

4. Projektive Identifizierung und psychisches Gleichgewicht

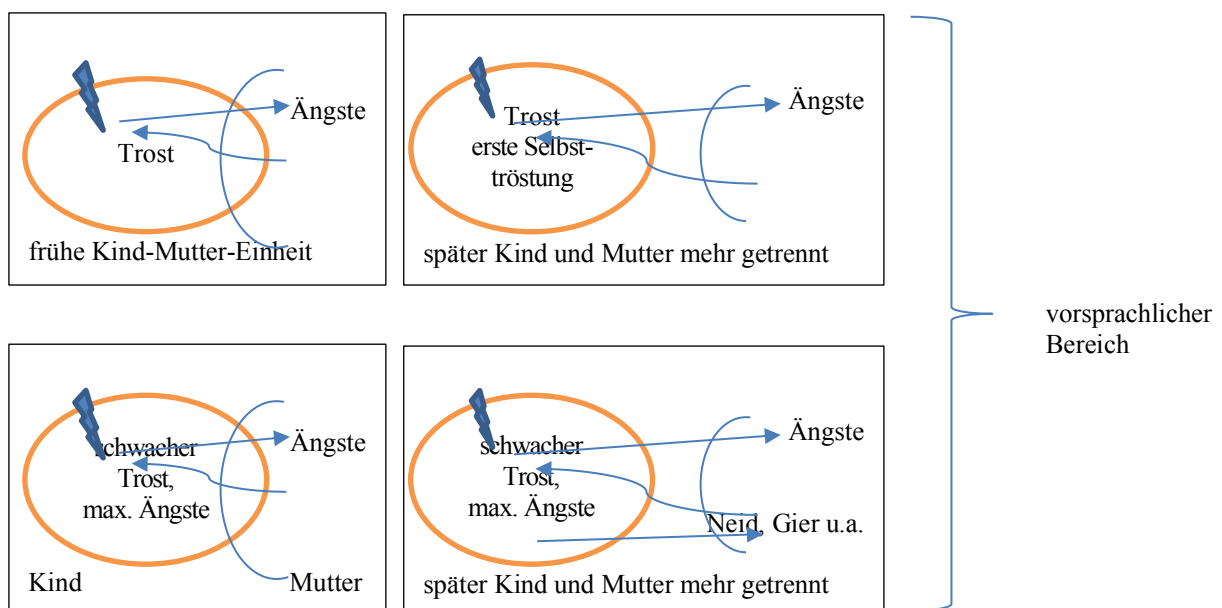
Nochmals: Projektive Identifizierung

Gegenstand der projektiven Identifizierung sind Phantasien, die - der Theorie nach - zwischenmenschlich wirkmächtige Bedeutungen erlangen. In der frühen Form haben die Projektionen den Sinn, bedrohliche Ängste abzuwehren.

Die (Um-)Welt des Kindes ist zunächst vor allem die pflegende Person, also in der Regel die Mutter. Diese Person ist somit der einzige Ort, wohin unerträgliche Affekte verlagert werden können. Die Verlagerung bewirkt allerdings sogleich einen doppelten Effekt: zum einen kann die empfangende Person, also etwa die Mutter, auf diese Weise die Ängste und Bedürfnisse des Kindes erahnen; zum anderen erlebt das Kleinkind, dass etwas von ihm selbst zur Mutter gewandert ist und dort eine Wirkung entfacht. Die Beeinflussbarkeit oder Suggestibilität des Gegenübers kann die Phantasie des Kleinkindes erneut entfachen, so etwa, über die Mutter zu verfügen oder von ihr bedroht zu werden. In der Literatur, die sich stark an M. Klein orientiert, werden dabei unter anderem Ängste, Neid und Gier des Kleinkindes diskutiert.

Wenn das Kind die Ängste in die Mutter oder in die pflegende Person projiziert, besteht – so die Überlegung über das Empfinden eines Säuglings oder Kleinkindes – grundsätzlich die Gefahr, dass die Ängste die Mutter verletzen oder zerstören und als care-giving-person nicht mehr zur Verfügung stehen könnte. So ist es von entscheidender Bedeutung, dass die Mutter das Kind in seiner Angst zu trösten vermag. Durch diesen Trost erfährt das Kind, dass die eigenen Ängste durch das tröstende Gegenüber gebannt und aufgelöst werden können.

Erfährt das Kind den Trost nur schwach oder unsicher, kann eine Skepsis und die Frage verbleiben, ob die care-giving-person nicht doch verletzt wurde und evtl. gar bestrafend oder rächend reagieren würde. Ohne Trost persistieren die Ängste nicht nur in der Phantasie des Kindes, sie wachsen vielmehr weiter an.



II. Psychoanalytische Grundbegriffe

Bei nicht ausreichendem Trost kann das Kind, abhängig vom Charakter und seiner Beziehung zur pflegenden Person, Neid oder Gier entwickeln – Neid etwa auf die Fähigkeit der Mutter bzw. die pflegende Person, die Ängste stillen zu können oder auch Gier nach Trost.

Während ein getröstetes Kind sich mit dem Trost der Mutter identifizieren, also den Trost als Teil seiner Selbst empfinden kann, identifiziert sich ein wenig oder kaum getröstetes Kind mit der trostlosen Mutter, um Ängste halbwegs abzuwehren. Diese Identifikation mit der trostlosen Mutter ist zugleich durchmischt mit Neid, Gier oder ähnliche destruktiven Impulsen, die zwar die Mutter-Kind-Beziehung belasten, aber zugleich die Ängste halbwegs zu neutralisieren vermögen.

Grundsätzlich kann eine Mutter oder pflegende Person dem Kind nicht alle Ängste nehmen oder das Kind immer umfassend trösten. Wesentlich für eine angstfreie Entwicklung ist jedoch nicht eine umfassende Angstfreiheit, sondern die Sicherheit, die das Kind mit der Mutter oder der pflegenden Person erlebt. Dieses Erleben ist sicher abhängig von der Art, wie sich die Mutter oder die pflegende Person dem Kind zuwenden kann, aber auch von Umweltkonditionen und von biologischen Faktoren, die das Kind mitbringt.

Mit der – später vorgestellten – psychoanalytischen Entwicklungslehre wird deutlich werden, dass für ein Kind „gut verträgliche Frustrationen“ die Grundlage einer stabilen psychischen Entwicklung bilden. Dies bedeutet, dass das Kind es zunehmend schafft, ängstliche Situationen eigenständig zu bewältigen: das Kind wird fähig, sich selbst zu beruhigen und zu trösten. Voraussetzung dieser Fähigkeit und wichtigen psychischen Leistung ist die Erfahrung, getröstet worden zu sein und solchen Trost auch empfangen zu können.

Psychisches Gleichgewicht

Da ein Säugling oder auch Kleinkind im vorsprachlichen Stadium nicht nach seinen Phantasien befragt werden kann, bleiben frühkindliche Entwicklungstheorien grundsätzlich spekulativ, wenn diese auch durch Säuglingsbeobachtung und klinische Fallbeschreibungen gestützt werden.

In der Psychotherapie gewinnt die Vorstellung über die frühen Beziehungserfahrungen der PatientInnen besondere Bedeutung durch die Annahme, das frühe vorsprachliche Grundmuster gerade dort noch aktiv sind, wo Ängste vor unangenehmen Erfahrungen bestehen. Aus psychotherapeutischer Praxis ist gemeinhin bekannt, dass solche Ängste in der Regel mit den Veränderungen verknüpft sind, die von den PatientInnen in der Therapie gesucht und angestrebt werden.

So entsteht das therapeutische Paradox, dass die PatientInnen viel daransetzen, psychische Veränderung und Befreiung zu erlangen und zugleich – unbewusst und in der Tiefe – darum bemüht sind, das etablierte psychische Gleichgewicht nicht verändern zu wollen, um die Erfahrung von Unerträglichkeiten oder starken Ängsten zu vermeiden. Dieses Paradox führt oftmals dazu, dass zwischen TherapeutIn und PatientIn kognitiv und emotional eine gute Beziehung und Zusammenarbeit besteht, die jedoch unbewusst immer wieder torpediert wird. Dieser Angriff auf die therapeutische Beziehung und den therapeutischen Prozess ist – da unbewusst und abgewehrt und – kaum sichtbar.

II. Psychoanalytische Grundbegriffe

Um diesen Angriff auf den therapeutischen Prozess und persönliche Entwicklung zu erkennen, ist der Blick auf das Tun und Handeln der PatientIn in der Therapie und gegenüber dem/der TherapeutIn entscheidend. Wie das frühe, erste Beziehungsmuster vorsprachlich, d. h. ohne Worte und durch Handlungen (inkl. Sprachlaute) geprägt war, so kann auch in der Therapie am Handeln des/der PatientIn erkannt werden, wo mittels projektiver Identifizierung Grundängste verdrängt und verschoben werden.

Die Leitfragen nach diesem meist kaschiertem, aber so eminent bedeutsamen Projektionen und Introjektionen sind: „Was mach der/die PatientIn mit dem/der TherapeutIn?“, „was beruhigt und was stabilisiert den/die PatientIn“?

Psychisches Gleichgewicht im therapeutischen Gespräch

Vor allem Betty Joseph hat in ihren Arbeiten immer wieder das Ringen um psychisches Gleichgewicht herausgestellt, das gerade bei zunächst und scheinbar erfolgreichen Therapien den therapeutischen Fortschritt verhindert, wenn nicht der Blick auf dieses Ringen und das mit ihm verbundene projektive/introjektive Geschehen deutlich werden kann.

Für B. Joseph ist dabei entscheidend, über die o. g. Leitfragen hinaus darauf zu achten, ob das therapeutische Geschehen vital und lebendig bleibt oder sich Gefühle von Distanz, Stillstand, „Gesprächsabtötung“ im therapeutischen Verlauf einstellen.

So berichtet B. Joseph etwa von einem Lehrer mit Beziehungsschwierigkeiten, der in der Therapie äußerte, selber Analytiker werden zu wollen, weil er sich als Lehrer unterfordert fühlte und seine Kollegen auf ihn neidisch seien bzw. von ihm bedroht fühlten. Wenngleich schnell deutlich wurde, dass er seinen Neid auf die Kollegen projizierte und die Therapeutin idealisierte, war weniger auffällig, dass er die Deutungen und Worte der Therapeutin kaum aufnahm, die Therapie bald stillstand, weil er alle ihre Äußerungen mit klugen Bemerkungen „verbesserte“ und so jede lebendige Beziehung zur Analytikerin tilgte. Durch „Inbesitznahme“ und Introjektion der Therapeutin wird jedes Gefühl von Abhängigkeit vermieden, zugleich aber auch die Therapeutin als „nährendes Gegenüber“ zerstört. Durch das Agieren des Patienten fühlt sich die Therapeutin nicht nur trost- und beziehungslos, wie wohl auch der Patient, sondern auch leb- und schmerz- und wirkungslos: der Patient hat die therapeutische Beziehung gemäß seiner Grundmuster und wohl frühen Erfahrungen gestaltet.

Nicht die Worte, sondern die Beziehungsgestaltung des therapeutischen Paares zeigt, wie der/die PatientIn um psychisches Gleichgewicht ringt und dabei frühe Beziehungserfahrung reaktualisiert. Um einen therapeutischen Stillstand zu überwinden, kommt es darauf an, dem/der PatientIn ein Bewusstwerden dieser Beziehungsgestaltung zu ermöglichen. Dazu ist es zunächst nötig, den/die PatientIn in seiner/ihrer Weise auszuhalten, tiefer zu verstehen, um dann durch behutsame Deutungen langsam, aber nachhaltig therapeutische Veränderungen zu bewirken.

Literatur:

Joseph, B. (1994), Psychisches Gleichgewicht und psychische Veränderung, Stuttgart: Klett-Cotta, Original (1989), *Psychic Equilibrium and Psychic Change*, London: Routledge

Übungen zum „psychischen Gleichgewicht“: Drei Gesprächsprotokolle

1. Gesprächsprotokoll (Ausschnitt):

Nachstehender Ausschnitt aus einem Protokoll eines therapeutischen Verlaufs beschreibt den Gesprächsanfang einer Stunde in einer fortgeschrittenen Therapie.

Was kann anhand der kleinen Gesprächssequenz über die Therapeutenbeziehung, über mögliche projektive Identifikationen, über psychische Unsicherheit und über Suche nach psychischem Gleichgewicht des/der PatientIn vermutet werden?

Pause – Pat. findet keinen Anfang

Ther.: Ehm

Pat. zugewandt, nervöse Bewegungen

Ther.: Ehm

Pat.: Ich habe im Moment Examenswoche – ich habe sehr gut gelernt, ich konnte fast alles.

Ther.: Ehm

Pat.: (Pause) Die Ergebnisse habe ich noch nicht.

Ther.: Sie erzählen mir Ihre Leistungen und zeigen mir, dass Sie gut sind.

Pat.: Auch.

(lange Pause)

Notizen:

2. Gesprächsprotokoll (Ausschnitt):

Nachstehender Ausschnitt aus einem Protokoll eines therapeutischen Verlaufs beschreibt den Gesprächsanfang einer Stunde in einer fortgeschrittenen Therapie.

Was kann anhand der kleinen Gesprächssequenz über die Therapeutenbeziehung, über mögliche projektive Identifikationen, über psychische Unsicherheit und über Suche nach psychischem Gleichgewicht des/der PatientIn vermutet werden?

Pat.: Ich bin sehr angespannt (bewegt ihre Arme, erst etwas ausholend, dann an Brust und Hals gedrückt, als ob sie Atemnot hätte).

Ther.: Ja.

Pat.: (kurzfristig Tränen in den Augen, dann unterdrückt – lacht) Es ist wieder mal so... (schaut mich an).

Ther.: (schaue Pat. intensiver an) Angespannt, als ob Atemnot wäre und Tränen in den Augen

Pat.: Ja, so unter Strom. So wie ein Anfallsleiden vielleicht.

Ther.: (ehm) Das erinnert mich an Ihre Panikattacken.

Pat.: Mich auch. (Pause – Pat. entspannt sich etwas). Was ich sagen wollte (Pause). Die letzten Stunden (Pause – überlegt), die letzten Stunden waren gut.

Ther.: (ehm)

Pat.: Wissen Sie – habe ich Ihnen dies eigentlich erzählt?

Ther.: ehm – Was denn?

Pat.: Ja. Ich meine. Vor Ihnen war ich schon in 3 anderen Therapien.

Ther.: Nein – davon weiß ich so nicht.

Pat.: Ja, ich wollte das mal sagen.

Notizen:

3. Gesprächsprotokoll (Ausschnitt):

Nachstehender Ausschnitt aus einem Protokoll eines therapeutischen Verlaufs beschreibt den Gesprächsanfang einer Stunde in einer fortgeschrittenen Therapie.

Was kann anhand der kleinen Gesprächssequenz über die Therapeutenbeziehung, über mögliche projektive Identifikationen, über psychische Unsicherheit und über Suche nach psychischem Gleichgewicht des/der PatientIn vermutet werden?

Pat.: Danke, dass Sie so früh mir Zeit geben. Ich habe 3 Themen: das von letzter Stunde mit der Schwere. Dann: was soll ich jetzt bei der Arbeit machen. Und dann: ich bin so erschöpft.

Ther.: ehm

Pat.: Können Sie verstehen? Mit mir bin ich oft unklar.

Ther.: Ihnen ist wichtig, dass ich Sie verstehe. Sie haben klare Anliegen, meine ich, und suchen zwischen diesen zu entscheiden.

Pat.: Ja (lacht). Ich bin erschöpft und weiß gar nicht so richtig... (Pause)

Ther.; Schwere Lasten zu ertragen bringt Erschöpfung.

Pat.: Das kann man wohl sagen. Jetzt bin ich schon so lange hier und dennoch...

Ther.: Vielleicht sind Sie von mir, oder auch von sich enttäuscht.

Notizen: