

<http://hdl.handle.net/20.500.11780/3702>

Erstveröffentlichung bei Vandenhoeck & Ruprecht (<http://www.v-r.de/de/>)

Autor(en): Becker, Tobias; Streeck-Fischer, Annette

Titel: Rechtshemisphärisch aushalten statt linkshemisphärisch
deuten - Projektive Identifizierung als interpersonaler
Mechanismus zur Entwicklung der Fähigkeit zur

Erscheinungsjahr: 2012

In: Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie, 2012, 61
(5), 348-359

Nutzungsbedingungen

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

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

Kontakt

Leibniz-Zentrum für Psychologische Information und Dokumentation (ZPID)
Universitätsring 15
54296 Trier
Telefon: +49 (0)651 201-2877
Fax: +49 (0)651 201-2071
info@zpid.de

Rechtshemisphärisch aushalten statt linkshemisphärisch deuten – Projektive Identifizierung als interpersonaler Mechanismus zur Entwicklung der Fähigkeit zur Affektregulation

Tobias Becker und Annette Streeck-Fischer

Summary

Containing, Right Hemisphere: Projective Identification as an Interpersonal Mechanism, the Ability for Affect Regulation

The capacity of affect regulation develops with priority in reciprocal, non-verbal communication processes between the early caregiver and the baby. In this process, the projective identification plays the role of crucial means of communication. Processes of projective identification which emerge in therapeutic and educational interactions can be understood as such an early form of communication which contributes to the afterward-ripening of the capacity of affect regulation. Before the background of recent neuro-psychological findings it becomes clear, why the reciprocal and non-verbal communication between the early caregiver and infant as well as between the therapist and the patient is of such fundamental importance for the structural (re-) maturation of the right cerebral hemisphere, as well as for the connections between the left and right hemisphere. In case the projective identification persists as a defensive strategy in dealing with other people, pathological interaction circles can develop which can be overcome only when, for example, the other person assumes the role of the “regulating other”.

Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiat. 61/2012, 348-359

Keywords

projective identification – right cerebral hemisphere – capacity of affect regulation – containment – therapeutic relationship

Zusammenfassung

Die Affektregulationsfähigkeit eines Kindes entwickelt sich vorrangig durch reziproke, non-verbale Kommunikationsprozesse zwischen der frühen Pflegeperson und dem Säugling. Der Projektiven Identifizierung kommt dabei die Bedeutung eines entscheidenden Kommunikationsmittels zu. Prozesse der Projektiven Identifizierung, die in therapeutischen und pädagogischen Interaktionen auftauchen, können als frühe Kommunikationsform verstanden werden, die dazu beiträgt, die Fähigkeit der Affektregulation nachreifen zu lassen. Vor dem Hintergrund von neueren neuropsychologischen Erkenntnissen wird deutlich, warum die reziproke und nonverbale Kommunikation zwischen früher Pflegeperson und Säugling bzw. zwischen Thera-

Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiat. 61: 348 – 359 (2012), ISSN 0032-7034
© Vandenhoeck & Ruprecht GmbH & Co. KG, Göttingen 2012

peut und Patient von solch elementarer Bedeutung sowohl für die strukturelle (Nach-)Reifung der rechten Hirnhemisphäre als auch für die Verknüpfung der linken und rechten Hemisphäre ist. Persistiert die Projektive Identifizierung als Abwehrstrategie im Umgang mit anderen Personen, können sich pathologische Interaktionszirkel entwickeln, die erst dann überwunden werden, wenn eine andere Person die Rolle des „Regulierenden Anderen“ übernimmt.

Schlagwörter

Projektive Identifizierung – rechte Hemisphäre – Affektregulationsfähigkeit – Containment – therapeutische Beziehung

1 Theoretischer Hintergrund

Projektive Identifizierung wird gemeinhin als früher Abwehrmechanismus angesehen, durch den eine Person sich ihres Gefühlszustandes entledigt, indem sie ihn aus sich „auslagert“ und in den Menschen seiner Umgebung „hineinlegt“, wodurch dieser Mensch dann plötzlich das fühlt, was die ursprüngliche Person eigentlich fühlt – wenn sie es selbst fühlen würde. Sie spielt eine zentrale Rolle bei der Behandlung von schweren strukturellen Störungen, bspw. dann, wenn Affekte von Bedrohung oder Wut in der anderen Person deponiert werden und diese aufgefordert ist, einen Weg zu finden, um eine bedrohliche Attacke oder andere Eskalationen zu vermeiden. Es handelt sich in der Regel um sehr schwierige Situationen, mit denen nicht nur Therapeuten, sondern vor allem auch Pflegekräfte im stationären Alltag einer psychiatrischen Kinder- und Jugendlichenstation konfrontiert werden, ohne immer über Strategien zu verfügen, mit diesen umzugehen.

Projektive Identifikationen sind aber auch eine Kommunikationsform in der frühen Entwicklung, durch welche die frühe Pflegeperson die Zustände des Säuglings erfassen und erkennen kann, um darauf passend und den Bedingungen des Säuglings angemessen zu antworten. Um uns einem Verständnis dieser Phänomene zu nähern und die kategoriale Gegenüberstellung zwischen *Abwehrmechanismus* und *Kommunikationsform* in eine dimensionale Sichtweise zu überführen, werden wir in diesem Artikel die Arbeiten von Allan N. Schore heranziehen und diese mit einem Fallbeispiel in Verbindung bringen. Schore hat als Klinischer Psychologe und Psychoanalytiker wegweisende Arbeit auf dem Gebiet der Integration von Neurowissenschaften und Psychoanalyse geleistet. Aus diesem Grund verfügt er über ein breites Wissen zur Bedeutung früher Interaktionserfahrungen für die Hirnreifung und betont die hervorragende Bedeutung, die die Projektive Identifizierung sowohl für die Entwicklung der Fähigkeit zur Affektregulation beim Säugling als auch als Interaktionsform in der späteren Entwicklung hat.

Sein Verständnis der Projektiven Identifizierung ist hilfreich gerade auch im Umgang mit schwer gestörten Kindern und Jugendlichen, die durch ihre Projektiven Identifizierungen Bedingungen schaffen, in denen sie wiederholen, was sie an Bedrohung oder auch Destruktion selbst erfahren haben.

2 Zum Begriff der Projektiven Identifizierung

Bei der *Projektiven Identifizierung* werden nicht nur – wie bei einer einfachen *Projektion* – „Anteile einer abgewehrten Beziehung zwischen Selbst- und Objektrepräsentanzen in äußere Objektbeziehungen hinein verlagert.“ Vielmehr wird das „Gegenüber dazu gebracht, den Projektionen gemäß zu erleben und sich zu verhalten. Es wird mit diesen ‚identifiziert‘ und gleichzeitig kontrolliert“ (Reich, 2008, S. 600).

Nach Melanie Klein entsteht dieser Vorgang in der paranoid-schizoiden Position und besteht aus einer „Kombination der Abspaltung von Selbstanteilen und ihrer Projektion auf eine andere Person“ (Klein, 1946, S. 37). Hinshelwood beschreibt es – mit Rückgriff auf M. Klein – als „aggressive Objektbeziehung“, als einen „analen Angriff auf das Objekt, durch den Teile des Ichs mit dem Ziel in das Objekt hineingezwungen werden, seine Inhalte in Besitz zu nehmen oder es zu kontrollieren“ (Hinshelwood, 1993, S. 263). Die Funktion dieses Kontrollierens liegt darin, dass „das Objekt in einem gewissen Grade zu einem Repräsentanten des Ichs [wird]“ (Klein, 1960, S. 151).

„Per projektiver Identifikation“ – so Ogden (1990, S. 79) – „[ruft] der Projizierende durch reale interpersonale Interaktionen mit dem ‚Empfänger‘ unbewusst in jenem Gefühlszustände [hervor] ..., die deckungsgleich mit den ‚hinausgeworfenen‘ Gefühlen sind.“ Ogden (1988) teilt diesen Vorgang der projektiven Identifizierung, die auf der Interaktion von zwei Personen beruht, in drei Phasen bzw. drei Aspekte: Am Anfang steht der Wunsch „sich eines Teils des Selbst zu entledigen ... indem es in einer beschützenden Person untergebracht wird“ (Ogden, 1988, S. 3). Die zweite Phase, die Ogden auch „Induktionsphase“ nennt, ist gekennzeichnet durch reale Interaktionen mit manipulativem Charakter. Durch diese soll der Empfänger der Projektionen dazu gebracht werden, die Projektionen in sich zu erleben und sich ihnen gemäß zu verhalten. Erst wenn der Empfänger die Gefühle wirklich in sich erlebt (z. B. hilflose Wut, lähmende Angst, Orientierungslosigkeit, Selbstzweifel etc.) hat der Projizierende Erfolg und kann den Druck aus seinem manipulativen Verhalten nehmen. Die dritte Phase beschreibt dann „eine ‚psychische Verarbeitung‘ der Projektion durch den Empfänger und die Reinternalisierung der veränderten Projektion durch den Projizierenden“ (Ogden, 1988, S. 5), ähnlich wie in gelungenen frühen Interaktionen zwischen Säugling und Pflegeperson. Besonders diese dritte Phase bzw. das Moment der Reintrojektion wurde von Bion im Konzept des *Containments* beschrieben. „Wenn der Patient danach strebte, sich von Todesängsten zu befreien, die seinem Gefühl nach zu stark waren, als dass seine Persönlichkeit sie in sich hätte bewahren können, spaltete er seine Ängste ab und legte sie in mich hinein; offenbar in der Vorstellung, dass sie, wenn sie lange genug in mir ruhen dürften, von meiner Psyche modifiziert werden würden, um dann gefahrlos reintrojiziert werden zu können“ (Bion, 1959, S. 122 f.).

In Weiterentwicklungen der ursprünglichen Definition der Projektiven Identifizierung wird der Aspekt der Kommunikation hervorgehoben (z. B. Joseph, 1997), bei der ein anderes Ich, vorrangig die frühe Pflegeperson, gewisse Funktionen für das eigene Ich übernimmt.

Wichtig, und zumeist weniger bekannt, ist die Unterscheidung zwischen einer *defensiven* und einer *adaptiven* Projektiven Identifizierung (vgl. Schore, 2009, S. 124 f.), welche Bion (1959, 1962 a, b) auch *normale* und *anormale/pathologische* Projektive Identifizierung nennt:

- *defensiv/anormal/pathologisch*: um einen unangenehmen Affektzustand abzuwehren bzw. kontrollieren zu können, wird er gewaltsam ausgelagert; der Schwerpunkt liegt somit mehr auf der Abwehr als auf der Bewältigung. Sie wurde vor allem von M. Klein aufgegriffen.
- *adaptiv/normal*: um einen affektiven Zustand kommunizieren zu können, wird dieser psychische Zustand in die andere Person hineingelegt, in der Hoffnung, dass die Bezugsperson bei der Regulation behilflich ist und man den Zustand dadurch bewältigen kann.

Die zentralen Aspekte der projektiven Identifizierung sind:

1. Das Gegenüber wird dazu gebracht, den Projektionen gemäß zu erleben und sich zu verhalten.
2. Das, was hinausverlagert und in die andere Person hineinverlagert wird, kann in dieser verfolgt und kontrolliert werden.
3. Ein anderes Ich übernimmt gewisse Funktionen für das eigene Ich.
4. Die hinausgeworfenen Selbstanteile können in modifizierter Form wieder reintrojiert werden.
5. Projektive Identifikationen dienen der Kommunikation.

Aufgrund neurobiologischer Befunde zur Hirnentwicklung beschreibt Schore (2009) die frühe, noch nicht verbale Kommunikation zwischen Pflegeperson und Kind psychobiologisch als eine Interaktion der jeweiligen rechten Hemisphären. Die rechte Hemisphäre ist die Gehirnhälfte, welche die frühen vorsprachlichen Interaktionserfahrungen speichert. Sie ist „spezialisiert auf die Verarbeitung emotionaler Informationen“ und „dominant für ... das implizite Lernen“ (Schore, 2009, S. 91). Sie ist der Ort der inneren Arbeitmodelle (Bowlby, 1973), die aufgrund früher Beziehungserfahrungen entwickelt wurden. Daher spielt sie „eine wesentliche Rolle bei der nicht bewussten Bewertung der positiven oder negativen emotionalen Bedeutsamkeit sozialer Stimuli“ (Schore, 2009, S. 91) – z. B. bei der Einschätzung mimischer Glaubwürdigkeit (vgl. Winston, Strange, O’Doherty, Dolan, 2002). Sie ist dominant bei der „Wahrnehmung emotionaler Bewusstseinszustände anderer Menschen“ (Schore, 2009, S. 105) und somit für die gesamte nonverbale Kommunikation (vgl. Schore, 2009, S. 91).

Die frühe Pflegeperson ist auf den „Output der rechten Hemisphäre ihres Säuglings ein[gestimmt], um dessen Schwankungen im internen Zustand zu erfassen und um abgestimmt darauf reagieren zu können. Dieses Band der unbewussten emotionalen Kommunikation, das in die adaptive projektive Identifikation eingebettet ist, erleichtert die erfahrungsabhängige Reifung der rechten Hemisphäre des Säuglings“ (Schore, 2009, S. 103).

Diese „emotionale und nonverbale Kommunikation“ geschieht auf allen sensorischen Ebenen: mittels spontaner sozialer Handlungen („spontane Gesten“) als auch mimischer und prosodischer Reize. Wir „erkennen ... den emotionalen Zustand eines Anderen, indem wir somatosensorische Repräsentationen erzeugen, die uns vermitteln, wie sich der Andere fühlen könnte, wenn er einen bestimmten Gesichtsausdruck zeigen würde“ (Adolphs, Damasio, Tranel, Damasio, 2000, S. 2683).

Es wird durch die bildlich ausgedrückte Kommunikation zwischen zwei limbischen Systemen quasi eine biologische Einheit zwischen früher Pflegeperson und Säugling hergestellt. Das limbische System stellt die „Zentrale des endokrinen u. vegetativ-nervösen Regulationssystems (...)“ dar und ist „wesentlich für die affektive Tönung des Gesamtverhaltens, für emotionale Reaktionen (Wut, Furcht, Zuneigung) u. spielt wahrscheinlich auch eine Rolle für die Gedächtnis- u. Lernfunktionen des Gehirns“ (Margraf u. Müller-Spahn, 2009, S. 808). Durch diese enge neurologische Verknüpfung zwischen 1. emotionalen Reaktionen, 2. vegetativer Regulation und 3. Lern- und Gedächtnisfunktionen wird der Zusammenhang zwischen sozio-emotionalen Lernerfahrungen (einer abgestimmten bzw. nicht abgestimmten nonverbalen Kommunikation) und der Ausbildung der Fähigkeit zur Affektregulation deutlich.

Der Mechanismus der Projektiven Identifizierung wird – so Schore – in der frühen Interaktion zwischen Kind und Pflegeperson aktiviert und ermöglicht im günstigen Fall eine gemeinsam hervorgebrachte affektregulierende Strategie, d. h. es ist „ein präverbaler, körperlich basierter Dialog zwischen rechtsseitigen limbischen Systemen“ (Schore, 2009, S. 104). Mithilfe Projektiver Identifizierungen werden Affekte mitgeteilt und ausgetauscht. Es geht dabei um Primäraffekte (Freude, Ekel, Trauer, Angst, Wut), die an sich schon eine Funktion zur Steuerung der Selbst-Objekt-Beziehung darstellen (vgl. Krause, 2012, S. 83 f.). Die Projektive Identifikation bildet in diesem Falle gleichsam den Kanal der Übermittlung.

Die Fähigkeit zur *Mentalisierung*, die bedeutet „sich mentale Zustände im eigenen Selbst und in anderen Menschen vorzustellen“, und die „eine zentrale Determinante der Organisation des Selbst und der Affektregulation ist“ (Fonagy, Gergely, Jurist, Target, 2002, S. 31) entwickelt sich folgendermaßen: „Angst ist für das Kleinkind eine verwirrende Mischung aus physiologischen Veränderungen sowie Vorstellungen und Verhaltensweisen. Wenn die Mutter die Angst des Kindes spiegelt, organisiert diese Spiegelung sein Erleben: Es „weiß“ nun, was es fühlt. Die Spiegelung des kindlichen Affekts durch die Mutter wird im Kind repräsentiert und mit der Repräsentation seines Selbstzustandes koordiniert“ (Fonagy et al., 2002, S. 43). Dieser Vorgang der Affektspiegelung und -markierung hilft dem Kind, nach und nach die Fähigkeit zur Mentalisierung auszubilden, also seinen eigenen mentalen Zustand als solchen wahrzunehmen. Dies wiederum bildet die Grundlage, seine eigenen affektiven Zustände regulieren zu können.

Affekte, die noch nicht mentalisiert worden sind, machen sich u. a. durch vegetative Ausdrucksformen bemerkbar z. B. über die Veränderungen in Atmung, Puls, Blutdruck, Muskeltonus, Verdauung und Stoffwechsel. Die Fähigkeit der Regulation bzw. die „Aushaltefähigkeit“ bezieht sich in solchen Momenten schwerpunktmäßig auf die Kontrolle

des autonomen Nervensystems – dem System, das sich der willentlichen Kontrolle entzieht. Da ein Säugling nur sehr bedingt die Kontrolle über seine vegetativen Zustände hat, muss es „hinreichend gute Fürsorgepersonen“ (Winnicott, 1953) geben, die mittels Affektspiegelung, -markierung und Containment – letztlich Spielarten der rechts-hemisphärischen Kommunikation – bei der Mentalisierung und dadurch bei der Regulation dieser vegetativen Zustände helfen. Anhand dieses interaktiven Vorgangs kann sich dann die Mentalisierungs- und Affektregulationsfähigkeit des Säuglings bzw. des Kleinkindes ausbilden: „In face-to-face-Interaktionen benutzt das Kind den Output des emotionsregulierenden rechten Cortex der Mutter als eine Matrix für die Prägung – die Hardware-Vernetzung der Kreisläufe im eigenen rechten Cortex –, was dazu führt, dass die eigenen Fähigkeiten erweitert werden. ... die regulierenden Emotionstransaktionen der adaptiven projektiven Identifikation, die zu einer sicheren Bindung führen, haben mächtige strukturbildende Auswirkungen“ (Schore, 2009, S. 108).

Bleibt diese Möglichkeit der interaktiven Affektregulation verwehrt, kann die eigene selbstständige Affektregulationsfähigkeit eventuell nur ungenügend ausgebildet werden und der eigene, dysregulierte affektive Zustand – bzw. die damit einhergehenden vegetativen Zustände – werden weiterhin per Projektiver Identifizierung in andere Personen verlagert.

3 Zum Umgang mit der Projektiven Identifizierung in der therapeutischen und pädagogischen Praxis

Ebenso, wie durch eine nicht-abgestimmte emotionale Kommunikation zwischen Mutter und Kind die Affektregulationsfähigkeit nicht genügend bzw. verzerrt ausgebildet werden kann, wodurch im weiteren Verlauf der Biografie immer wieder auf die primitiven Abwehrmechanismen zurückgegriffen werden muss (weil noch keine anderen Strategien der Affektregulation erlernt wurden), können – im Idealfall – durch eine richtig gehandhabte emotionale Interaktion (z. B. zwischen Therapeut und Patient) neue Strategien der Affektregulation erlernt werden. Ziel ist dabei „die exzessive Benutzung der projektiven Identifikation durch reifere Abwehroperationen zu ersetzen“ (Schore, 2009, S. 93).

Das Verhältnis zwischen „Mitteilungs- und Verstehensabsicht“ und dem „Wunsch nach Entladung von Spannung“ kann therapeutisch genutzt werden, indem die *defensive* projektive Identifizierung des Patienten vom therapeutisch Tätigen als *adaptive* projektive Identifizierung zu verstehen versucht wird: als Kommunikation eines Hilfesuchens bei der Affektregulation. D. h., dass sich in der Behandlungssituation eine frühere traumatische Situationen wiederholen *darf*, durch welche die innere Repräsentation eines „dysregulierten Selbst-in-Aktion-mit-einem-nicht-abgestimmten-Objekt“ (Schore, 2009, S. 108; vgl. Stern 1995) aktiviert wird; nun aber in Interaktion mit einer fähigeren Bezugsperson (eben einer „good enough mother“), die den kommunikativen Anteil in dieser projektiven Identifikation erkennt und – anstatt ihn abzuwehren – bei der Regulation des aufgetauchten Affektes hilft.

Das Erkennen der Inhalte und Anteile, die der Patient durch Projektive Identifizierung auslagert (Selbst- und Objektrepräsentanzen und/oder primäre Affekte wie z. B. Wut, Ekel, Furcht, Trauer etc. bzw. sogar nur deren vegetative Korrelate) wird durch die Identifizierung des Therapeuten mit dem projizierten Zustand möglich.

Es können Affekte sein, die dem präverbalen Bereich entstammen und noch nicht mentalisiert worden sind/werden konnten oder auch nur sehr undifferenzierte Körpersensationen. Die Identifikation des Therapeuten mit dem Zustand des Patienten kann in solchen Momenten u. U. allein über das Körperbewusstsein geschehen, d. h. z. B. über die vegetativen und viszerale Wahrnehmungen im eigenen Körper: Müdigkeit, Erregung, Anspannung, Bauchschmerzen, erhöhte Schweißproduktion, erhöhter Puls und Blutdruck, flache Atmung etc.

Das bedeutet, dass der Therapeut seine eigenen vegetativen Zustände während der Behandlung als Reaktion auf die Interaktion mit dem Patienten ernst nehmen und sie gegebenenfalls als dessen Körpergefühle (bzw. die vegetativen Begleiterscheinungen seiner Affekte) verstehen sollte, welche dieser versucht, mithilfe primitiver Abwehrmechanismen (Projektive Identifizierung oder Dissoziation) abzuwehren (defensiv) bzw. zu bewältigen (adaptiv).

Um mit den dissoziierten Affekten zu arbeiten, kann der Therapeut die Signale seines körperlich gespürten Gefühls intensivieren, was als eine Quelle des autonomen Feedbacks auf den abgespaltenen Affekt des Patienten und zugleich als Angelpunkt zur Entwicklung von Bewusstsein dient.

Zentral ist dabei die Fähigkeit der therapeutisch tätigen Person, diese vegetativen Zustände in sich aushalten und autoregulieren zu können und *währenddessen* – d. h. während des Regulationsvorgangs – in Interaktion mit dem Patienten zu bleiben. Durch diese Haltung nimmt der therapeutisch Tätige gleichsam die Rolle der Mutter bzw. der „hinreichend guten Fürsorgeperson“ ein, die bei der „Transformation von negativen hin zu positiven Gefühlen hilft“ (Schore, 2009, S. 131). Diese Erfahrung bietet dem Patienten die Möglichkeit, eigene Fähigkeiten der Mentalisierung und Affektregulation entlang den Fähigkeiten des Therapeuten auszubilden. D. h., der Therapeut holt das nach, was eigentlich die Aufgabe einer Fürsorgepersonen in der frühen Kindheit gewesen wäre. Es handelt sich um einen entwicklungsförderlichen Prozess.

3.1 Ein Fallbeispiel aus der Praxis

Eine Fallvignette aus der klinischen Arbeit soll diese Interaktionsprozesse verdeutlichen.

Der 12-jährige David¹ befand sich in stationärer Behandlung wegen seiner bedrohlich aggressiven Durchbrüche. Obwohl hochintelligent, war er von der Schule verwiesen, da Lehrer und Kinder gleichermaßen durch sein Verhalten sich extrem beängstigt

¹ Dieses Fallbeispiel wurde bereits in einem anderen Kontext erwähnt (Streeck-Fischer et al., 2003) und durch erneute gründliche Befragung noch einmal neu aufgearbeitet.

fühlten. Die Eltern ließen wenig hinsichtlich seiner frühen Entwicklung erkennen. Es lag jedoch nahe, dass David in seiner Kindheit wiederholt Zuständen ausgesetzt war, „in denen sein Selbst von Desintegration oder Fragmentierung bedroht war. (...) Psychoneurologische Regulationen ... waren – so war zu vermuten – durch Mutter oder Vater nicht oder nur mangelhaft übernommen worden.“ Seine Fähigkeit zur Affektregulation war aufgrund dessen defizitär entwickelt und sein inneres Arbeitsmodell könnte man als ein „Selbst, unabgestimmt mit einem dysregulierenden Anderen“ (Streeck-Fischer et al. 2003, S. 630) bezeichnen.

Es gab gleichsam keine Verbindung zwischen dem frühen, emotionalen Selbst und dem kognitiven, versprachlichten Selbst. Teicher et al. (2002) haben solche Phänomene bei Kindern, die von einem logischen, überwertigen linkshemisphärischen State in einen hochnegativen emotionalen rechtshemisphärischen State abrupt wechseln, damit erklärt, dass durch frühe Störungen in der Mutter-Kind-Interaktion die Integration der rechten und linken hemisphärischen Funktionen zerstört werden und zwei hermetisch gegensätzliche Zustände vorherrschen. So konnte David abrupt wechseln in einen Zustand, in dem er sich überfordert oder bedroht fühlte und rauschhaft aggressiv werden. Die Gegenwart eines regulierenden Anderen fehlte in seiner Entwicklung. Eigene Bedrohung wurde nach draußen in andere verlagert, wie die folgende Szene verdeutlicht.

Plötzlich liefen alle Kinder voller Panik von draußen in ihre Zimmer und die Erzieher wagten sich nicht nach draußen auf das Gelände, weil David draußen tobend und wild gestikulierend herumschrie. Seine Bezugserzieherin ging raus und näherte sich ihm vorsichtig, wobei sie immer darauf achtete, wie nah sie an ihn herankommen durfte. Sie kündigte jeden ihrer Schritte an: „Ich würde jetzt einen Schritt näher kommen, ist das so für dich in Ordnung?“ und wenn keine Reaktion von David kam, ging sie einen Schritt näher in Richtung Schaukel. Dieses vorsichtige sich-Annähern zog sich über einen längeren Zeitraum hin. Als sie bei der Schaukel angekommen war, setzte sie sich einfach nur auf die Schaukel und schwieg. David setzte sich daraufhin neben sie und hielt die eine Hand zur Faust geballt. Die Erzieherin schwieg weiter, schaute einfach mit David in dieselbe Richtung (kein direkter Blickkontakt, denn das wäre für David wahrscheinlich zu bedrohlich gewesen ...) und strahlte die Haltung aus, dass „so wie es gerade ist, alles in Ordnung ist ...“. Sie schaukelte in seinem Rhythmus mit, und sagte aber weiterhin nichts, sondern strahlte einfach nur aus: „Ich bin auf deiner Seite“.

Neben der Bedrohtheit spürte die Erzieherin eine tiefe Verzweiflung in sich, die ihr unbekannt war und die sie mit David in Verbindung brachte. Sie erlebte diese Verzweiflung so intensiv, dass sie anfang zu weinen. Sie wehrte sich nicht dagegen, sondern nahm diesen Zustand einfach an.

Nach einer Weile stand David auf und ging ins Haus zum Aquarium wobei er weiterhin die Hand zur Faust geballt hatte. Die Erzieherin folgte ihm und sie setzten sich vor dem Aquarium zusammen hin. Plötzlich fing David an zu weinen und die Erzieherin weinte mit. Es war ein dichter Moment zwischen ihr und David, und das gemeinsame Weinen wurde zu einem „Ausdruck eines gemeinsamen unerträglichen, affektiven Zustands“. Dann fing David an zu erzählen was los war: „Zwei jüngere Kin-

der der Station hatten einen Regenwurm gefunden und überlegten, wie sie ihn töten könnten: in der Sonne vertrocknen lassen oder einfach durchteilen. Ihm war, als hörte er den Regenwurm schreien und spürte dessen Angst. Dann öffnete David die Hand und zeigte den kleinen Regenwurm.“ Die Erzieherin sagte: „*Ich* bin jetzt traurig ...“, woraufhin David auch plötzlich sehr ruhig sagen konnte: „Ja, *ich* bin auch traurig ...“. Allmählich wurde es ruhiger in und zwischen beiden und irgendwann war David innerlich so ruhig, so dass es wieder zurück in den Alltag gehen konnte.

In der Folgezeit war David seinen Affekten nicht mehr einfach ausgeliefert, sondern konnte einen inneren Konflikt bzw. starken affektiven Zustand erkennen, und diesen aufschieben, um ihn dann zusammen bzw. in Interaktion mit der Person anzuschauen und zu klären, bei der er sich sicher und geborgen fühlte. Zwischen der Erzieherin und David gab es danach die Übereinkunft: „Wollen wir erstmal schaukeln gehen?“ Die Schaukel etablierte sich also als der „sichere Ort“ und die Situation bzw. die Kommunikation verlief immer wieder ähnlich wie beim ersten Mal auf der Schaukel.

3.2 Erläuterung des Fallbeispiels

David hat einen unangenehmen Affektzustand gewaltsam ausgelagert, um ihn abzuwehren bzw. kontrollieren zu können, was somit ein defensiver Abwehrvorgang war.

In diesem speziellen Fall lag möglicherweise sogar eine doppelte Projektive Identifizierung vor: David identifiziert sich mit dem Regenwurm bzw. mit dessen Situation des realen Bedroht-seins und projiziert seine eigenen Gefühle des sich Bedrohtfühlers in den Regenwurm, um seine Gefühle dadurch ein Stück weit gefahrlos (mit)erleben zu können. Allerdings lagert er dieses Miterleben wieder aus und verlagert es in die anderen Kinder und Betreuer, die sich wiederum dadurch bedroht fühlen.

Die Wandlung der Situation begann dann in dem Moment, als die Erzieherin sich nicht gegen die Verzweiflung und Bedrohtheit wehrte, die sie in sich selbst erlebte, sondern ihr eigenes Erleben annahm, und sich das Weinen erlaubte. Es ging also um: erkennen, annehmen und angemessen ausdrücken.

Der zweite Schritt der Wandlung geschah dann dadurch, dass die Erzieherin hinter Davids Bedrohung eine Vernichtungsangst erkannte und sein Verhalten als „primären Abwehr- und Schutzmechanismus ... eines unreifen oder überwältigten Ichs“ (Streeck-Fischer, 2003, S. 626) verstand. Die zunächst *defensive* konnte sich in eine *adaptive* Projektive Identifizierung wandeln, weil die Erzieherin die Projektion des affektiven Zustand nicht abwehrte, sondern sie als Kommunikation aufgriff und selbst als „hinreichend gute Fürsorgeperson“ bei der Regulation und Bewältigung des Zustandes behilflich war.

Weil die Erzieherin nicht nur die Abwehr des affektiven Zustandes *erkannte*, sondern David in dem Moment eine dieser „Beziehungsformen, in denen sich Qualitäten von frühen Pflegesituationen wiederfinden“ ermöglichte, übernahm sie in dem Moment „selbstobjekthafte psychologische Regulationsfunktionen, die normalerweise eine frühe Pflegeperson übernimmt und die zur Herstellung eines homöostatischen Gleichgewichts erforderlich sind“ (Streeck-Fischer et al., 2003, S. 627). Dadurch er-

möglichte sie David das, was ihm in dem Moment anscheinend alleine nicht möglich war: das Erkennen und Mentalisieren seines gesamten psychischen Zustands, die Affektregulation (dadurch, dass sie ihr eigenes Erleben angenommen und ausgehalten hat) und der Ausdruck des eigentlichen, zugrunde liegenden Gefühls.

In diesem Moment, als die Erzieherin und David gemeinsam vor dem Aquarium weinten als „Ausdruck des *gemeinsamen* Betroffenseins“ tritt das zutage, was Buck (1994) als die „Konversation zwischen zwei limbischen Systemen“ versteht und sagt, dass in solchen Momenten „die Individuen in dieser spontanen Kommunikation eine *biologische Einheit* [konstituieren]“ (Buck, 1994, S. 266).

Darin, dass David zuvor wahrscheinlich nicht bewusst war, bzw. er es nicht in Worte fassen konnte, dass er gerade „traurig“ ist, spiegelt sich seine noch mangelhaft ausgebildete Mentalisierungsfähigkeit wider bzw. die mangelhafte Verknüpfung zwischen der rechten und linken Hemisphäre. Indem aber die Erzieherin in sich dieses Gefühl „Traurigkeit“ erlebte, war es David vielleicht möglich, seine eigenen Gefühle durch diesen Spiegel zu erkennen (Affektspiegelung). Und dass, nachdem die Erzieherin ihre Gefühle in Worte gefasst hatte („Ich bin jetzt traurig ...“), David auch sagen konnte: „Ja, ich bin auch traurig ...“, er dies also *verbalisieren* konnte, was er emotional *erlebte*, mag darauf hinweisen, dass in diesem Moment eine *Verknüpfung zwischen rechter (Emotionen) und linker (Sprache) Hemisphäre* möglich wurde.

Dass David in darauf folgenden Situationen bewusst den Kontakt zu der Erzieherin suchte, zeigt seinen unmittelbaren Gewinn neuer Fähigkeiten zur Mentalisierung und Affektregulation: dass er seinen Affekten nicht mehr einfach ausgeliefert war und sich nicht anders zu helfen wusste, als um sich zu schlagen, sondern dass er einen inneren Konflikt bzw. starken affektiven Zustand erkennen, kommunizieren und aufschieben konnte, um ihn dann zusammen mit der Person zu bearbeiten, bei der er wusste, dass er bei ihr die Hilfe zur „Affektregulation“ finden würde, die er für sich noch brauchte.

Um solche Erfahrungen zu ermöglichen, ist es „Notwendig“, dass der therapeutisch Tätige den Affekt, der vom Kind auf ihn übergeht bzw. durch die Interaktion in ihm ausgelöst wird, in sich wahrnimmt und aushält. Im hier dargestellten Beispiel hat sich die Erzieherin nicht gegen das Gefühl des Bedrohtseins und der Verzweiflung gewehrt, sondern es erst einmal wahrgenommen, ernstgenommen, hat es da sein lassen und nichts gesagt, sondern stattdessen diesem Erleben einfach den ihm angemessenen Ausdruck gegeben.

Schafft es der therapeutisch Tätige nicht, den vom Patienten in ihn hineinverlagerten Affekt rechtshemisphärisch *auszuhalten* (z. B. aus eigener Angst vor Ambiguität, mangelnder Differenzierung, Non-linearität, Chaos oder vor einer Überwältigung durch den Affekt bzw. damit einhergehenden vegetativen Reaktionen), und wehrt den Affekt ab, könnte sich dies z. B. in einem zu frühen Wechsel in die linke Hemisphäre und damit einer zu frühen kognitiven Antwort/Deutung äußern. Dies würde keine Entwicklung in Gang bringen, da das Kind möglicherweise in den gleichen Stress gerät, den es als Säugling in einer solchen Situation erlebt hat und den es damals schon versucht hat, mithilfe der „defensiven regulatorischen Strategien der Dissoziation und Projektiven Identifikation“ (Schore, 2009, S. 108) abzuwehren und der „Teufelskreis“ nimmt von neuem seinen

Lauf. Da das Kind aber für genau solche Situationen eben noch keine anderen Strategien als damals zur Verfügung hat, wird es weiter – und vielleicht sogar umso heftiger – versuchen, seine unregulierten Affekte projektiv abzuwehren und in den Therapeuten hineinzuzwingen.

Diese Abwehr des Therapeuten würde dann den re-aktivierten Zustand eines „Dysregulierten-Selbst-in-Aktion-mit-einem-nicht-abgestimmten-Objekt“ nur ein weiteres Mal erfahrungsmäßig bestätigen, vielleicht sogar verstärken, und hätte dadurch den genau gegenteiligen Effekt, als den gewünschten therapeutischen.

In diesem Prozess der Wahrnehmung der eigenen autonomen Reaktionen (rechte Hemisphäre) muss der therapeutisch Tätige immer den Zugang zur linken Hemisphäre behalten, in der ein „Symbolisieren“ und „Mentalisieren“ der erlebten Zustände möglich ist, um dem Kind ebenfalls diesen Übergang vom *Erleben* zum *Mentalisieren* zu ermöglichen denn: „Ein adäquater Weg des Erlebens ist durch eine reflexive Aufmerksamkeit für das Gespürte in einer Situation charakterisiert“ (Schore, 2009, S. 141).

Zusammenfassend lassen sich somit zwei Behandlungsziele eines in dieser Form gestalteten Prozesses herausstellen: 1. die Entwicklung eines „reflexiven Selbst, das zu Introspektion in der Lage ist“ und 2. die Fähigkeit, Konfusion und Ambiguität im affektiven Erleben in sich auszuhalten, „wo vorher das Bedürfnis vorherrschte, deren Existenz durch Veräußerung zu verleugnen“ (Schore, 2009, S. 142). Damit wird die „erfahrungsabhängige Entwicklung der rechten Hemisphäre, von der man weiß, dass sie bei der Fähigkeit zur Tolerierung und Integration der Vielschichtigkeit der Perspektiven, der Affekte und der Selbst- und Objektrepräsentationen hin zu einem bedeutungsvollen Ganzen dominant“ (Schore, 2009, S. 143) ist, reaktiviert und ein Entwicklungsprozess in Gang gebracht, der vorher verunmöglicht war.

4 Fazit

In der gemeinsam gestalteten Situation, und besonders durch die Einbeziehung des Körpers in die Interaktion, entfaltet sich die Möglichkeit, einem undifferenzierten, bis jetzt nur körperlich gespürten und noch nicht mentalisiertem Gefühl eine Bedeutung zu geben, worin Stolorow und Atwood (1992) das Potenzial sehen, dass sich „Affekte in ihrer frühesten Form, wo sie als körperliche Sensationen erlebt wurden, hin zu subjektiven Zuständen, die allmählich verbal artikuliert werden können [entwickeln]“ (Stolorow u. Atwood, 1992, S. 42).

David ist durch die Erfahrung mit der Erzieherin die „Wiederfortsetzung der erfahrungsabhängigen Entwicklung der rechten Hemisphäre“ (Schore 2009, S. 143) möglich geworden. Dass ihm die Artikulation seiner Zustände auch weiterhin gelang, davon zeugt sein über seinen Klinikaufenthalt bestehendes Vertrauen zu der Erzieherin, die er auch nach seiner Entlassung noch zweimal in der Klinik anrief, um mit ihr zu besprechen, welche Schule er besuchen sollte oder ob er besser bei seiner Mutter oder seinem Vater leben sollte.

Literatur

- Adolphs, R., Damasio, H., Tranel, D., Damasio A. R. (2000). A role for somatosensory cortices in the visual recognition of emotion as revealed by three-dimensional lesion mapping. *Journal of neuroscience*, 20, 2683-2690.
- Bion, W. (1959). Attacks on linking. *International Journal of Psycho-Analysis*, 40, 308-315.
- Bion, W. (1962a). A theory of thinking. *International Journal of Psycho-Analysis*, 43, 306-310.
- Bion, W. (1962b). *Learning from Experience*. London: Heinemann.
- Bowlby, J. (1973). *Attachment and loss. Separation: Anxiety and anger*. New York: Basic Books.
- Buck, R. (1994). The neuropsychology of communication: Spontaneous and symbolic aspects. *Journal of Pragmatics*, 22, 265-278.
- Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E. L., Target, M. (2002). *Affektregulierung, Mentalisierung und die Entwicklung des Selbst*. Stuttgart: Klett Cotta.
- Hinshelwood, R. D. (1993). *Wörterbuch der kleinianischen Psychoanalyse*. Stuttgart: Verlag Internationale Psychoanalyse.
- Joseph, B. (1997). Projective identification. In R. Schafer (Hrsg.), *The contemporary kleinians of London* (S. 100-116). Madison, CT: International Universities Press.
- Klein, M. (1946). Bemerkungen über einige schizoide Mechanismen. In R. Cycon (Hrsg.), *Melanie Klein – Gesammelte Schriften, Bd. 3*. (S. 1-41). Stuttgart: frommann-holzboog.
- Klein, M. (1960/1972). Über das Seelenleben des Kleinkindes. In M. Klein, *Das Seelenleben des Kleinkindes und andere Beiträge zur Psychoanalyse*. Reinbeck: Rohwolt.
- Krause, R. (2012). *Psychodynamische Behandlungs- und Krankheitslehre*. Stuttgart: Kohlhammer (im Druck).
- Margraf, J., Müller-Spahn, F. J. (2009). *Psychrembel Psychiatrie, Klinische Psychologie, Psychotherapie*. Berlin: Walter de Gruyter.
- Ogden, T. H. (1988). Die projektive Identifizierung. *Forum der Psychoanalyse*, 4, 1-21.
- Ogden, T. H. (1990). On the structure of experience. In L.B. Boyer, P.L. Giovacchini (Hrsg.), *Master clinicians on treating the regressed patient* (S. 69-95). Northvale, NJ: Jason Aronson.
- Reich, G. (2008). Projektive Identifizierung. In W. Mertens, B. Waldvogel (Hrsg.), *Handbuch psychoanalytischer Grundbegriffe* (S. 600-603). Stuttgart: Kohlhammer.
- Schore, A. (2009). *Affektregulation und die Re-Organisation des Selbst*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Stern, D. (1995). *Mutterschaftskonstellationen*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Stolorow, R. D., Atwood, G. E. (1992). *Contexts of being: The intersubjective foundations of psychological life*. Hillsdale, NJ: Analytic Press.
- Streeck-Fischer, A., Kepper-Juckenack, I., Kriege-Obuch, C. Schrader-Mosbach, H. von Eschwege, K. (2003). „Wehe, du kommst mir zu nahe“ – Entwicklungsorientierte Psychotherapie eines gefährlich aggressiven Jungen mit frühen und komplexen Traumatisierungen. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 52, 620-638.
- Teicher, M. H., Anderson, S. L., Polcari, A., Anderso, C. M., Navalta, C. M. (2002). Developmental neurobiology of childhood stress and trauma. *Psychiatric Clinic of North America*, 25, 397-426.
- Winnicott, D. (1953). Transitional objects and transitional phenomena. *International Journal of Psychoanalysis*, 34, 89-97.
- Winston, J. S., Strange, B. A., O’Doherty, J. O., Dolan, R. J. (2002). Automatic and intentional brain responses during evaluation of trustworthiness of faces. *Nature Neuroscience*, 5, 277-283.

Korrespondenzanschrift: Tobias Becker, Levetzowstr. 22, 10555 Berlin;

E-Mail: tobias.becker@ipu-berlin.de