

DER EINFLUSS DER SÄUGLINGSFORSCHUNG AUF ZUKÜNFTIGE ENTWICKLUNGEN DER PSYCHOTHERAPIE

THE INFLUENCE OF INFANT RESEARCH ON FUTURE DEVELOPMENT OF PSYCHOTHERAPY

Wolfgang Milch

Zusammenfassung

Neuere Erkenntnisse der Säuglingsforschung regen dazu an, die Behandlungsführung in Psychotherapien erwachsener Patienten zu überdenken. Zunächst werden schon beobachtbare Auswirkungen auf die Arbeitsweise von Psychotherapeuten dargestellt, wobei grundsätzliche psychische Funktionsweisen betrachtet werden, die im Laufe des Lebens weitgehend gleich bleiben. Dazu gehören die Motivationssysteme, die impliziten Aspekte der Kommunikation, die Affektregulation und die Mentalisierung. Für diese Aspekte werden Überlegungen für zukünftige Entwicklungen in der Psychotherapie angestellt und anhand von zwei Beispielen Möglichkeiten der primären Prophylaxe erläutert. Abschließend werden das durch die Kleinkindforschung veränderte Menschenbild und die daraus abgeleitete therapeutische Haltung beschrieben.

Schlüsselwörter

Säuglingsforschung – Psychotherapie – implizite Interaktion – Affektregulation - Mentalisierung

Summary

Recent research findings in infants could lead to a revision of standard methods of the psychotherapeutic treatment of adult patients. For this endeavor, some influences of infant research on the recent elaboration of clinical concepts, which remain quite similar during the life circle, are summarized. Included are motivational systems, implicit communication, affect regulation and mentalization. For these aspects, possible future developments are taken into consideration and two examples for a primary prophylaxis are demonstrated. Finally, the influences of infant research on the perspective for the concept of man and the related therapeutic implications are discussed.

Keywords

Infant research – psychotherapy – implicit interaction – affect regulation - mentalization

Auf Kongressen von Psychiatern, Psychotherapeuten und Psychoanalytikern, sowohl auf nationaler als auch auf internationaler Ebene, wurde wohl über kaum ein Buch so häufig und heftig diskutiert wie das 1985 erschienene Werk von Daniel Stern „The Interpersonal World of the Infant“ (dt: Die Lebenserfahrung des Säuglings, 1992). Die bei Säuglingen und Kleinkindern beobachteten Phänomene beschreibt Stern synoptisch als eine Entwicklungslinie des Selbsterlebens in den Stufen des Empfindens eines auftauchenden Selbst, eines Kernselbst, eines subjektiven Selbst und eines verbalen Selbst. Entwicklungsthemen werden nicht mehr als aufeinander folgende Phasen betrachtet, sondern als Teile von Entwicklungslinien, die lebenslang Bedeutung behalten (z.B. Autonomie versus Abhängigkeit). Dabei wird der Säugling oder das Kind nie für sich isoliert betrachtet, sondern immer in Bezug auf die Mutter oder die jeweiligen anderen Bezugspersonen. Diese Vorstellung ist durchaus nicht neu, sie wurde bereits von Winnicott (1965) eingeführt, der seinen Standpunkt mit der Feststellung deutlich machte, dass man einen Säugling nur in dem Bezugsrahmen des Mutter-Kind-Paares betrachten kann. Diese Vorstellung wurde durch die neueren Erkenntnisse der

Kleinkindforschung bestärkt und erweitert. Ein Verständnis vom Menschen als von Anfang an eingebunden in menschliche Beziehungen, in denen sich das Selbst entfaltet und zeitlebens weiterentwickelt, hat sich allgemein durchgesetzt.

Trotz der positiven Aufnahme von Ergebnissen der Kleinkindforschung - hier wären in Deutschland u.a. die Bücher von Martin Dornes (1993, 1997, 2000) zu nennen, wurden auch Stimmen laut, dass sich die psychische Organisation von Erwachsenen von der der Säuglinge und Kleinkinder so weit unterscheidet, dass Rückschlüsse aus dieser frühen Zeit auf die Erwachsenenpsychologie wohl kaum möglich sind (Wolff, 1996). Die Suche nach einem veränderten Verständnis für die frühe Kindheit ist mit der Gefahr von Zirkelschlüssen verbunden: Die Kleinkindbeobachtung stellt für Wolff zwar eine Quelle neuer Theorien über die soziale und emotionale Entwicklung dar, er bezweifelt aber, dass diese für die Psychotherapie Erwachsener als eine Psychologie der Bedeutungen, unbewusster Ideen und verborgener Motive eine Relevanz haben können.

Folgt man der Argumentation Wolffs, so verbleiben dennoch wesentliche Bereiche, durch die die Erwachsenenpsychotherapie auch in Zukunft weiter von Erkenntnissen der Kleinkindforschung profitieren kann. Zu nennen ist der Bereich der Bindung, der menschlichen Motivation, der Affekte, der nichtverbalen Kommunikation, der impliziten Gedächtnisinhalte sowie der Mentalisierung. Gerade in diesen Bereichen sind sich Kinder und Erwachsene sehr ähnlich, viele Beziehungssequenzen können geradezu identisch beobachtet werden (Beebe und Lachmann, 2002). Mit diesem neuen Wissen über menschliche Entwicklung und Kommunikation sowie über Gesundheit und Krankheit ändert sich nicht nur unser Menschenbild, sondern für uns Psychotherapeuten auch unsere klinische Haltung. Aus Gründen der Beschränkung werde ich diese einzelnen, mir besonders wichtigen Aspekte einer sich rasch entwickelnden Forschungsrichtung beschreiben, die bereits Einflüsse von der Kleinkindforschung auf die Psychotherapie Erwachsener erkennen lassen (abgesehen von der Bindung, der ein anderer Beitrag in diesem Heft gewidmet ist) und mir Überlegungen für eine künftige Entwicklung besonders dringlich erscheinen.

Triebe versus Motivationssysteme

Die menschlichen Bedürfnisse und Antriebe und die sie begleitenden Affekte werden in traditionellen psychotherapeutischen Vorstellungen vom lebensgeschichtlich ausgeformten Triebchicksal der Sexualität und Aggression in den Repräsentanzen der verinnerlichten Objektbeziehungen verstanden. Gerade die Beobachtungen an Säuglingen und Kleinkindern weisen darauf hin, dass dieser Triebdualismus (wie zum Beispiel Libido-Destrudo) die Motivstruktur menschlichen Erlebens und Handelns so weit abstrahiert und verdinglicht, dass diese reduktionistische Sichtweise zu kurz greift, um komplexe Dimensionen des Erlebens oder Handelns differenzierend konzeptuell erfassen zu können. Aufgrund empirischer Ergebnisse wurden deshalb komplexere Modelle zum Verständnis menschlicher Motivation formuliert. Als Beispiel soll hier das von Lichtenberg, Lachmann und Fosshage (2000) entwickelte motivationale System näher erläutert werden. Ausgehend von neueren Forschungsergebnissen der Säuglings- und Kleinkindforschung sowie der Neuroforschung äußerte diese Arbeitsgruppe Zweifel an dem dualen Triebkonzept, weil es metapsychologisch zunehmend an Erklärungskraft verliert. Sie beschrieben stattdessen eine mehrdimensionale Motivationstheorie. Im Unterschied zu den beiden Grundtrieben als Manifestation eines innersomatisch ausgelösten Spannungszustands in einem Organ oder Körperteil, werden Motivationssysteme beschrieben, die differenziert Grundbedürfnisse zum Ausdruck bringen. Lichtenberg (2000) versteht die Motivationssysteme im Sinne einer Systemtheorie, bei der diese über selbstregulative Fähigkeiten verfügen, in Wechselwirkung untereinander und mit der Umwelt stehen und sich in diesem Spannungsfeld im Laufe des Lebens weiterentwickeln. Die Vielzahl von angeborenen Bedürfnissen und affektiven Handlungsmustern wird in fünf motivationalen Einheiten zusammengefasst, die sich allerdings nur in Wechselwirkung mit der versorgenden Umwelt weiterentwickeln können, wobei der interaktive Prozess zwischen Kleinkind

und Bezugsperson bestimmt, wie und ob sich diese Bedürfnisse herausbilden. Die Motivationssysteme umfassen

- psychische Regulierung physiologischer Bedürfnisse
- Bindung und Zugehörigkeit
- Exploration und Selbstbehauptung
- Antagonismus und/oder Rückzug sowie aversive Reaktionen
- sinnliches Vergnügen und Sexualität

Wenn sich die Motivationssysteme im Selbst organisiert haben, entsteht eine dialektische Spannung zwischen den Systemen und zwischen einzelnen Komponenten der Systeme, die dazu führt, dass die Systeme immer wieder umstrukturiert werden. Mit der Entwicklung der Motivationssysteme wird ein immer komplexeres und differenzierteres Selbsterleben möglich. Bei einer optimalen Entwicklung eines kohäsiven, vitalen Selbstgefühls und adaptiver Motivationsmuster herrscht ein positives emotionales Erleben vor, bei dem die unterschiedlichen Systeme aufeinander abgestimmt sind. Das Erleben der Motivationssysteme kann aber durch viele Faktoren beeinträchtigt werden, wie zum Beispiel Krankheit, Trauma, Missbrauch, gestörte Bindungserfahrungen usw. Eine Störung der Balance zwischen den voranschreitenden allgemein positiven Entwicklungen und den negativen emotionalen Erfahrungen kann zu einer vorzeitigen und fixierten Organisation von Antagonismus und/oder Rückzugsverhalten sowie zu eingeengten, schlecht angepassten Formen des Selbsterlebens führen. In der Zeit, in der sich das Selbstgefühl entwickelt (etwa in den ersten drei Lebensjahren), leidet ein Kind bei negativen zwischenmenschlichen interaktiven Erfahrungen in Bezug auf die Motivationssysteme häufig an Störungen der Initiative, der Selbstregulation und der Integration der motivationalen Systeme. Störungen der Initiative können sich später in Hemmungen, Passivität oder in anklammerndem oder forderndem Verhalten zeigen und mit Furchtsamkeit, Schüchternheit, Scham sowie Traurigkeit einhergehen. Störungen der Selbstregulation nehmen vielgestaltige Formen an: Ess- und Verdauungsstörungen, Koordinationsstörungen des Bewegungsapparates, Ungeschicklichkeit, Steifheit, Körperfehlhaltungen, übertriebene Wahrnehmung innerer Körpervorgänge, ambivalente und vermeidende Bindungsmuster, unkonzentriertes Arbeitsverhalten sowie die Neigung zu Sexualisierungen. Störungen der Integrationsfähigkeit zeigen sich als desorganisierte, unbeständige Bindungsmuster, als Unfähigkeit, Ereignisse in kohärenten altersgemäßen Narrationen zu organisieren und in einer Neigung zu gestörten affektiv-kognitiven Zuständen wie Wut, Panik, Depression, Scham, Dissoziation bis hin zu psychotischer Desorganisation.

Affekte

Affektäußerungen waren für Freud (z.B. 1915, 1926, 1950) bloße Abfuhrmöglichkeiten für Triebe. Ihnen fehlt eine primäre kommunikative Funktion, die sie erst sekundär durch die Reaktion der Bezugspersonen für das Kind erhalten. Nach Krause (1998) bestehen in Freuds Theoriebildung zwei weitreichende Beschränkungen: Zum einen werden Affekte ausschließlich als Folge einer Dysregulation der Triebe gesehen, zum anderen werden ihnen keine primären sozialen Zeichen-

funktionen zugesprochen. Krause versteht das Emotionsystem dagegen als eine Art von „interface“ zwischen der Umwelt und verschiedenen Subsystemen des Organismus. In seiner „Rechnermetaphorik“ kann das Affektsystem als eine zentrale Einheit gesehen werden, welche die verschiedenen „Peripheriegeräte“ – also unterschiedliche menschliche Funktionsbereiche – ansteuert.

Affekte wirken von Geburt an als primäre Motivatoren, die Bedürfnisse und Gefahren signalisieren sowie einen regulierenden Ausgleich in den mitmenschlichen Interaktionen ermöglichen. Neben den expressiven und motivationalen Eigenschaften hat das Affektsystem eine physiologische Komponente. Es schließt die Wahrnehmung der körperlichen Korrelate, deren sprachliche Benennung sowie die bewusste Wahrnehmung des Affektes als inneres Bild mit einer spezifischen situativen Bedeutung mit ein (Krause, 1998). Im zwischenmenschlichen Austausch informieren sie das Subjekt über den Stand der jeweiligen Interaktion und evaluieren die aktuellen Wahrnehmungen vor dem Hintergrund vergangener und gegenwärtiger Erfahrungen (Dornes, 1997). Dabei ist die Emotionsentwicklung zeitlebens nicht abgeschlossen und unterliegt einem dynamischen Prozess mit inneren und äußeren Einflüssen, der in Reifungsprozessen und schwellentypischen Krisen offensichtlich wird.

Angeborene Affekte sind Distress, Wut, Überraschung, Ekel und Interesse. Später treten nach und nach Freude, Ärger, Traurigkeit, Furcht und Schuld hinzu (Krause, 1990). Sie sind vom „hedonischen Tonus“, d.h. der Lust oder Unlust, zu unterscheiden (Stern, 1992). Qualitativ besitzen sie ein unterschiedliches Ausdrucksmuster von differenzierter Intensität und Dringlichkeit. Darüber hinaus lässt sich im zeitlichen Ablauf eine Bewegungskontur beobachten, die Stern als „Vitalitätsaffekte“ kennzeichnet und die für Erlebnis- und Ausdrucksweisen typische individuelle Muster bilden. Die subjektiv erlebten und auch beobachteten Affekte gehen mit mimischen Muskelbewegungen und Reaktionsmustern des autonomen zentralen Nervensystems einher. Dabei wird der Körper zum wichtigen Übermittler der Affekte, zunächst zwischen Mutter und Kind und später auch zwischen Erwachsenen. Säuglinge imitieren bereits kurz nach ihrer Geburt die Mimik der Erwachsenen, wobei angenommen wird, dass das Kind propriozeptiv das innerlich wahrnimmt, was es im Gesicht des anderen sieht (Dornes, 1997). Dieses Erspüren des inneren Zustandes des anderen via Mimik gilt aber nicht nur für das Kind, sondern auch für die Bezugsperson, so dass dieser Mechanismus als eine Grundlage der Empathie angesehen werden kann. Auch Erwachsene nehmen auf diese Weise die Gestimmtheit eines Gegenübers wahr (Milch, 1997). Von Geburt an entwickelt sich eine Gegenseitigkeit als mutuelle affektive Abstimmung („affect attunement“, Stern, 1992) zwischen Bezugsperson und Kind.

Später gewinnen Versprachlichungen subjektiv wahrgenommener Affektzustände zunehmend an Bedeutung, wobei die Interaktion in ihrer Struktur zwischen Kindern und Erwachsenen überraschend ähnlich bleibt, so dass Beebe und Lachmann (2002) direkte Schlüsse aus der Selbst- und Fremdregulation von Kindern mit Erwachsenen auf Interaktionen zwischen Erwachsenen ziehen. Sie stellen Überlegungen an,

wie diese Regulationen im therapeutischen Prozess einen Niederschlag finden und für eine Verbesserung der Selbstregulation des Patienten positiv beeinflusst werden können (siehe unten). Für Krause (1998) sind die modernen Sichtweisen der Affektivität ein wesentlicher Baustein für seine „Allgemeine psychoanalytische Krankheitslehre“. Er beschreibt die Persönlichkeitsentwicklung in Verbindung mit der Emotionsentwicklung vor dem Hintergrund der kulturellen Einflüsse (wobei er sich immer wieder auf Kleinkindforscher beruft). Die Kleinkindforschung regt dazu an, spezifische affektive Störungen, z.B. bei Persönlichkeitsstörungen oder psychosomatischen Störungen, näher zu untersuchen. Die Untersuchung der Mimik in therapeutischen Mikrosequenzen mit Hilfe von Videoaufzeichnungen verhilft zunehmend, die affektive Abstimmung zwischen Therapeut und Patient¹ störungsspezifisch zu verstehen und therapeutisch nutzbar zu machen. Durch die visuelle Darstellung emotionsgeladener Bilder lassen sich Affektzustände bei Probanden induzieren, und Störungen der Selbstregulation können mit bildgebenden Verfahren sichtbar gemacht und mit dem subjektiven Erleben in Bezug gesetzt werden. Damit lassen sich in Zukunft ganz konkrete Fragen beantworten, zum Beispiel: Welche Rolle spielt die Affektregulation bei Somatisierungsstörungen? Sind bestimmte Affekte bei einem Krankheitsbild bedeutsamer als andere (z.B. Ekel im Vergleich zu Angst bei alexithymen Patienten)? Welche Bedeutung hat Scham bei Borderline-Persönlichkeitsstörungen und welche bei narzisstischen Persönlichkeitsstörungen, und wann löst Scham Wutreaktionen aus? Wann ist es unverzichtbar, dem Patienten gegenüberzusitzen, um seine affektbezogene Mimik zu erfassen, und wann ist das eher störend für den Patienten, so dass er besser auf der Couch liegt? Diese Fragen ließen sich beliebig fortsetzen und zeigen, wieweit die Kleinkindforschung neue Fragestellungen angeregt hat, die unseren klinischen Umgang mit Affektzuständen unserer Patienten erheblich beeinflussen wird bis hin zu einem elaborierteren Umgang mit Affektzuständen, die uns eine differenzierte Exploration der Affekte, der begleitenden Erinnerungsbilder, metaphorische Umschreibungen des innerlich Wahrgenommenen und der begleitenden körperlichen Reaktionen erlaubt.

Die Validierung subjektiven Erlebens

Von Geburt an entwickelt sich die Mutualität als affektive Abstimmung zwischen Mutter und Kind. Bei diesem Austausch von Affekten stellt sich die Frage, wie Kinder die Fähigkeit erwerben, den eigenen Gefühlen eine Validität zu verleihen und ihnen zu vertrauen. Wie können Kinder lernen, zwischen den eigenen affektiven Zuständen im Spiegel der affektiven Reaktion der Bezugsperson einerseits und den subjektiven Affekten der Bezugsperson andererseits zu differenzieren. Es ist eine schwierige Aufgabe, da Kinder nicht nur internale von externalen Stimuli differenzieren müssen, sondern sie müssen auch die authentischen Gefühle ihres Gegenübers von deren Spiegelung der eigenen affektiven Zustände unterscheiden. Ein Ziel ist, verlässliche Repräsentanzen der

¹ Auch wenn für „Therapeut“ und „Patient“ die männliche Form gewählt wurde, sind beide Geschlechter gemeint.

Objekt- und Selbstimages sowie der gemeinsamen Interaktion („RIGs“, Stern, 1992) auszubilden, um eigene und fremde affektive Zustände in der Interaktion differenziert aufeinander beziehen zu können. Für diese wichtige Funktion, das Eigene im Fremden wiederzuerkennen, d.h., den „Glanz im Auge der Mutter“ auf das eigene Tun beziehen zu können und nicht auf deren eigene narzisstische Bedürftigkeit, scheinen mir zwei aus der Kleinkindforschung bekannte Kommunikationsabläufe von Bedeutung: *Die transmodale affektive Kommunikation* und die herausgehobene *Betonung der gespiegelten Affekt-Signale der Bezugsperson*.

Schon Säuglinge können die Aktivitätskontur einer Sinneswahrnehmung unabhängig von der jeweiligen Wahrnehmungsmodalität wiedererkennen. Die Gestalt eines bestimmten Ablaufs wird invariant wahrgenommen, sei sie nun visuell, auditiv, sensuell oder propriozeptiv. Mit der transmodalen Wahrnehmung erfasst das Kind die zeitlichen Muster im Modus der Bewegung, der Mimik und der Sprache, so dass die unterschiedlichen Wahrnehmungsmodi kontingent bemerkt werden. Durch die Antwort der Mutter im anderen Modus kommt das zum Ausdruck, was hinter dem Verhalten steht, der Gefühlszustand, der geteilt wird. Aus dem Unterschied zwischen den eigenen Äußerungen und der Spiegelung des Gegenübers im anderen Wahrnehmungsmodus entsteht eine Spannung, die eine starke, entwicklungsfördernde Potenz enthält und dazu führt, dass die Spannung zunächst in der Beziehung und später intrapsychisch (i.S. der Selbstregulation) gehalten werden kann. Daraus entstehen validere Repräsentanzen von Interaktionserfahrungen (z.B. in Therapien von Borderline-Persönlichkeitsstörungen). Erlebnisse und Gefühlszustände werden zu gemeinsamen Erfahrungen, die als generalisierte Repräsentanzen von Interaktionen das Kind im späteren Leben begleiten, die Basis für die spätere Kommunikation bilden und vor neurotischen, psychosomatischen oder wahnhaften Verarbeitungen von Konflikten schützen. Transmodale Formen der Kommunikation kommen in kreativen Therapieformen wie der Körper-, der Kunst- oder der Musiktherapie zur Anwendung, wobei das Gleiche in einem anderen Modus wiedergegeben wird, der Kern der Aussage aber gleich bleibt. Die Wirksamkeit dieser Verfahren für psychotische, persönlichkeitsgestörte oder auch psychosomatische Patienten ist aus der entwicklungsfördernden Potenz transmodaler Kommunikation und der daraus entstehenden Repräsentanzen erklärbar. Diese Überlegungen sprechen dafür, auch im ambulanten Sektor verbale Psychotherapieformen zumindest zeitweise mit Körper-, Kunst- oder Musiktherapie zu kombinieren, so wie das schon lange in der stationären Psychotherapie üblich ist. Auch innerhalb einer verbalen Psychotherapie von Erwachsenen kann die Einführung und die Arbeit an gemeinsamen inneren Bildern ein tieferes Verständnis zu Ausdruck bringen und fördern. Levin (1991) empfiehlt in dieser Hinsicht eine „metaphorische Sprechweise“, da diese durch ihre suggestiv-plastische Evidenz und Bildhaftigkeit dissoziierte Informationen verknüpfen kann – analog zur cross-modalen Integration in der frühkindlichen Erfahrung.

Steht nur ein Modus der Kommunikation zur Verfügung, stellt sich die Frage, wie das Kind zwischen dem eigenen, von der Bezugsperson gespiegelten und dem authentischen Ausdruck

eines eigenen Affekts der Bezugsperson unterscheiden lernt. Besonders wenn es sich um eine Mischung von beidem handelt, muss das Kind versuchen, seine Wahrnehmung zu verbessern, um den gespiegelten Anteil immer klarer wahrzunehmen als eine wiederkehrende, kontingente Erfahrung über eigene Affektzustände. Gergely et al. (2002) fanden eine Lösung für dieses Problem, als sie beobachteten, dass eine perzeptuelle Eigenart in den Darstellungen der Affektantworten der Eltern („Markierung“) die gespiegelten kindlichen Affektzustände kennzeichnet. Damit die Möglichkeit einer falschen Zuschreibung der Herkunft einer Emotion vermindert wird, sind Bezugspersonen instinktiv dazu motiviert, ihre Äußerung der Affektspiegelung so zu markieren, dass diese von ihrem eigenen, authentischen Emotionsausdruck vom Kind unterschieden werden kann. Diese Markierung wird üblicherweise dadurch erreicht, dass in einer überbetonten Weise gesprochen wird, häufig mit hoher Stimme, so dass das Kind diese „Baby-Sprache“ mit den charakteristischen phonologischen und syntaktischen Veränderungen erkennen kann.

Später findet sich eine ähnlich „markierte“ Ausdrucksweise, wenn die Kinder im vorgestellten Spiel (pretend play) in einer „Als-ob-Form“ Emotionen darstellen. Die Unterscheidungsfähigkeit des Kindes zwischen gespiegeltem Affekt und dem selbst empfundenen Affekt des Erwachsenen nennen Gergely und Watson (1996) das „referenzielle Entkoppeln“ (referential decoupling), wobei sie sich auf Leslie (1987, 1994) beziehen, der damit die referenziellen Eigenarten des Kommunikationsausdrucks im vorgestellten Spiel bezeichnete: Die wahrgenommene Emotion wird dabei von seinen Referenten „abgekoppelt“. Da das Kind einen referenziellen Standpunkt benötigt, um eine Emotion auch einer Person zuzuordnen, schlägt der Autor vor, diesen Prozess als „referenzielle Verankerung“ zu bezeichnen, der durch das hohe Maß an kontingenter Beziehung zwischen der Affektäußerung der Eltern und dem Affektausdruck im Verhalten des Kindes determiniert wird.

Die dem Kind angeborene Fähigkeit, Kontingenzen wahrzunehmen, befähigt es, zeitliche Zusammenhänge und cross-modale Gleichheit, sowie Ähnlichkeiten in den Mustern des Ausdrucks der Eltern und dem eigenen affektiv gefärbten Verhalten herauszufinden. Die Wahrnehmung dieser kontingenten Beziehungen legt die Grundlage für die referenzielle Interpretation der affektiven Botschaften, so dass das Kind in seiner Bezogenheit über eine referenzielle Verankerung verfügt, den markierten Spiegel-Stimulus als Ausdruck seines eigenen Selbstzustandes zu nutzen. Gergely und Watson (1996) vermuten, dass das Kind das „realistische“ Affektverhalten der Bezugsperson und die markierten affektspiegelnden Äußerungen in unterschiedlichen strukturellen Repräsentanzen cerebral speichert. Wenn ein emotionaler Selbstzustand aufkommt, wird auf assoziative Weise eine „proto-symbolische“, sekundäre Emotionsrepräsentation aktiviert, die es dem Kind erlaubt, den geäußerten Emotionen einen Selbstzustand zuzuschreiben. Die spiegelnde Funktion der Bezugsperson unterstützt zum einen die unmittelbare homöostatische Regulation der dynamischen Affektzustandsveränderungen und ermöglicht zum anderen Lernerfahrungen,

die die Internalisierung der mütterlichen affektregulierenden Funktionen durch die Etablierung eines sekundären Repräsentanzsystems der primären Emotionszustände des Kindes erlaubt.

Durch das Aufspüren von Zusammenhängen während der adaptiven Spiegelinteraktion erlebt das Kind ein Gefühl von starker kausaler Effizienz, das ihm ein Gefühl von Macht vermitteln kann, und auf Dauer zur Sicherheit in der Beziehung und damit auch zur Bindungssicherheit beiträgt. Abweichende Stile der Affekt-Spiegelung können allerdings zu erheblichen Problemen bei der Affektverarbeitung führen. Die Funktion der „Markierung“ des Affektausdrucks der Mutter kann zu schwach oder unzureichend sein und wird von dem Kind nicht wahrgenommen. Dann bekommen alle Affekte eine realistische Färbung, der gespiegelte Affekt kann von dem der Bezugsperson nicht entkoppelt werden und wird dieser immer zugeschrieben oder dient nicht als Verankerung der emotionalen Welt des Kindes, das daher auch kein sekundäres Repräsentanzsystem aufbauen kann. Das Kind bekommt deshalb Mängel in der Selbstwahrnehmung und der eigenen Kontrolle von Affekten. Eigene negative Affekte, die es gespiegelt bekommt, werden aus Abwehrgründen dann der Außenwelt zugeschrieben und nicht sich selbst. Die Wahrnehmung einer entsprechenden „realistischen“ negativen Emotion bei der Bezugsperson wird den negativen Zustand des Kindes noch steigern und nicht zur Beruhigung führen (z. B. eine ärgerliche Ermahnung bei Fehlverhalten). Konkretistisch muss sich das Kind an dem Wahrgenommenen festhalten. Eltern solcher Kinder sind unfähig, innere Zustände zu halten, und fühlen sich leicht von den negativen Gefühlen ihrer Kinder überschwemmt. Wenn die Affektspiegelung der Eltern zwar eine „Markierung“ enthält, aber inkongruent oder kategorial verdreht ist, so sind fehlerhafte Zuschreibungen des inneren Zustandes die Folge. Als Beispiel führen Gergely und Watson (1996) ein Kind an, dessen erotisch gefärbte Erregung über den physischen Kontakt mit der Mutter in dieser Angst und defensiven Ärger erzeugt aufgrund ihrer eigenen intrapsychischen Konflikte wegen ihrer körperlichen Zartheit. Bei dem Kind kann das zu einer Verwechslung von libidinöser Erregung mit Aggression führen, weil das sekundäre Repräsentanzsystem als Ausdruck des primären Affektzustandes uneindeutig und gestört ist. Diese Beispiele belegen die Bedeutung der Spiegelungsprozesse und der „Markierungen“ für eine zukünftige Psychotherapie, um defizitäre Interaktionserfahrungen korrigieren zu können. Für meistens „frühgestörte“ Patienten mit Schwierigkeiten auf diesem Gebiet, kann es besonders wichtig sein, dass in expliziter Form Affektbotschaften an sie rückgemeldet werden. Auch könnten die Befunde auf die Bedeutung von Rollenspielen oder psychodramatischen Elementen hinweisen.

Implizite interaktive Regulation

Von Patienten geschilderte interaktive Auffälligkeiten – abhängig von den beteiligten Gedächtnissystemen – können mit der aktuellen therapeutischen Situation in Zusammenhang gesetzt werden. Im prozeduralen Gedächtnis gespeicherte Erinnerungsspuren, die möglicherweise bis in die frühe, präverbale bzw. präsymbolische Lebensphase zurückreichen,

können interaktiv in der therapeutischen Beziehung z.B. als „Modellszenen“ (Lichtenberg, 2000) reinszeniert werden (aber auch in anderen sozialen Situationen). Zum tieferen Verständnis können diese in den Zusammenhang früherer oder späterer aktueller Erfahrungen sowohl aus der Kindheit als auch aus dem Erwachsenenleben gestellt werden, so dass ihre dynamischen Beweggründe verstanden werden können. Stern (1992) und später Beebe und Lachmann (2002) ziehen Vergleiche zwischen den Systemen Eltern – Kind und Therapeut – Patient: Parallelen und Ähnlichkeiten dieser interaktiven Systeme sind überraschend. Bei beiden können Interaktionspartner mehr oder weniger gut zusammenpassen („fit“ oder „misfit“), was für beide bedeutet, dass nicht nur ihre Kommunikation besser oder schlechter ist, sondern auch die Entwicklung des Patienten mehr oder weniger gut voranschreitet (bei einem optimalen, ausgeglichenen Ausmaß an „Passung“). Bei Kindern wird metaphorisch die gelungene Interaktion mit der Mutter auch als ein „Tanz“ beschrieben. Bei Erwachsenen können besonders gelungene Gespräche wie unterschiedliche Stimmen in einem Musikstück ein Thema aufgreifen und zu einem gelungenen Ganzen zusammenfügen, so dass konflikthafte Themen einer Lösung zugeführt werden. Als eine gelungene Interaktion wird diese Erfahrung von manchen Patienten nachhaltig erlebt. Andererseits werden in der gemeinsamen Kommunikation auftretende Disharmonien, Missverständnisse oder Aversionen besonders bedeutsam. Um sie aufzugreifen und therapeutisch nutzen zu können, muss sich der Therapeut als aktiver Partner an einem intersubjektiven Prozess verstehen, der an jeder Unterbrechung mit beteiligt ist. Die Beziehung ist zwar asymmetrisch aufgrund des Leidensdrucks des Patienten, der Art des Arbeitsbündnisses mit dem Ziel der Besserung von Symptomen sowie auch des unterschiedlichen Fachwissens und der beruflichen Erfahrung des Therapeuten. Da die intersubjektive Begegnung mit ihrem bewussten und unbewussten Zusammenreffen von Patient und Therapeut mehr oder weniger gut gelingen kann, ist ein systemisches Verständnis der therapeutischen Dyade hilfreich. Vor allem Systeme, die sich selbst wieder stabilisieren können, bei denen also die therapeutische Beziehung nach einer Unterbrechung wiederhergestellt werden kann (Wolf, 1996), entwickeln sich weiter. Dieser Prozess ist allerdings noch weitgehend unerforscht, aber Ergebnisse aus der Kleinkindforschung regen dazu an, die „Passung“ näher zu untersuchen. Das Zusammenpassen von Patient und Therapeut scheint weniger von Faktoren wie bestimmter therapeutischer Technik, professioneller Erfahrung oder Supervision bzw. Intervision abhängig zu sein, nimmt aber im längeren Verlauf einer Behandlung in der Regel zu. Da sich der Therapeut einerseits besser abstimmen kann, andererseits aber häufig auch die Bedürftigkeit der Patienten unter der Behandlung anwächst, sind die entsprechend freigesetzten Konflikte und entwicklungstypischen Anforderungen nonlinearen Veränderungen unterworfen. Wenn die Qualität der affektiven Abstimmung und der Bindungssicherheit in der Behandlung ein Optimum erreicht hat, braucht der Patient in der Regel die Therapie nicht mehr und kommt in seinen sozialen Beziehungen wieder mit weniger Anstrengung, Ablehnungen und psychischen Verletzungen zurecht. Im bes-

ten Fall findet der Patient von Anfang an einen Therapeuten, dessen empathisches Verstehen eine geteilte Aufmerksamkeit mit dem Erleben innerer Zustände und äußerer Erfahrungen ermöglicht. Die Affektabstimmung und die validierende Responsibilität des Therapeuten verhelfen dem Patienten dazu, sich unerträglich scheinenden Konflikten zu stellen, quälende Emotionen zu ertragen und später zu integrieren. Die Fähigkeit, innere Zustände und Bindungsbeziehungen zu reflektieren ebenso wie das Verständnis für das, was in anderen vorgeht, hebt nicht nur die soziale Kompetenz der Patienten, sondern macht ihre Beziehungen auch befriedigender, was die Bedeutung von Introspektion und Empathie unterstreicht. Im schlimmsten Fall dagegen fühlen sich Patienten nicht gehalten und verstanden, sondern erneut verletzt und reagieren aversiv, was auch immer der Therapeut äußert, nur um sich zu schützen. Anstatt durch die Behandlung ein Gefühl von Kompetenz und ergänzender Gegenseitigkeit zu erhalten, können sie sich konfus und frustriert fühlen. Beispiele aus Behandlungen sind aversive Reaktionen von Patienten auf verfrühte oder fehlplatzierte Deutungen, als Beschämung erlebte Interventionen oder falsch verstandene Abstinenz (als unterlassene Responsibilität). Auch Interventionen, die als ein Übergriff oder eine Bedrohung erlebt werden (z.B. wenn eine gefährliche Diagnose unvorbereitet oder sogar unbegründet in den Raum gestellt wird), lassen den Patienten zurückschrecken. Die Erkenntnisse der Säuglings- und Kleinkindforschung haben meiner Meinung nach bereits vielen Therapeuten geholfen, diese Interaktionsprozesse noch spezifischer zu fokussieren, so dass sie ihre Patienten nicht zu Adressaten von Interventionen degradieren, sondern sich und den anderen zu Subjekten in einem interaktiven Austausch werden lassen.

Mentalisierung

Die Fähigkeit, das eigene Verhalten und das von anderen Menschen in Begriffen von psychischen Zuständen zu verstehen, wurde von Fonagy und Target (1997) als *Mentalisierung* oder *reflektive Funktion* bezeichnet. Diese Funktion geht auf Vorstellungen von Main und Bretherton zurück, die im Bindungsverhalten die Aufmerksamkeit auf den *intentionalen Standpunkt* lenkten. Der intentionale Standpunkt bezeichnet die menschliche Fähigkeit, sich selbst oder andere Menschen in Vorstellungen von mentalen Zuständen, Gedanken und Gefühlen, Überzeugungen und Wünschen zu verstehen und diese antizipieren zu können. Wenn z. B. ein Kind das abweisende Verhalten der Mutter auf ihre Trauer über einen Verlust zurückführen kann, muss es sich angesichts dieses Zusammenhangs nicht mehr grundlos hilflos fühlen und wird dadurch vor Konfusion und einer negativen Selbstsicht geschützt. Ein wesentlicher Wendepunkt in der Entwicklung des intentionalen Standpunktes liegt in der zu entwickelnden Fähigkeit des Kindes, mit ungefähr drei oder vier Jahren herauszufinden, dass ein Verhalten auf eine falsche Vorstellung zurückgeht. In diesem Alter reagieren Kinder nicht nur auf das Verhalten einer anderen Person, sondern auch auf Vorstellungen, Gefühle, Einstellungen, Wünsche, Hoffnungen, Wissen, Intentionen und Pläne anderer Menschen. Dadurch, dass dem psychischen Zustand Eigenschaften zugeschrieben werden können, erhält das Kind eine zweifellose

nützliche Strategie, um menschliches Verhalten mit Bedeutung zu belegen und vorherzusagen. Dahinter steht aber auch die Fähigkeit des Kindes, eigenem psychischen Erleben eine Bedeutung zu geben und es zu beschreiben.

Wenn Eltern über nur unzureichende innere Repräsentanzen der Beziehung verfügen, so ist ihre Kapazität begrenzt, den momentanen Zustand des Kindes innerlich festzuhalten und zu reflektieren.

Die Arbeitsgruppe um Fonagy beschäftigte sich besonders mit der mangelnden Fähigkeit von Menschen mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung, eigene Gefühlszustände wahrzunehmen und sich in die von anderen hineinzusetzen (Fonagy, 1991; Fonagy et al., 2003). Bei der Mentalisierung handelt es sich um die Fähigkeit, eigenem psychischen Erleben oder dem von anderen psychische Bedeutung zu verleihen als eine Folge der Bewusstwerdung der psychischen Vorstellungen hinter den Handlungen anderer (Fonagy et al., 2002, 2003). Die Mentalisierung ist eine messbare Kapazität (im Erwachsenen Bindungsinterview, AAI), die Ausdruck für die interpersonale Sensitivität ist und mit einer angemessenen Fähigkeit einhergeht, den inneren Zustand von anderen einzuschätzen. Ein Mangel an Mentalisierung zeigt sich in einer unzureichenden Organisation von Selbstzuständen. Ein Zusammenbruch des Gefühls für die eigene Identität kann auf die gestörte Fähigkeit zurückgeführt werden, eigene Subjektivität interpretieren zu können. Wird die Fähigkeit zur Mentalisierung beeinträchtigt, so leben primitive Modi der Selbsterfahrung wieder auf, wie z.B. dissoziative Zustände, Gedanken der Unwirklichkeit und Vorstellungen, so wie der andere zu empfinden (psychic equivalence). Auch die narrativen Prozesse, die die Vorstellung einer Selbstkohäsion und Selbstkontinuität untermauern, werden beeinträchtigt. Eine Folge ist für Eltern, die an einer Borderline-Persönlichkeitsstörung leiden, dass sie Affektzustände (z.B. Angst oder Scham) innerlich nicht halten können und beängstigend impulsiv auf ihr Kind reagieren. So kann sich z. B. ein Vater vor eigenen Affektstürmen schützen, indem er sein Kind schlägt. Die Unfähigkeit zur Mentalisierung kann sich in die nächste Generation fortsetzen, in dem die Kinder nicht Repräsentanzen für die eigenen inneren Zustände ausbilden, sondern für die jeweiligen inneren Zustände der Eltern, da nur diese nutzbare Versionen der eigenen Erfahrung zu sein scheinen. Die Folge ist ein entfremdetes oder falsches Selbst bzw. eine „Als-ob-Persönlichkeit“. Aus diesen Beispielen kann abgeleitet werden, dass gerade in Zukunft durch die gezielte Arbeit an der Fähigkeit zur Mentalisierung (oder in einer anderen Diktion an Introspektion und Empathie) Patienten mit Persönlichkeitsstörungen geholfen werden kann, mit sich selbst und den ihnen wichtigen anderen auch in Konfliktsituationen angemessener und einfühlsamer umzugehen.

Exkurs: Prävention bei Risikokindern und ihren Eltern

Beobachtungen über die pränatale Entwicklung sowie an Säuglingen und Kleinkindern haben unsere Vorstellungen, was ein Kind für seine Entwicklung benötigt und was diese stört, erheblich erweitert. Inzwischen hat sich die Versorgung von Kindern von starren Regeln mit rigiden Zeitschemata gelöst

und sich eine bedürfnisnähere Versorgung (z.B. beim Füttern oder Saubermachen) des Kindes allgemein durchgesetzt. Die Konstanz der Objektbeziehungen und die Bedeutung der Versorgung durch die eigene Mutter wurden auch vom Gesetzgeber anerkannt und haben sich in der Gesetzgebung niedergeschlagen.

Bei Risikogruppen ist die besondere Bedürftigkeit inzwischen auch allgemein bekannt. Bei Frühgeborenen wird im Sinne einer Primärprophylaxe ein taktiler und visueller Kontakt mit den Eltern bereits im Inkubator praktiziert. Frühe Bewegungsübungen vermeiden spätere Spastik. Psychisch kranke Mütter werden inzwischen mit ihren Kindern nötigenfalls gemeinsam stationär auf speziell eingerichteten Mutter-Kind-Stationen behandelt. Der Einfluss sowohl auf die Mutter als auch auf das Kind und ihre gemeinsamen Interaktionen hat eine primär protektive Auswirkung für die seelische Gesundheit des Kindes. Über diese bereits praktizierten Beispiele hinaus sind die Möglichkeiten einer primären Prophylaxe bei Risikokindern und ihren Eltern längst noch nicht ausgeschöpft. Beispielfähig möchte ich näher auf Kinder eingehen, die Gewalterfahrungen machten und Kinder Neurodermitis-kranker Eltern, die bei der genetischen Disposition je nach den Umweltbedingungen diese Krankheit bekommen können oder nicht. Primäre Prophylaxe bei Kindern, die Zeugen von Gewalt oder Opfer von Missbrauch wurden, steht noch ganz im Anfang. Einer wachsenden Zahl von Opfern stehen nur wenige Behandlungsplätze gegenüber, wobei bisherige Erfahrungen belegen, dass eine Prophylaxe umso wirksamer ist, je früher sie einsetzt. Unbehandelt besteht die Gefahr, dass die späteren Erwachsenen selbst wieder zu Tätern oder Opfern werden. Osofsky entwirft ein multidimensionales Modell, um die Auswirkungen der Gewalterfahrung auf die Entwicklung des Kindes zu erklären. Dieses Modell bezieht biologische Voraussetzungen, frühe Lebenserfahrungen und gegenwärtige Beziehungserfahrungen ein. Es werden mehrere Faktoren unterschieden, die die Verarbeitung des Traumas für das Kind beeinflussen, so z.B., wie das Kind die Bedrohung aufgenommen hat, die intrapsychische Bedeutung, die es dem Ereignis zuschreibt, und seine emotionalen und kognitiven Möglichkeiten der Bewältigung, seine Kapazität, starke Affekte zu tolerieren, sowie die Fähigkeit, sich anderen Veränderungen im Leben anzupassen, einschließlich Verlusten und Trauer. Unbehandelt kommt es bei diesen Kindern zu schwersten Erziehungsproblemen, schulischen Auffälligkeiten und frühzeitiger Delinquenz.

Der Umgang mit diesen Kindern ist sehr belastend, so bestehen für Lehrer und Therapeuten, die sich um Kinder nach Gewalterfahrung bemühen, besondere Belastungen bis hin zu der Gefahr des Burn-out bei ständiger Beschäftigung mit dieser Patientenklientel. Auch können Gegenübertragungsreaktionen, die von Gefühlen der Ohnmacht und Hilflosigkeit charakterisiert sind, im Verhalten gegenüber dem Kind zu einer weiteren Fixierung der Symptomatik führen. Betreuer traumatisierter Kinder brauchen Schulung und Supervision, um nicht selbst psychische oder psychosomatische Symptome zu entwickeln.

Ein weiteres Beispiel für die Möglichkeit einer Primär-

prophylaxe ist die therapeutische oder psychoedukative Einflussnahme bei Kindern neurodermitiskrankter Eltern. Bei der Neurodermitis handelt es sich um eine stark juckende, rezidivierende Hauterkrankung, die den psychosomatischen Erkrankungen zugerechnet wird. Sie ist aufgrund ihrer multifaktoriellen Pathogenese mit genetischer Disposition und beeinflussenden psychischen Faktoren für psychotherapeutische Interventionen besonders interessant. Zu den psychische Faktoren, die die Manifestation und den Verlauf dieser Krankheit beeinflussen, gehören sowohl kritische Lebensereignisse und alltägliche Stressoren als auch eine belastende familiäre Umgebung (Faulstich und Williamson, 1985; Gil und Sampson, 1989; King und Wilson, 1991; Seikowski und Gollek, 1999). Besonders im Kindesalter zeigt die atopische Dermatitis eine weite Verbreitung mit einer steigenden Tendenz in den letzten Jahrzehnten. Schultz-Larsen und Hanifin (1992) weisen für den Altersbereich 0 bis 7 Jahren eine kumulative Inzidenzrate von 12 % bei den ab 1970 Geborenen nach. Erkrankungsschwerpunkte liegen im 1. Lebensjahr um den 3. und 12. Lebensmonat, hier erkranken 70-80% der Betroffenen. Damit ist die Neurodermitis eine der bedeutendsten somatopsychischen/psychosomatischen Störungen des Säuglingsalters.

Das erste Lebensjahr stellt durch den Aufbau von Selbstregulation und Bindung eine äußerst sensible Phase dar, der Mutter-Kind-Interaktion kommt damit eine große Bedeutung zu. Die Manifestation einer Neurodermitis kann Ausdruck einer gestörten Eltern-Kind-Beziehung sein (Koblenzer und Koblenzer, 1988). Inadäquate taktile Stimulation und eine zurückweisende Bezugsperson können einen Einfluss auf den Krankheitsverlauf ausüben (Ullmann et al., 1977). Solomon und Gagnon C, (1987) zeigen in ihrer kontrollierten Längsschnittstudie, dass auf moderat negative Affektäußerungen der erkrankten Säuglinge eine verzögerte Reaktion der Mutter erfolgt. Dies lässt darauf schließen, dass das Ausmaß positiver Gemeinsamkeiten zwischen Mutter und Kind gering ist. Weitere Arbeiten zur Eltern-Kind-Beziehung weisen ebenfalls auf die negativen Konsequenzen hin, die infolge elterlicher Schuldgefühle, dauernder psychischer und physischer Belastung und der Sonderrolle des Kindes im Familienverband den Krankheitsverlauf und die emotionale Entwicklung des Kindes beeinträchtigen können. Ein von Langfeld und Luys (1993) vorgefundener Unterschied im Erziehungsverhalten von Müttern neu erkrankter, chronisch kranker und gesunder Kinder zeigte, dass die Mütter chronisch kranker Kinder im Gegensatz zu den anderen Müttern eine feindselig-ablehnende Erziehungshaltung aufwiesen, was auf die Belastung durch die chronische Krankheit hinweist. Daud et al. (1993) klassifizierten erkrankte Kinder und eine Kontrollgruppe mit dem Fremde-Situationstest (s. Beitrag zur Bindung in diesem Heft) und interviewten die Mütter. Das Ergebnis sprach für eine nachgiebigere Erziehungshaltung bei den Müttern der erkrankten Kinder, sie waren auch besorgter um ihre Kleinen. Die hohe psychische Belastung durch die Erkrankung konnte auch hier belegt werden, ähnlich wie in einer weiteren Untersuchung von Blank und Renschmidt (1992).

Zusammenfassend weisen die Befunde darauf hin, dass der

Mutter-Kind-Interaktion eine ausschlaggebende Bedeutung für die körperliche und seelische Selbstregulation im ersten Lebensjahr zukommt. Wie bereits dargestellt, verfügen Säuglinge über ein großes subtiles Repertoire von mimischen, gestischen und lautlichen Verhaltensweisen, die der Bezugsperson ihre Befindlichkeit signalisieren und die elterlichen Interaktionen beeinflussen. Von der primären Bezugsperson wird ein auf die kindliche Bedürfnisse abgestimmtes reaktives und sensibles Verhalten erwartet. Die Signale des Säuglings müssen wahrgenommen und beantwortet werden, um dem Kind die Anpassung an die natürliche Umgebung zu ermöglichen. Kinder mit einer genetischen Anlage zur Neurodermitis brauchen unserer Erfahrung nach besondere Unterstützung bezüglich ihrer Selbstregulation. Hier gilt es vor allen Dingen, den die Krankheit auslösenden und verschlimmernden Kreislauf von Jucken und Kratzen an der Haut zu unterbinden. Künftige Aufgabe der Psychotherapieforschung wird es sein, Schulungen und therapeutische Interventionen für Mutter-Kind-Paare zu entwickeln, so dass trotz genetischer Disposition die Neurodermitis nicht manifest werden muss oder zumindest der Krankheitsverlauf gemildert wird. Dazu ist allerdings zunächst notwendig, mehr über Bindungsverhalten, Temperament und Interaktionsverhalten noch nicht erkrankter Kinder mit genetischer Disposition herauszufinden. In Zukunft könnte es möglich sein, durch psychotherapeutische Interventionen das Manifestwerden der Neurodermitis im Säuglingsalter zu verhindern.

Das Menschenbild und die therapeutische Haltung

In Diskussionen mit Fachkollegen besteht weitgehend Übereinkunft, dass Kinderbeobachtungen dazu beitragen, ätiologische Grundannahmen zur Genese von psychischen Störungen zu überprüfen und veränderte Konzepte für das Verständnis psychodynamischer Funktionsweisen zu entwickeln, wobei auch immer das Menschenbild mit einbezogen wird: Mit dem wachsenden Verständnis für die frühe Kindheit ändert sich auch die Vorstellung, wie sich die menschliche Persönlichkeit entfaltet. Mit den Beobachtungen unvereinbare Vorstellungen wurden aufgegeben, neue dagegen aufgenommen (siehe z.B. Milch, 1991, 1997). So werden die frühen Phasen menschlicher Entwicklung nicht mehr als autistisch aufgefasst, sondern das Baby ist von Anfang an in einem lebhaften Austauschprozess mit seinen Mitmenschen.

Die Konzeption eines hilflosen passiven Babys, gesehen außerhalb tragender Beziehungen und eines stützenden, die Selbstentwicklung fördernden und erhaltenden Milieus, schafft ein Artefakt: Die von dieser Vorstellung abgeleitete Theorie – normale Entwicklung führe von hilfloser Abhängigkeit zur Autonomie, und Selbstliebe münde in Objektliebe – ist deshalb irreführend (Winnicott, 1965; Kohut, 1987). Früher Kleinkindern zugeschriebene Fähigkeiten wie diejenige zum symbolischen Denken mussten revidiert werden (Lichtenberg, 1987, 1991; Köhler, 1990), aber andererseits sind auch Säuglinge interaktiv sehr viel kompetenter als bisher angenommen (Dornes, 1993, 1997, 2000). Dabei hat die menschliche Psyche von Anfang an ein „adaptives Design“ (Slavin und Kriegman, 1992), das das Kind für die paradoxe Entwick-

lungsaufgabe ausstattet, ein eigenes, individuelles Selbst herauszubilden in einer Umgebung, in der es sich ständig auf andere beziehen will und muss.

Damit wird die Fähigkeit umso wichtiger, zwischen eigenen Empfindungen und denen der Bezugspersonen unterscheiden zu lernen. Einerseits braucht das Kind die Spiegelung durch ein Gegenüber, um eigene Gefühlszustände bei sich wahrnehmen zu können, andererseits muss es lernen, zwischen den eigenen Affekten und den Affekten seines Gegenübers zu differenzieren. Würde es die Affekte des Gegenübers als die eigenen wahrnehmen, entstünde ein so genanntes falsches oder fremdes Selbst (s.o.).

Diese Vorstellungen sind mit dem konventionellen Verständnis der Psychotherapie über die frühe Kindheit nicht kompatibel, in dem adultomorphe, also aus der Sicht der Erwachsenen interpretierte Vorstellungen über die Kindheit vorherrschen. Nach Kohut (1991) wurden früher Säuglinge und Kleinkinder als „kleine“ Erwachsene betrachtet, indem ihnen Eigenschaften und Fähigkeiten in unentwickelter Form zugeschrieben wurden. Ein besonderes Hindernis für das Verständnis der frühen Kindheit ist die Formulierung der Beobachtung von Kleinkindern in Begriffen der Erwachsenenpathologie, so als ob pathologische Zustände bei Erwachsenen Regressionen auf in der Kindheit normale Zustandsbilder darstellen würden, die paradigmatisch unter anderem in den Begriffen Autismus, Symbiose, schizoide und depressive Position zum Ausdruck kommen. Vor diesem Hintergrund ist auch die simplifizierende Vorstellung zu verstehen, nach der sich der neurotische Mensch mit seiner mangelhaften Fähigkeit zur Konfliktbewältigung nicht den erwachsenen Anforderungen stellt, sondern an altersinadäquaten, kindlichen Ansprüchen festhält. Diese Vorstellung kann für therapeutische Veränderungen insofern hinderlich sein, als Patienten entsprechend den adultomorphen Annahmen über die Kindheit lernen sollen, ihre kindlichen Ansprüche aufzugeben, indem sie ihre übermäßigen Wünsche als Erwachsene zähmen sollen. Damit geht aber verloren, was diese Wünsche auslöste in der Interaktion mit Bezugspersonen, die für das Kind überfordernd oder traumatisierend war. Wird der Fokus dagegen auf die Bindung und den aus den Interaktionserfahrungen gebildeten Objekt- und Selbstrepräsentanzen sowie den daraus hervorgehenden Fähigkeiten zur Selbstregulation gelegt, bekommen die damaligen und jetzigen Interaktionserfahrungen einen bedeutungsvollen Stellenwert (Fonagy et al., 2003). In Arbeiten, die einen Bezug zwischen Kleinkindforschung und Psychotherapie Erwachsener herstellen (z.B. Beebe und Lachmann, 2002; Fonagy, 2003), wird der wesentliche Einfluss der empirischen Kleinkindforschung auf psychopathologische Rekonstruktionen deutlich: Die Ätiologie von Neurosen und Persönlichkeitsstörungen entfernt sich von einer hypothetisch angenommenen übermäßigen angeborenen Triebhaftigkeit, die in einer zu regen Phantasietätigkeit von Kindern Ausdruck findet und nimmt (auch unter Einbeziehung genetischer Dispositionen) reale Erfahrungen als Ursache späterer Pathologie an (Wolff, 1996). Als Beispiel muss man sich nur vor Augen führen, dass heute Missbrauchserfahrungen jeglicher Art und unverarbeitete Traumata bzw. Verluste sehr viel häufiger als noch vor eini-

gen Jahren beobachtet werden.

Ein weiteres Artefakt bei dem Verständnis der Lebensentwicklung eines Menschen besteht in der oben bereits beschriebenen Vorstellung, dass sich die psychische Entwicklung isoliert im Sinne einer Ein-Personen-Psychologie vollziehe, also unabhängig von der Beziehungsmatrix oder dem System, in dem die frühen Interaktionen stattfanden und die den Grundstein für die psychische Organisation legten. Auch im späteren Leben führen Interaktionserfahrungen in den Beteiligten zu Veränderungen, die mit neuen Verfahren auch hirnelektrisch darstellbar werden (Beebe und Lachmann, 2002). Für Säuglingsforscher bildet deswegen Gegenseitigkeit und das, was zwischen den Partnern passt oder auch nicht („fit“ oder „Passung“), den Schwerpunkt. Für sie ist nicht so wesentlich, was der Säugling überwinden muss, um sich in eine emotional befriedigende Objektbeziehung einzubringen, sondern die Voranpassung jedes Partners, die adaptiven entwicklungsfördernden Austausch sichern (Lichtenberg 1991). Diese Vorstellungen implizieren eine Zwei-Personen-Psychologie, die die Selbstregulation und interaktive Regulation sowohl in der Mutter-Kind-Dyade als auch im therapeutischen Gespräch erklären kann.

Werden die Objektbeziehungen – seien es die des Erwachsenen oder des Kindes – hauptsächlich in Vorstellungen von primitiver Aggression, libidinösen Bedürfnissen und entsprechender primitiver Abwehr wie Spaltung und Projektion verstanden, so können die Bedürfnisse des Kindes nach Bindung und Kommunikation nicht ausreichend gewertet werden. Eine Vielzahl von Experimenten, Beobachtungen und Tests belegt mit geradezu eindeutiger Evidenz, dass das Kind von Anfang an darauf ausgerichtet ist, einerseits das Gleichbleibende, Kontingente in einer Flut unterschiedlichster Informationen herauszufinden und dabei sensibel auf feinste Störungen der Kontingenz zu reagieren. Das implizite Wissen über die wiederkehrenden Beziehungserfahrungen wird im prozeduralen Gedächtnissystem gespeichert, das sich deutlich von dem expliziten Wissen unterscheidet (Beebe und Lachmann, 2002). Ein Folge der gleich bleibenden, kontingenten Beziehungserfahrungen ist das spezifische Bindungsmuster an die Bezugsperson, das transgenerational weitergegeben wird und auch im Laufe des Lebens recht konstant bleibt (s. Beitrag über Bindungsforschung in diesem Heft). Bestehen sichere Bindungserfahrungen, kann das Kind seine Umwelt explorieren und ist motivational darauf ausgerichtet, sowohl auf seine Bezugspersonen als auch auf seine Umwelt aktiv Einfluss zu nehmen, sei es bei Neugeborenen der Blickkontakt, Laute oder später die Freude, ein Mobile durch Handlungen in Gang setzen zu können.

Obwohl die Handlungs- und Reaktionsmuster schon bei Säuglingen sehr komplex und häufig nur mit technisch aufwendigen Apparaturen für das menschliche Auge sichtbar gemacht werden können, muss nach den vorliegenden Beobachtungen daran gezweifelt werden, dass das Kind eine Aufspaltung in Teilobjekte vornimmt, im Gegenteil: Vieles spricht dafür, dass das Kind seine Bezugspersonen ganzheitlich wahrnimmt und zum Beispiel im Experiment irritiert reagiert, wenn ihm das sprechende Gesicht der Mutter und der Ton ihrer Stimme auf

einem Monitor geringfügig zeitlich versetzt dargeboten werden. Die mögliche Funktion einer solchen Aufspaltung, nämlich die Abwehr der postulierten angeborenen Aggression, fand sich empirisch nicht bestätigt (Parens, 1993). Das Auftreten möglicher Spaltungsvorgänge scheint eher der Ausdruck für ein Versagen von Regulationsmechanismen und Mangel an Verantwortlichkeit der Bezugsperson zu sein (z. B. bei depressiven Eltern) als ein allgemein unentrinnbares Entwicklungsschicksal.

Abschließende Bemerkung

Die Säuglings- und Kleinkindforschung betont die expliziten und impliziten Austauschprozesse, in denen sich auch erwachsene Patienten mit ihren Therapeuten befinden – wenn auch in ungleicher Weise, asymmetrisch. Diese gewinnen in neueren Therapierichtungen wie der Relationalen Psychoanalyse (Mitchell, Aaron) oder der Intersubjektiven Psychoanalyse (Stolorow, Atwood, Orange) sowie der Selbstpsychologie (Beebe, Lachmann, Lichtenberg) zunehmend an Bedeutung. Das cartesianische Verständnis des Menschen, nach dem die Psyche relativ isoliert, nur durch Außeneinflüsse angestoßen, sich aus sich selbst entfaltend entwickelt und das Selbst(-bewusstsein) durch die eigenen psychischen Prozesse konstituiert wird („cogito ergo sum“), muss in Frage gestellt werden, und der mutuelle intersubjektive Prozess tritt in den Vordergrund der therapeutischen Aufmerksamkeit. Damit manifestiert sich das Selbst in einer konkreten zwischenmenschlichen Situation, entwickelt sich darin, shiftet aber in einer anderen Situation mit einem anderen Menschen nicht nur zu einem anderen Selbstzustand, sondern längerfristig auch zu einem anderen Selbst, so dass von einer Relativität unterschiedlicher „Selbste“ in einer Person ausgegangen werden muss. Schriftsteller haben das längst erfasst und in Romanen dargestellt (z.B. Márai S: Die Glut).

Literatur

- Beebe B, Lachmann FM: Infant research and adult treatment. Hillsdale: The Analytic Press, 2002
- Blank R, Remschmidt H: Subgruppen hyperkinetischer Störungen - explorative Untersuchungen unter Berücksichtigung von Fragebogenverfahren und immunologischen Parametern. Z Kinder Jugendpsychiatr 1992;20:34-45
- Daud LR, Galalda ME, David TJ: Psychosocial adjustment in preschool children with atopic eczema. Arch Dis Child 1993;69:670-676
- Dornes M: Der kompetente Säugling. Die präverbale Entwicklung des Menschen. Frankfurt a. M.: Fischer, 1993
- Dornes M: Die frühe Kindheit. Entwicklungspsychologie der ersten Lebensjahre. Frankfurt a. M.: Fischer, 1997
- Dornes M: Die emotionale Welt des Kindes. Frankfurt a. M.: Fischer, 2000
- Faulstich ME, Williamson DA: An overview of atopic dermatitis: Toward a biobehavioral integration. J Psychosom Res 1985; 29:415-417
- Fonagy P: Thinking about thinking: Some clinical and theoretical considerations in the treatment of a Borderline patient. Int J Psychoanal 1991;72:1-18
- Fonagy P: Bindungstheorie und Psychoanalyse. Stuttgart: Klett-Cotta, 2003
- Fonagy P, Target M: Attachment and reflective function: Their role

- in self-organization. *Development and Psychopathology* 1997;9:679-700
- Fonagy P, Gergely G, Jurist E, Target M: Affect regulation, mentalization and the development of the self. New York: Other Press, 2002
- Fonagy P, Target M, Gergely G, Allen JG, Bateman AW: The developmental roots of Borderline Personality Disorder. Early attachment relationships: A theory and some evidence. *Psychoanal Inquiry* 2003;23:412-459
- Freud S: Das Unbewusste. GW X. Fischer: Ffm, 1915.
- Freud S: 1926, Hemmung, Symptom und Angst. GW XIV. Fischer: Ffm, 1926
- Freud S: Aus den Anfängen einer Psychoanalyse. Entwurf einer Psychologie. GW Nachtr Bd. Fischer: Ffm, 1950
- Gergely G, Fonagy P, Target M: Bindung; Mentalisierung und die Ätiologie der Borderline-Persönlichkeitsstörung. *Selbstpsychologie* 2002;7:61-82
- Gergely G, Watson JS: The social biofeedback theory of parental affect-mirroring: the development of emotional self-awareness and self-control in infancy. *Int J Psychoanal* 1996;77:1181-1212
- Gil KM, Sampson HA: Psychological and social factors of atopic dermatitis. *Allergy* 1989;44:84-89
- Hoffmann L: Psychoanalytically Oriented Approach as Primary and Secondary Prevention: Discussion of Joy Osofsky's „Psychoanalytically Based Treatment for Traumatized Children and Families“. *Psa Inquiry* 2003;23:544-552
- King RM, Wilson GV: Use of a diary technique to investigate psychosomatic relations in atopic dermatitis. *Jornal of Psychosomatic Research* 1991; 35:697-706, 1991
- Koblenzer CS, Koblenzer PJ: Chronic intractable atopic eczema. *Arch Dermatol* 1988;124:1673-1677
- Koehler L: Neuere Ergebnisse der Kleinkindforschung. Ihre Bedeutung für die Psychoanalyse. *Forum Psychoanal* 1990;6:32-51
- Kohut H: Wie heilt die Psychoanalyse? Frankfurt a.M.: Suhrkamp, 1987
- Kohut H: The Search for the Self. Madison/Connecticut: Int. Univ. Press, 1991
- Krause R: Allgemeine Psychoanalytische Krankheitslehre. Bd. I und II. Stuttgart: Kohlhammer, 1998
- Krause R: Psychodynamik der Emotionsstörung. In: Scherer K (Hrsg.): *Psychologie der Emotion*. Göttingen: Hogrefe, 1990, 630-705
- Langfeldt HP, Luys K: Mütterliche Erziehungseinstellungen, Familienklima und Neurodermitis bei Kindern – eine Pilotstudie. *Prax Kinderpsychol Kinderpsychiatr* 1993;42:36-41
- Leslie A: Infant perception of a manual pick up event. *Br J Dev Psychol* 1987 ;2:19-32
- Leslie A: ToMM, ToBy, and agency: core architecture and domain specificity. In: Hirschfeld L, Gelman S (eds.): *Mapping the mind: Domain specificity in cognition and culture*. New York: Cambridge University Press, 1994, 119-148
- Levin FM: *Mapping the Mind. The intersection of psychoanalysis and neuroscience*. Hillsdale, NJ: TAP, 1991
- Lichtenberg JD: Die Bedeutung der Säuglingsbeobachtung für die klinische Arbeit mit Erwachsenen. *Z Psychonanal Theor Prax* 1987;2:123-147
- Lichtenberg JD: *Psychoanalyse und Säuglingsforschung*. Berlin: Springer, 1991
- Lichtenberg JD: *Das Selbst und die motivationalen Systeme*. Frankfurt a. M.: Brandes und Apsel, 2000
- Lichtenberg JD, Lachmann FM, Fosshage JL: *Das Selbst und die motivationalen Systeme*. Frankfurt a. M.: Brandes und Apsel, 2000
- Márai S: *Die Glut*. München: Piper, 1998
- Milch W, Putzke M: Auswirkungen der Kleinkindforschung auf das Verständnis von Psychosen. *Forum Psychoanal* 1991;7:271-282
- Milch W: Kleinkindforschung und Erwachsenenbehandlung. Zur Bedeutung der modernen Säuglingsforschung für die Praxis der psychoanalytischen Selbstpsychologie. *Forum Psychoanal* 1997;13:139-153
- Osofsky JD: Psychoanalytically based treatment for traumatized children and families, *PSA Inquiry* 2003;23: 30-543
- Osofsky JD: Applied Psychoanalysis: How Research with Infants and Adolescents at high Psychosocial Risk in forms Psychoanalysis. *J Am Psychoanal Assoc* 1993;41/suppl.: 193-208
- Parens H: Neuformulierungen der psychoanalytischen Aggressionstheorie und Folgerungen für die klinische Situation. *Forum Psychoanal* 1993;9:107-121
- Schultz-Larsen F, Hanifin JM: Secular change in the occurrence of atopic dermatitis. *Acta Derm Venereol* 1992;176:7-12
- Seikowski K, Gollek S: Belastende Lebensereignisse bei hautkranken Personen. *Zeitschrift für Dermatologie* 1999;185:56-61
- Slavin MO, Kriegman D: *The Adaptive Design of the Human Psyche. Psycho Analysis, Evolutionary Biology and the Therapeutic Process*. New York: Guilford Press, 1992
- Solomon CR, Gagnon C: Mother and child characteristics and involvements in dyads in which very young children have eczema. *Dev Behav Paediatr* 1987;8:213-220.)
- Stern DN: *Die Lebenserfahrung des Säuglings*. Stuttgart: Klett-Cotta, 1992
- Ullmann KC, Moore RW, Reidy M: Atopic eczema: A clinical psychiatric study. *J Asthma Res* 1977 ;14:91-99
- Winnicott DW: *Reifungsprozesse und fördernde Umwelt*. Frankfurt a. M.: Fischer, 1965
- Wolf ES: *Theorie und Praxis der psychoanalytischen Selbstpsychologie*. Frankfurt a. M.: Suhrkamp, 1996
- Wolff PH: The Irrelevance of Infant Observations for Psychoanalysis. *JAMA* 1996;44:369-392

Prof. Dr. med. Wolfgang Milch

Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie
Justus-Liebig-Universität Gießen
Friedrichstr. 33
35392 Gießen