in seiner Umwelt

Lösungen zu finden. Dabei benennt Balint zwei charakteristische Modi der Bewältigung dieser bedrohlichen Situation: Das Kind versucht, die Abhängigkeit vom Objekt durch die Suche nach mehr Objektbezug im Sinne übersteigerter Objektabhängigkeit (oknophile Einstellung) zu lösen oder dadurch zu regulieren, diese Abhängigkeit zu leugnen und vom Objekt unabhängiger zu werden (philobatische Einstellung), was sich zu bleibenden Grundhaltungen im Umgang mit sich selbst und anderen herauskristallisieren kann (BALINT, 1959; 1968, S. 83 ff.; 1965, S. 183).

W.R. Fairbairn: Objektbezug als psychisches Regulationsprinzip

Noch weiter ging FAIRBAIRN (2000a, 2000c, 2000d), nach FONAGY UND TARGET (2003a, S. 194) „der konsequenteste dieser Objektbeziehungstheoretiker“. Für ihn gilt: „Das eigentliche Ziel der Libido ist das Objekt“, sprich die Mutter (FAIRBAIRN, 2000a, S.60). Entwicklung beruht für ihn im Wesentlichen auf den Objektbeziehungen. Anders als S. Freud u.a. sieht er nicht mehr Spannungsabfuhr im Sinne der Regulation von Triebspannung, sondern Objektbezug als psychisches Regulationsprinzip an. Nicht die Triebabfuhr, vielmehr die Qualität der inneren und äußeren Objektbeziehung vermittelt Spannungsabfuhr bzw. Lust und mindert Angst. Innere Unvereinbarkeiten von Vorstellungen des Objekts bzw. dessen inneren Repräsentanzen können im Konfliktfall bis zu Spaltungen im Selbst führen, so dass sich widersprüchliche Ich-Objekt-Systeme als Grundlage von Pathologie entwickeln. Dies bedeutet: nicht innersystemische Konflikte zwischen Ich, Es und Über-Ich (die Fairbairn anders akzentuiert als Freud), sondern die misslungene Integration diskrepanter Repräsentanzen führt zu psychopathologischen Entwicklungen (FAIRBAIRN, 2000b).

D. A. Winnicott: Entwicklungsgenese des Selbst aus der Mutter-Kind-Beziehung

Der stark von M. Klein beeinflusste und zur „Independent Group“ zählende Kinderarzt und Psychoanalytiker D.A. Winnicott arbeitete in seinen Schriften eine Entwicklungsgenese des Selbst heraus und entwickelte differenzierte Vorstellungen der frühen Mutter-Kind-Beziehung, die – lange vor der sogenannten intersubjektiven Wende in der Psychoanalyse (ALTMAYER & THOMÄ, 2006) – den inneren Niederschlag der interaktionellen Bedingungen der Entstehung des kindlichen Selbst im Sinne der intersubjektiven Förderung von im Menschen angelegten inneren Entwicklungstendenzen fokussierten.

Nach Winnicott nimmt die Psyche ihren Anfang in Form der imaginativen Bearbeitung von Körperfunktionen, deren wichtigste Aufgabe darin besteht, „frühe Erfahrungen und mögliche Entwicklungen mit einem Bewusstsein für die Gegenwart und den Erwartungen, die in die Zukunft zielen, zu verbinden. So entsteht das Selbst“ (WINNICOTT, 1988, S. 50).

Von „Selbst“ zu sprechen wird nach Winnicott sinnvoll, „wenn das Kind angefangen hat seinen Intellekt zu benutzen, um das anzuschauen, was andere sehen oder fühlen oder hören und was sie begreifen, wenn sie diesem Säuglingskörper begegnen“ (WINNICOTT, 1962, S. 72 f.) – ein früher Hinweis auf Mentalisierung. Im Zusammenhang mit der Ent-

stehung des Selbst des Säuglings und den damit verbundenen innerpsychischen Regulationsprozessen führt Winnicott die Unterscheidung von wahren und falschem Selbst ein.

Das wahre Selbst ist von zentraler vitaler Bedeutung, wird – darin steht Winnicott in der Tradition von Freuds Triebtheorie – von den Trieben gespeist (WINNICOTT, 1960b, S. 182) und steht für die Gesamtheit der sensomotorischen Lebendigkeit des Säuglings (a.a.O., S. 193), mithin für dessen Vitalität, dessen Potentialität und Entwicklungsbedürfnisse. Ursprung des wahren Selbst ist die früheste Beziehung zur Mutter im Sinne primärer Mütterlichkeit (WINNICOTT, 1954), d.h. der Identifizierung der Mutter mit dem Säugling, woraus die Mutter um die frühesten Bedürfnisse und Erwartungen ihres Säuglings weiß und sie so befriedigt, dass sich der Säugling wohlfühlt (WINNICOTT, 1960b, 192 f.). Vor diesem existentiell gehaltenen Hintergrund entwickelt der Säugling im Laufe der Zeit eine an die Umwelt adäquat angepasste Ich-Organisation. Dies ist nach Winnicott jedoch nur dann möglich, „wenn zunächst das wahre Selbst ... eine lebendige Realität geworden ist, weil sich die Mutter den Lebensbedürfnissen des Säuglings gut genug angepasst hat“ (a.a.O., S. 195) und entwicklungsspezifisch adäquat auf ihn reagiert (WINNICOTT, 1974, S. 175). Dies ist die Bedingung, dass der Säugling sich an die Realität anpassen und entsprechende Bewältigungsmechanismen entwickeln kann.

Winnicott umschreibt diesen Beziehungsprozess, der die Entwicklung des Säuglings erst möglich macht, als einen existentiellen Prozess: Menschliche Säuglinge können nur unter bestimmten Bedingungen beginnen zu sein. Das Potential des Säuglings ist zwar ererbt, jedoch kann aus diesem ererbten Potential erst dann ein Säugling werden, wenn er mit der mütterlichen Fürsorge zusammengebracht wird (WINNICOTT, 1960a, S. 55). Das heißt, ererbtes Potential des Säuglings, das in sich die Tendenz zu Reifung, Wachstum und Entwicklung birgt, kann nur zusammen mit der fürsorglichen Mutter, die für das Kind die Welt entstehen lässt, ein kontinuierliches Sein entwickeln und zu einem Kind werden, das später unabhängig und autonom werden kann. Diese im Säugling angelegte Ausdifferenzierung kann dann zustande kommen, wenn der Säugling ausreichend gehalten wird im Sinne von für den Säugling aushaltbaren und ihn ausreichend stimulierenden Umwelt-Vorkehrungen. Dazu bedarf es der Präsenz der Bezugspersonen von Mutter und Vater in dem Sinne – und darin spiegeln sich mitteleuropäische Familienstrukturen –, dass die Mutter ausreichend gut auf den Säugling bezogen ist und der Vater die Umwelt der Mutter so reguliert, dass dies der Mutter möglich ist. Insofern kommt dem Vater eine bedeutsame Rolle in der mütterlichen Regulation des Säuglings zu (WINNICOTT, 1965a, S. 230).

Die Bedeutung des Haltens (Holding) seitens der Bezugspersonen wird dabei als zentrale Voraussetzung der Entwicklung des Selbst gesehen: Das physische und psychische Halten vermittelt psychische (und physische) Sicherheit als Schutz vor inneren und äußeren Gefahren und hat darin entscheidende Bedeutung für die Entwicklung des Selbst. Dabei sieht Winnicott das physische Halten als Grundlage aller komplexeren Formen des Haltens und der Versorgung mit einer geeigneten, für den Säugling adäquate und aushaltba-

re Reize beinhaltenden Umwelt. Diese beinhaltet auch für den Säugling aushaltbare Frustrationen. „Die Hauptfunktion der haltenden Umwelt besteht ... darin, die störenden Übergriffe, auf die der Säugling reagieren muss, woraus eine Vernichtung personalen Seins folgt, auf ein Minimum zu reduzieren. Unter günstigen Bedingungen etabliert der Säugling eine Kontinuität der Existenz und fängt dann an die Differenzierungen zu entwickeln, die es ermöglichen, die störenden Einflüsse in den Bereich dem Omnipotenz hereinzuziehen“ (WINNICOTT, 1960a, S. 61). Holding bietet somit als psychosoziale Beziehungsqualität psychische Sicherheit als Schutz vor inneren und äußeren Gefahren und stützt darin das noch schwache Ich des Säuglings.

Diese Kontinuität der Existenz ist die Grundlage der Ich-Stärke. Versagt die mütterliche Fürsorge, wird die Kontinuität des Seins durch Reaktionen auf die Folgen dieses Versagens unterbrochen, woraus eine Ich-Schwächung resultiert. „Solche Unterbrechungen stellen eine Vernichtung dar; sie sind offensichtlich mit Schmerz von psychotischer Qualität und Intensität verbunden. Im Extremfall existiert das Kind nur auf der Grundlage einer Kontinuität von Reaktionen auf Störungen und von Erholungen von solchen Reaktionen. Dies steht im scharfen Gegensatz zur Kontinuität des Seins“ (WINNICOTT, 1960a, S. 67). Reagieren „unterbricht ... das Sein und vernichtet. Sein und Vernichtung sind die beiden Alternativen“ (a.a.O., S. 61).

Die Mutter weiß durch ihre Identifikation mit dem Säugling, wie er sich fühlt, und ist von daher fähig, das zu liefern, was der Säugling in Bezug auf sein Gehaltenwerden und auf die Herstellung einer einigermaßen adäquaten Umwelt braucht, worin Winnicott das Wesentliche mütterlicher Fürsorge sieht. Ohne eine solche Identifizierung kann die Mutter sich an die Bedürfnisse des Säuglings nicht richtig anpassen (a.a.O., S. 69 f.). Wird diese Grundfähigkeit zu sehr durch die Vorerfahrungen der Mutter oder ihre Charakterpathologien verzerrt oder durch schwierige Lebensumstände zu sehr belastet, kann es zu Entgleisungen des Mutter-Kind-Dialogs kommen, die vom Säugling sehr verunsichernd erlebt werden und ein falsches Selbst fördern.

Von der Beziehung zur Mutter ins Sein gebracht und ausreichend gut gehalten, gelingt es dem Säugling, von zunächst unintegrierten Zuständen in integriertere zu wechseln und mehr Selbstkonstanz zu erleben. Zugleich entsteht eine neue, spezifische Angst, die Angst vor Desintegration und im Zusammenhang mit allem, was Desintegration bedeuten kann. Dass und inwieweit der Säugling unintegrierte Zustände erleben und aushalten und die damit verbundene Angst bewältigen kann, ist abhängig von der Kontinuität zuverlässiger mütterlicher Zuwendung und den Erinnerungen an solche (a.a.O., S. 57).

Das falsche Selbst entsteht bei Bedrohung des Selbst und ist ein Produkt der gefügigen Anpassung an die Umwelt, umfasst die äußere Anpassung sowie die verinnerlichte Umwelt. Das falsche Selbst baut in sehr frühen Formen über Introjektionen und später über Identifikationen ein angepasstes Selbst auf, das durch eine höfliche, gesittete gesellschaft-

liche Haltung repräsentiert wird und sich in angepasstem Verhalten und sozialem Gebaren zeigt (WINNICOTT, 1959, S. 173; 1960b, S. 195). Es ist das liebe, brave, geschätzte Kind, das umso mehr das wahre Selbst verbergen muss, je mehr es für seine Anpassung gratifiziert wird (vgl. WALTER, 2009a). Verliert das falsche Selbst als angepasstes Selbst seine Verbindung zum wahren Selbst, kann es pathogen werden.

Das falsche Selbst ist letztlich defensiver Natur und dient dazu, das wahre Selbst zu verbergen, es zu beschützen und zu bewahren. Diese Abwehr kann unterschiedlich gestaltet sein: Das falsche Selbst verteidigt und schützt das wahre Selbst, so dass das wahre Selbst ein geheimes Leben führen kann. Darunter fallen für Winnicott viele Formen klinischer Erkrankungen; Symptome haben die Funktion, das Individuum trotz abnormer Umweltbedingungen zu bewahren. Oder das falsche Selbst sucht Bedingungen, die es dem wahren Selbst ermöglichen, zu seinem Recht zu kommen. Ist letzteres nicht möglich, dient das falsche Selbst dem Schutz des Selbst. Extrem ist der Selbstmord als Zerstörung des totalen (wahres und falsches Selbst umfassenden) Selbst, um die Vernichtung des wahren Selbst zu verhindern. Eine spezielle Form des falschen Selbst sieht Winnicott in chronischer Intellektualisierung: der Intellekt wird zum Ort des falschen Selbst mit der Folge, dass es zu einer Dissoziation zwischen intellektueller Aktivität und psychosomatischer Existenz kommt (WINNICOTT, 1960b, S. 187), oft verbunden mit einem hohen Intelligenzquotienten als Ergebnis dieser Dissoziation (WINNICOTT, 1959, S. 174). Oder das falsche Selbst tritt an die Stelle des wahren Selbst, stellt sich als die wirkliche Person dar mit den entsprechenden Folgen in Lebens-, Liebes- und Arbeitsbeziehungen (WINNICOTT, 1960b, S.185 f.).

Das wahre Selbst entsteht aufgrund der ersten Objektbeziehung, in der Regel die frühe Mutter-Kind-Beziehung. Es wird aufgrund der Wechselwirkungen zwischen spontanen Äußerungen des Säuglings (Gestik, sensomotorische Äußerungen, Motilität etc.) und den Reaktionen der Mutter, die sich daran adäquat oder inadäquat anpasst, mithin einer ausreichenden Holding-Funktion entwickelt. Ein wahres Selbst kann sich nur unter den Bedingungen ausreichend guter Bemutterung und ausreichend guten Gehaltenwerdens ausbilden: „Das wahre Selbst (wird) nur eine lebendige Realität ..., wenn es der Mutter wiederholt gelingt, der spontanen Geste oder sensomotorischen Halluzination des Säuglings zu begegnen.“ Gut genug ist eine Mutter dann, wenn sie sich dem Säugling ausreichend genug anpasst (WINNICOTT, 1960b, S.189; 1963a, S. 295) und adäquat sowie ichstützend auf seine Bedürfnisse reagiert. „Die Mutter, die gut genug ist, begegnet der Omnipotenz des Säuglings und begreift sie in gewissem Maße. Sie tut dies wiederholt. Durch die Stärke, die das schwache Ich des Säuglings dadurch bekommt, dass die Mutter die Omnipotenzäußerungen des Säuglings praktisch zur Wirkung bringt, beginnt ein wahres Selbst zum Leben zu erwachen“ (WINNICOTT, 1960b, S. 189). Umgekehrt gilt: „Die Mutter, die nicht gut genug ist, kann die Omnipotenz des Säuglings nicht praktisch zur Wirkung bringen, deshalb unterlässt sie es wiederholt, der Geste des Säuglings zu begegnen, statt dessen setzt sie ihre eigene Geste ein, die durch das Sich-Fügen des Säuglings sinn-

voll gemacht werden soll. Diese Gefügigkeit auf Seiten des Säuglings ist das früheste Stadium des falschen Selbst und gehört zur Unfähigkeit der Mutter, die Bedürfnisse ihres Säuglings zu spüren“ (ebd.).

Im Fall der ausreichend guten Anpassung der Mutter an das Kind beginnt der Säugling an eine äußere Realität zu glauben. Diese erscheint für ihn wie durch Magie und wird aufgrund der Passung der Mutter im Sinne der relativ erfolgreichen Anpassung der Mutter an die Befindlichkeit des Säuglings als auf den Säugling bezogen erlebt, ohne die Omnipotenz des Säuglings zu sehr zu beeinträchtigen. Auf dieser Grundlage kann der Säugling allmählich seine Omnipotenz abschaffen und sich auf die Welt beziehen und die damit verbundenen Frustrationen aushalten. Mit anderen Worten: Das wahre Selbst umschreibt einen spezifischen Modus zu sein. Das wahre Selbst hat per se eine Spontaneität, und diese ist durch eine bestimmte Erfahrung mit der Mutter positiv mit den Ereignissen der Welt verknüpft worden. Vor diesem Hintergrund kann der Säugling beginnen, die Illusion des omnipotenten Erschaffens und Lenkens (die Welt entspricht meinem Bedürfnis) zu genießen; kann dann allmählich die darin enthaltenen Illusionen erkennen und lernen, dass er spielt und phantasiert. In diesem Entwicklungsprozess sieht Winnicott die Entwicklungsgrundlage für die Symbolbildung. Es entwickelt sich ein von Mutter und Säugling gemeinsam geschaffener und gehaltener intermediärer Raum, in dem der Säugling Objektbezug entwickeln kann (WINNICOTT, 1971b, S. 21 ff., 121 ff.).

Winnicott beschreibt damit nicht nur die Genese der Symbolisierung als einen interaktionell sich ereignenden Prozess, der eine hohe Passung der Mutter dem Kind gegenüber voraussetzt, sondern das, was Erikson Urvertrauen nennt, den positiven Grundbezug zur Welt als Ergebnis hochsensibler und störbarer Interaktionsprozesse zwischen Säugling und Bezugsperson, die es ermöglichen, dass die Welt per se positiv besetzt werden kann, auf der Stufe des Säuglings verbunden mit einer grundlegenden, „halluzinatorisch-omnipotent“ besetzten Wirkmächtigkeit. Letztere ist die grundlegend interaktionell gebahnte Voraussetzung, um so etwas wie Frustrationstoleranz entwickeln zu können, ohne an der Welt verzweifeln zu müssen. Ist die diese Entwicklung ermöglichende Anpassung der Mutter an die omnipotenten Phantasien und spontanen Impulse des Säuglings nicht ausreichend gut genug, kann die Fähigkeit des Symbolgebrauchs nicht oder nur unzureichend in Gang kommen mit der Folge des Rückzug des Säuglings und der Anpassung an die nicht adäquat erlebten Impulse des Gegenübers, das bedrohlich und letztlich als vernichtend erlebt wird. Er entwickelt aus Existenznot ein falsches Selbst.

In gewisser Weise versucht Winnicott die inneren Erlebnisse des Säuglings und die Auswirkungen der Wechselbeziehung zwischen Mutter und Kind aus der Zeit der paranoid-schizoiden und depressiven Position hinsichtlich der sehr frühen Ausdifferenzierung des Selbst zu benennen. Ähnlich wie M. Klein formuliert er auch sprachlich gegenüber den neueren Konzeptionen erheblich mehr die existentielle Bedeutung und Bedrohlichkeit misslungener Passung.

Winnicott betrachtet das zentrale bzw. das wahre Selbst als ererbtes Potential, das sich, wenn es eine Kontinuität des Seins im Sinne haltender und Sicherheit bietender Wechselprozesse mit den primären Bezugspersonen erleben kann, auf seine eigene individuelle Weise und in seiner eigenen Geschwindigkeit entwickelt und eine personale psychische Realität und ein personales Körperschema erwirbt (WINNICOTT, 1960a, S. 59). Diese Fähigkeit des sich entwickelnden Selbst, sich abgrenzen und isolieren zu können, sieht Winnicott als ein zentrales Merkmal psychischer Gesundheit an. Wird das wahre Selbst, mithin seine Fähigkeit, sich isolieren zu können, bedroht, reagiert es mit großer Angst; werden diese unterschiedlichen Bedrohungen, die von innen und außen kommen können, nicht durch die mütterliche Fürsorge ausreichend reguliert, muss der Säugling auf eigene sehr frühe Abwehrmechanismen (Omnipotenz, Projektion, Spaltung u.a.) zurückgreifen. Zerbricht trotz der Stützung seitens der Mutter die frühkindliche Abwehr, wird der Kern des Ich zentral berührt, und es entsteht eine hochbedrohliche Erfahrung, die das Wesen der psychotischen Angst ausmacht. Durch das Gehaltenwerden und die damit verbundenen unterstützten inneren Regulationen wird ein gesundes Individuum weniger verletzlich; bedrohliche (äußere und innere) Faktoren führen dann dazu, dass sich das Selbst in Form eines falschen Selbst verbirgt (WINNICOTT, 1960b, S. 60), das sich – metaphorisch gesprochen – wie ein schützender Ring um das wahre Selbst legt.

Fonagy et al.: Mentalisierungsfähigkeit und reflexive Kompetenz als zentrale Bedingungen der differenzierten Entwicklung von Selbst- und Objektrepräsentanzen

In den letzten 15 Jahren entwickelten die Psychoanalytiker P. Fonagy, M. Target, G. Gergely und E. L. Jurist in Aufnahme der entwicklungspsychologischen Forschungen zur „theory of mind“, die sie um emotionale Entwicklungsbezüge ergänzten, Modelle von Mentalisierung als der Fähigkeit, mentale Zustände bei anderen und sich selbst wahrzunehmen. Zugleich bezogen sie sich auf zahlreiche empirische Untersuchungen und Detailstudien aus der Säuglings- und Bindungsforschung sowie auf umfangreiche eigene empirische Untersuchungen. Mit dem psychoanalytisch gewendeten Begriff der Mentalisierung, der prominente psychoanalytische Vorgänger (Freud, Winnicott, Bion, Kohut u.a.) (FONAGY, 2001, 178 f.) hat, umschreiben Fonagy et al. hochkomplexe sehr frühe Lernprozesse, die Fremd- und Selbstwahrnehmung sowie die Affekt- und Triebregulation beeinflussen und grundlegend prägen und insofern für die psychosoziale Entwicklung des Menschen von zentraler Bedeutung sind.

Mentalisierung umschreibt die kognitive Fähigkeit, sich selbst und andere Menschen als mit inneren Zuständen ausgestattet wahrzunehmen und auf diese entsprechend reagieren zu können. Die Fähigkeit zu mentalisieren wird gesehen als die „Fähigkeit, Gedanken und Gefühle im Anderen und in der eigenen Person vorauszusetzen und zu erkennen, dass eine (wenn auch lose) Verbindung zwischen diesen und der Außenwelt besteht“ (FONAGY, 2001, S. 179). Insofern beinhaltet Mentalisierung neben der Integration von Außen- und Innenwelt eine reflexive Funktion: „die Tendenz, Zuschreibungen von mentalen

Zuständen in die inneren Arbeitsmodelle von Selbst-Objekt-Beziehungen aufzunehmen“ (a.a.O., 176). Diese Fähigkeit entwickelt sich im Laufe der frühesten Kindheit; ihr Scheitern führt zu devianten Formen des Fremd- und Selbstbezugs bis hin zur Entwicklung eines fremden Selbst (alien self), das nicht in das eigene Selbst integriert werden kann und deswegen externalisiert werden muss (FONAGY, GERGELY, JURIST & TARGET, 2002, 18 f., 52 f.; FONAGY, 2006, S. 128 f.).

Mentalisierung ist nach Auffassung der Autoren zentral von den Erfahrungen mit den primären Bezugspersonen abhängig. Die Kenntnis des Zusammenhanges zwischen innerer und äußerer Realität – so eine der Kernaussagen der Autoren – ist nicht per se gegeben, sondern wird durch Beziehung erst ermöglicht, stellt eine „Entwicklungsleistung“ (a.a.O., S.178) dar mit ihrer je eigenen Geschichte: Innere Zustände und äußere Realität werden zunächst – so die Annahme – vom Kleinkind als identisch erachtet. Eigene Gedanken, Ideen, Phantasien und Realität werden gleichgesetzt (Äquivalenzmodus). Zugleich entwickeln Kinder schon früh einen anderen, alternativen mentalen Umgang mit eigenen Gedanken und Gefühlen, indem sie im Spiel Eigenes (Gedanken und Gefühle) rein repräsentativ bzw. symbolisch, d.h. ohne Bezug zur äußeren Welt, erleben. Dieser Modus der strikten Trennung von innerer und äußerer Realität (Als-ob-Modus) findet sich bereits bei zweijährigen Kindern. Erst allmählich können beide Perspektiven (die nach außen beziehungslose Als-ob-Perspektive und die Identifikation von innerer und realer Wirklichkeit) miteinander verbunden und zunehmend integriert werden. (Reflexions-Modus). Damit sich der Zusammenhang von innerer und äußerer Realität sowie die Wahrnehmung innerer Zustände bei sich selbst und den anderen gut und stabil ausbilden können, ist eine sichere Nähe bzw. beständige und gute Bindung zu anderen Menschen notwendig, die – und dies ist ebenso bedeutsam – selbst in der Lage sein müssen, beide Perspektiven, Innenwelt und reale Außenwelt, nebeneinander zu halten und aufeinander beziehen zu können. Mit anderen Worten: Damit seitens des Kindes innere Empfindungen, Gefühle und Gedanken als Inneres und zugleich auf die äußere Realität bezogen erlebt werden können, sind sowohl die Beziehung zu einer relevanten Bezugsperson als auch deren Integrationsfähigkeit, mit der sich das Kind identifizieren kann, notwendig. Diese – in der Version von Fonagy et al. letztlich kognitive – komplexe Integrationsleistung bedarf mithin einer über sichere Beziehung erfolgten Kontextualisierung; sie ist nicht naturwüchsig, sondern Ergebnis sozialer Beziehung – und nur aufgrund dieser. Ohne sicheres Bezogensein, d.h. ohne ausreichend gute Bindung ist Mentalisierung nicht möglich.

Nach dem Modell von GERGELY & WATSON (1996) als einer zentralen Referenzstudie handelt es sich hierbei um eine allmähliche Entwicklung, die entscheidend davon geprägt ist, dass die Innenwelt des Säuglings von Personen außerhalb bedeutungsvoll, d.h. adäquat wahrgenommen und in leicht modifizierter und von dem Säugling verkräftbarer bzw. gut annehmbarer Weise zurückgegeben wird (Modell des „sozialen Biofeedback“). Diese Erfahrung des Kindes führt zu einer strukturierten Erfahrung des eigenen Innenlebens, mit deren Hilfe das kleine Kind innere Zustände zu unterschiedlichen mentalen Repräsentan-

zen der eigenen Befindlichkeit (mental, körperlich, gefühlsmäßig) entwickeln kann (FONAGY, 2005, S. 38 ff.; FONAGY ET AL., 2002, S. 153 ff.).

Die Fähigkeit zur Mentalisierung, d.h. zur Erfassung innerer Zustände im Anderen und in mir selbst, entwickelt sich aus der Bindungsbeziehung über die Wahrnehmung und Erforschung der von meiner eigenen inneren Befindlichkeit unterschiedenen und getrennt erlebten Bezugsperson, in der Regel die Mutter. Je sicherer die Bindung, desto umfassender und differenzierter können das Gegenüber und dessen Befindlichkeit, dessen mentale Verfassung und dessen Intentionen wahrgenommen und „erforscht“ werden. Im Rahmen einer sicheren Bindung erfährt das Kind, dass seine inneren Zustände von den relevanten Bezugspersonen konsistent und kohärent gespiegelt werden – in einer Art und Weise, in der das kleine Kind zugleich eine Differenzerfahrung machen kann. Beispiel: Die Mutter reagiert auf das Erschrecken des Säuglings, jedoch nicht so, wie der Säugling es unmittelbar erlebt (die Mutter reagiert nicht ebenfalls erschrocken), sondern nimmt sein Erschrecken wahr und reagiert darauf anders (die Mutter beruhigt das Kind). Damit ergibt sich nicht nur die Erfahrung, dass der bedrohlich erlebte Affekt wahrgenommen wird, d.h. der Affekt beim Gegenüber ankommt; vielmehr erlebt der Säugling, indem seine Mutter anders als er – d.h. mit einem momentan für ihn inkompatiblen Affekt (Beruhigung) – reagiert, eine andere Reaktion auf seine Affekte als er sie bei sich selbst innerlich wahrnimmt. Dadurch macht der Säugling eine Erfahrung der Differenz zwischen sich und seiner Bezugsperson, erlebt sich dadurch different und getrennt vom Anderen, die Subjekt-Objekt-Differenz wird im Kontext des Sich-gehalten-Erlebens ausdifferenziert. Diese Prozesse laufen mehr oder weniger abgestimmt und ausgeglichen, können jedoch auch entgleisen (z.B. bei depressiven Müttern, überengagierten Bezugspersonen, die in der Affektregulation des kleinen Kindes selbstobjekthaft ihre eigenen Affekte regulieren etc.). Insofern spricht Fonagy davon, dass für eine gute Regulation des Kindes „die Fähigkeit der Mutter (ausschlaggebend ist), das Kind psychisch zu halten, indem sie auf eine körperlich fürsorgliche Weise reagiert, die zeigt, dass sie die mentale Befindlichkeit des Kindes wahrgenommen hat, und gleichzeitig widerspiegelt, dass sie die Situation bewältigt“ (FONAGY, 2001, S. 175). Im gelungenen Fall macht das kleine Kind die Erfahrung, dass die eigene innere Verfassung von der relevanten Bezugsperson „korrekt erfasst und gleichzeitig modifiziert“ (a.a.O., S. 176) wird. Eine wichtige Rolle spielt dabei die seit langem bekannte, insbesondere mit Stimmlagenveränderung und leicht übertriebener mimischer Ausdrucksäußerung verbundene verbale Reaktion der Bezugspersonen auf den Säugling – die übrigens immer auch mit einer körperlichen Gestik verbunden ist, also nicht nur verbal verläuft –, die als prononcierte „Markierung“ der Affektspiegelung der Bezugsperson gegenüber dem Säugling angesehen wird (FONAGY ET AL., 2002, S. 184 f.). Markierung beinhaltet zweierlei: einerseits die von der Bezugsperson veränderte gefühlshafte Reaktion auf die Äußerungen des Säuglings. Die Bezugsperson bezieht sich auf den jeweiligen Gefühlszustand des Säuglings, gibt diesen jedoch verändert wieder. Andererseits wird der Säugling dadurch mit einer für ihn mit dem sonstigen Erleben der Bezugsperson nicht identischen, leicht übertriebenen affektspiegelnden Reaktion konfrontiert. Letzteres er-

möglicht es dem Säugling, den Ausdruck der Bezugsperson nicht (wie gewohnt) als Ausdruck von deren innerem Erleben zu identifizieren, sondern ihn auf sich selbst und den eigenen inneren Zustand beziehen zu können (FONAGY ET AL., 2002, S. 153 ff., 295 ff.).

Die Reaktion der Bezugsperson, welche die Gefühlsäußerungen des kleinen Kindes korrekt erfasst und zugleich modifiziert zurückgibt, fördert die Symbolisierung der inneren Befindlichkeit des Kindes mit der Folge einer besseren Affektregulierung: Dem Kind stehen über die relevanten Bezugspersonen zunehmend (Außen-)Erfahrungen zur Verfügung, die sich auf eigene innere Zustände beziehen. Diese Erfahrungen können für die Regulierung eigener Affekte und innerer Zustände genutzt werden, die dadurch zunehmend von außen unabhängiger wird.

Kinder verfügen nachweislich nicht nur über die Fähigkeit, eigene psychische Erlebnisweisen zu benennen und als sinnvoll zu erfahren; ab dem dritten Lebensjahr reagieren Kinder auf das Verhalten anderer Menschen und beziehen ihre eigenen Vorstellungen über die Gefühle, Wünsche, Absichten etc. der anderen Menschen, mithin ihre subjektiven Vorstellungen über das Innenleben der Anderen, in ihre Reaktionen mit ein (FONAGY, 2005, S. 31). Diese Fähigkeit, eigenes Verhalten und das Verhalten anderer Menschen durch die Annahme zugrunde liegender geistiger Prozesse bei sich und anderen zu verstehen, bezeichnet Fonagy als „reflexive Kompetenz“ (ebd.). Reflexive Kompetenz umschreibt die reflexive Fähigkeit des kleinen Kindes, beim Anderen psychische Prozesse anzunehmen und zu verstehen, sowie die Fähigkeit, die psychische Befindlichkeit des Anderen in das eigene Handeln intentional einzubeziehen und das eigene Handeln diesbezüglich organisieren und aktiv ausrichten zu können, mithin wirkmächtig zu sein. Sie beinhaltet bestimmtes Erfahrungswissen, Erwartungshaltungen an zwischenmenschliche Beziehungen, innere Überzeugungen und Gefühle (a.a.O., S. 32 ff.). Als „die Fähigkeit, Verhalten als sinnvoll zu erkennen und auf dieser Basis aktiv zu gestalten“ (a.a.O., S. 33), läuft die reflexive Kompetenz unbewusst ab, ist Bestandteil der Objektbeziehungsrepräsentanzen und wird, anders als beim explizit-deklarativen Wissen, das durch Introspektion und Selbstbeobachtung zugänglich wird, in episodischen Handlungsabläufen gespeichert (ebd.).

Reflexive Kompetenz ist von eminenter Bedeutung für die Entwicklung des Kindes: die selbst- und fremdreflexive Fähigkeit, in sich und im Anderen innere intentionale Prozesse anzunehmen, ermöglicht es dem Kind, das Verhalten anderer Menschen ansatzweise zu verstehen, und es macht deren Verhalten vorhersagbar, was eine zentrale Fähigkeit in der Bewältigung bedrohlicher Situationen darstellt: Kann ich das Verhalten anderer einigermaßen vorhersagen, dann kann ich mich darauf einstellen und/oder versuchen, dieses Verhalten in der mir zur Verfügung stehenden Weise zu beeinflussen. Das kleine Kind beginnt ab dem 6. Lebensmonat eigene psychische Befindlichkeiten mit denen seiner Bezugsperson in Hinblick auf ein Drittes (andere Person, Objekt) in Einklang zu bringen und eigenes und fremdes affektives Erleben sowie eigene und fremde Aufmerksamkeitsrichtungen zusammenzubringen, d.h. gemeinsames Erleben zu ermöglichen; sind diese zu diskongruent, zeigt das Kind Aktivitäten, diese Gemeinsamkeit herzustellen. Diese Verhaltens-

weisen setzen bereits beim kleinen Kind erste Ansätze von Bewusstsein, Intentionalität und Handlungsfähigkeit in Bezug auf das eigene Selbst und andere voraus und verknüpfen Selbst- und Objektrepräsentanzen.

Die Fähigkeit, innere intentionale Prozesse bei sich selbst und den anderen anzunehmen, ist mithin eine grundlegende Fähigkeit, in sozialen Situationen zielgerichtet handeln zu können und in schwierigen oder bedrohlichen Beziehungskonstellationen sich so verhalten zu können, dass das eigene psychische (und manchmal auch physische) Überleben einigermaßen gesichert ist. Insofern stellt diese Fähigkeit einen wichtigen Faktor psychosozialen Lebens und psychosozialer Anpassung dar; zugleich ist sie eine zentrale Einbruchsstelle für pathologische Entwicklungen wie Borderline-Störung, Dissozialität, Aggressivität etc. (FONAGY ET AL., 2002, S. 345 ff.). Entsprechend wurden schulenübergreifende Verfahren (mentalisierungsgestützte Therapie) entwickelt, um Mentalisierungsstörungen gezielt psychotherapeutisch angehen zu können (ALLEN & FONAGY, 2006).

Psychoanalytische Entwicklungstheorie: Therapie als Entwicklungsförderung

Arbeitet die explizite psychoanalytische Entwicklungspsychologie bestimmte Entwicklungslinien der menschlichen Entwicklung heraus, von denen hier einige exemplarisch kurz skizziert wurden, so findet sich in behandlungstechnischen Arbeiten eine mehr implizite Entwicklungstheorie, die teils mehr, teils weniger ausgearbeitet ist. Auch hierbei kann ich nur wenige ausgewählte Ansätze kurz skizzieren. Insofern möchte ich einige mir zum Thema des Buches relevant erscheinende Modelle vorstellen: das bis heute umstrittene Modell der „korrigierenden emotionalen Erfahrung“ (Alexander, French et al.), „Holding“ (Winnicott) und „Containing“ (Bion) sowie die neueren Modelle des Therapeuten als „Verwandlungsobjekt“ (Bollas) und das Modell des Therapeuten als „Entwicklungsobjekt“ (Loewald, Tähkä) sowie daraus resultierende Auffassungen der Psychoanalyse als „Entwicklungstherapie“.

Allen Modellen ist gemeinsam, dass sie von der psychoanalytischen Praxis ausgehen, d.h. hochfrequente (4- bis 5-stündige) Analysen von Erwachsenen, Kindern und Jugendlichen als ihren Ausgangspunkt haben. Sie zielen darauf ab, unter Bedingungen des analytischen Settings und dessen Varianten Entwicklungsprozesse zu ermöglichen. Meines Erachtens gelten sie auch für niederfrequentes Vorgehen.

Korrigierende emotionale Erfahrung (Alexander, French et al.)

Mit dem Begriff der korrigierenden emotionalen Erfahrung (corrective emotional experience, ALEXANDER, FRENCH ET AL., 1946/1980, S. 21 f., 40 ff., 52 ff., 55 ff., 66 ff., 338 f.) wird eine spezifische Entwicklungsdynamik namhaft gemacht. Sie besagt im Wesent-