

Zur Theorie der psychoanalytischen Selbstpsychologie

Oder: Was wir Therapeuten/innen von der Säuglingsforschung lernen können (unter besonderer Berücksichtigung der Verdienste der Kinderpsychotherapie)

„Man versteht die Psychoanalyse immer noch am besten, wenn man ihre Entstehung und Entwicklung verfolgt“ (S. Freud, 1923).

Ratschläge für den Arzt bei der psychoanalytischen Behandlung: „er soll dem gebenden Unbewußten des Kranken sein eigenes Unbewußtes als empfangendes Organ zuwenden, sich auf den Analysierten einstellen wie der Receiver des Telefons zum Teller eingestellt ist“ (S. Freud, 1912-1975, S. 175).

„Psychoanalyse ist eine tiefenpsychologische Wissenschaft, die äußerlich beobachtbare Daten mit introspektiv und empathisch gewonnenen Daten kombiniert“ (E. S. Wolf, In: Kutter, Peter (Hg.), 1989, S. 8)

1. Geschichte des Begriffes Narzissmus: Sigmund Freud

Der Begriff Narzissmus geht zurück auf die Sage von Narkissos¹ und bedeutet erst mal so viel wie Selbst- und Eigenliebe (in das eigene Bild von sich selbst verliebt sein). S. Freud benutzte den Begriff erstmalig in einer Fußnote zu seinen „Drei Abhandlungen zur Sexualtheorie“ (1905/1910), und zwar im Zusammenhang mit einem Versuch, die homosexuelle Entwicklung zu erklären („Fixierung an das Weib“ und Identifikation mit der Mutter). 1914 griff S. Freud den Begriff in seiner Schrift ‚Zur Einführung des Narzißmus‘ erneut auf („eine schwere Geburt“). In seinem schwer zu lesenden und bruchstückhaften Text versucht S. Freud, den Begriff fruchtbringend in seine Trieblehre zu integrieren.

Die Triebentwicklung nach Sigmund Freud

<u>Alter</u>	<u>Organisationsstufen der Libido</u>	<u>Entwicklungslinie der Objektbesetzung</u>
		Autoerotismus (objektlos) die Partialtriebe befriedigen sich an der erogenen Zone
0 – 2 Jahre	1. oral-kaptative Stufe	
	2. Oral-kannibalistische Stufe	primärer Narzissmus Einverleibung des Objektes Besetzung des Ichs

¹ Es gibt drei Versionen dieser Sage: nach Konon verschmäht Narziss verschiedene Verehrer, einer davon begeht Selbstmord und als Strafe der Götter verliebt sich Narziss in sein Selbstbild, dass er im Wasser erblickt und begeht ebenfalls Selbstmord (Thema Homosexualität und Erwachsen-Werden). Nach Ovid ist Narziss das Kind einer Vergewaltigung einer unwiderstehlich schönen Nymphe durch den Flussgott. Da seine Mutter so schön ist, kann sich Narziss von ihr nicht lösen, außerdem fehlt ihm der Vater. Er muss ewig ein Kind bleiben und ihm wird geweissagt, dass er alt werden kann nur unter der Bedingung, dass er sich selbst nicht erkennt, also keinen Kontakt zu einem anderen Menschen aufnehmen darf. Narziss flieht daraufhin an einen paradiesischen Ort, an dem er sich in sein Spiegelbild verliebt. Als er bemerkt, dass er sich in sich selbst verliebt hat, bringt er sich um (Thema Suche nach einem Objekt, dass dem eigenen Selbst ähnelt). Nach Pausanias hatte Narziss eine Zwillingsschwester, die er sehr liebt und die er verloren hat, so dass er sich in sein Selbstbild, das mit der Schwester identisch ist, verliebt (Thema traumatischer Verlust).

2 – 4 Jahre	3. frühe anal-sadistische Stufe (Entleerung)	Partialliebe mit Einverleibung des Objektes
	4. späte anal-sadistische Stufe (Zurückhaltung)	Partialliebe
3 – 5 Jahre	5. frühe genitale, phallische Phase, ödipale Phase	Objektbesetzung mit Genitalausschluss, Alloerotismus
	6. genitale Phase	Objektbesetzung
		bei Enttäuschung: sekundärer Narzissmus

Ganz verschiedene Bereiche des Handelns und Erlebens sowie der psychischen Verarbeitung des Menschen werden von S. Freud lose mit dem Begriff Narzissmus verknüpft, ohne dass das Ganze zu einer Einheit wird. Er bezieht sich dabei sowohl auf einen Narzissmus als psychische Entwicklungsphase als auch auf einen Narzissmus als normales Zentrum des Liebeslebens, den Narzissmus als Ausdruck einer bestimmten Psychopathologie (Schizophrenie, Perversion, Hypochondrie), die narzisstische Regulierung des Selbstwertes des Menschen und den (primären) Narzissmus als Ursprung von Ich und Ich-Ideal. Ausgehend von der Libidotheorie (erste monistische Triebtheorie) beschäftigt sich S. Freud hier mit den Triebobjekten, d. h. mit dem, was die Libido mit den Objekten macht. Dadurch entstehen plötzlich zwei unterschiedliche Theoriemodelle des Seelenlebens: einmal die Triebtheorie mit dem Ursprung der Triebe in den erogenen Zonen und den Triebchicksalen der psycho-sexuellen Entwicklungsphasen (oral, anal, genital), zum anderen eine nur im Ansatz¹formulierte Theorie von den libidinösen Besetzungen der Objekte. Bei den Objektbesetzungen unterscheidet S. Freud interessanterweise zwischen Objektlibido und Ich-Libido², was nicht nur der erste Ansatz zur Formulierung einer Ich-Psychologie darstellt. In der Aufteilung des libidinösen Geschehens auf ein Ich und ein Objekt legt er den Grundstein für eine spätere Aufteilung der verinnerlichten Beziehungsmuster in eine Selbst- und eine Objektrepräsentanz, die über Affekte und Beziehung miteinander verbunden sind (Objektbeziehungstheorie).

Funktionen des Narzissmus nach S. Freud

- Narzissmus als psychische Entwicklungsphase
- Narzissmus als normales Zentrum des Liebeslebens
- Narzissmus als Ausdruck einer bestimmten Psychopathologie
- Narzissmus als Regulierung des Selbstwertes
- Narzissmus als Ursprung des Ichs, Ich-Ideals und Überichs

Die Triebe sind für S. Freud von Anfang an da, das Ich muss sich erst ausbilden. Dabei geht er zuerst einmal von einer monistischen Triebtheorie aus (erst nach dem ersten Weltkrieg wird

¹

² Ausgehend von den Triebenergien und den erogenen Zonen stellt sich die Frage, wie in Interaktion mit einer begrenzenden Umwelt eigentlich ein Ich und seine Abwehrmechanismen, d. h. ein Gegengewicht gegen den Trieb entstehen soll. Hier spaltet sich der Trieb für S. Freud in einen Sexualtrieb und einen daraus abgeleiteten Selbsterhaltungstrieb (Ich-Libido), der darauf gerichtet ist, einen Ausgleich mit der Umwelt zu schaffen.

er neben der Libido einen Aggressions- und Todestrieb dazunehmen). So wird der Säugling für S. Freud mit den erogenen Zonen, die den Trieb produzieren, geboren. Dieses quasi-biologische Stadium nennt er den Autoerotismus. Hier ist der Embryo/Säugling nur auf seine erogenen Zonen und Partialtriebe als Ich- und objektloses Wesen bezogen (Vorbild: Masturbation). „Wir dürfen darum nicht vergessen, daß im Intrauterinleben die Mutter kein Objekt war und daß es damals keine Objekte gab“, schreibt S. Freud 1925 in „Hemmung, Symptom und Angst“ (SA Bd. VI, S. 278/9). Das Ich bildet sich dann im ‚primären Narzißmus‘ aus, einem Zustand des Wohlbefindens und des Aufgehoben-Seins, in dem der Säugling seine Libido ganz auf seinen Körper und sein Ich lenkt und dabei auch seine Partialtriebe anfänglich miteinander vereinigt (immer in Fusion und Symbiose mit dem Mutterobjekt). Im primären Narzissmus liegt somit die Geburt des Ich. Wenn der Säugling dann erkennt, dass die Befriedigung seiner Triebe von einem äußeren Objekt, der Mutter, ausgeht, lenkt er seine ganze Libido auf dieses Objekt (Stadium der Objektbesetzung). Wird die Liebe des Säuglings dann enttäuscht, so kann er seine Libido auch wieder vom Mutterobjekt abziehen und auf sich zurücknehmen. Das nennt Freud dann sekundären Narzissmus.. Der sekundäre Narzissmus stellt eine Regression dar, die mit pathologischen Ich-Veränderungen verbunden ist (Größenwahn, Entstehung eines überhöhten Ich-Ideals). „Wir sehen auch im Groben einen Gegensatz zwischen der Ichlibido und der Objektlibido. Je mehr die eine verbraucht, desto mehr verarmt die andere“ (S. 43). Wenn die Libido auf das Ich zurückgezogen wird, entstehen sog. narzißtische Neurosen, die mit der Psychoanalyse nicht behandelbar seien, weil ein Patient ohne Objektbesetzung keine Übertragungen ausbilden könne. U. a. liegen hier auch die Gründe für die Einführung des Begriffes Narzissmus: Freud versuchte, die Perversionen (als Sex ohne Objektbezug), die Homosexualität sowie die Paraphrenien (psychotische Störung mit paranoider Ausrichtung), die Schizophrenie als auch den Wahn psychoanalytisch zu fassen.

Entwicklungslinie des Narzissmus nach S. Freud:

Autoerotismus -- primärer Narzißmus -- libidinöse Objektbesetzung -- sekundärer Narzissmus

Mit der Narzissmustheorie entwickelt S. Freud:

Zwei separate Theorien vom Seelenleben

- Die Trieblehre (Es-Psychologie) mit Triebquellen (erogene Zonen), Triebenergien und Tribschicksalen
- Die Theorie von den libidinösen Besetzungen der Objekte und den Besetzungsschicksalen

In seiner 26. „**Vorlesung zur Einführung in die Psychoanalyse**“ von 1917, also ebenfalls noch vor der Einführung der dualistischen Triebtheorie, resümiert S. Freud einige „Ergebnisse, welche uns die Anwendung der Psychoanalyse auf die narzißtischen Affektionen bisher geliefert hat“ (S. 413). Dabei ist der Text sehr viel besser zu lesen wie die Schrift aus 1914, dabei aber eindimensional und er glättet vieles, was besser offen und unklar geblieben wäre. S. Freud spricht hier über die „narzißtischen Neurosen“ ausgehend von den „Übertragungsneurosen“. Bei letzteren sieht er einen Konflikt zwischen Sexualtrieben (Objektlibido) und Ich-Trieben (Ich-Libido). Dabei liegt der Schwerpunkt der Argumentation auf den Sexualtrieben und das Ich bleibt im Dunkel. Wie sieht es aus, wenn die sexuelle Objektliebe, d. h. die Besetzung der Libido auf die Objekte nicht vollzogen oder zurückgezogen ist? Dies schien bei bestimmten Psychopathologien wie der Dementia praecox (wörtlich ‚vorgezogene Dementia‘- heute Schizophrenie und Psychose) der Fall zu sein. Was geschieht dann mit der Libido, die nicht mehr am Objekt hängt? Sie wird ‚reflexiv zurückgewendet‘ und ist „die Quelle des Größenwahns“ (S. 401). Dabei ist der Größenwahn nicht nur bei den Psychosen zu

finden, sondern auch im Liebesleben gibt es die Idealisierung des Liebesobjektes („Sexualüberschätzung des Objektes“, S. 401). Der Narzissmus wird beschrieben als Fixierung der Libido an den eigenen Körper und die eigene Person, eine Fixierung, die vor den bisher beschriebenen (oralen, analen oder ödipalen) Fixierungen der Übertragungsneurosen liegen muss. S. Freud führt den Schlaf, die somatische Erkrankung sowie die Hypochondrie an, in all diesen Zuständen werde die Libido narzisstisch gewendet, er diskutiert den N im Traum, den Unterschied von Egoismus und Narzissmus. Gemäß seinen hydraulischen Vorstellungen von Energie und deren Fluß erscheint die Libido als Energie-Quantum, das hin- und hergeschoben wird, aber als Energie verarbeitet werden muss, irgendwo hin muss, weil eine Stauung zu seelischen Erkrankungen führen würde.

Schließlich wendet sich S. Freud noch der homosexuellen und heterosexuellen Objektwahl zu und unterscheidet hier zwischen der Objektbesetzung nach dem Anlehnungstypus (Liebe mit Vorbild im versorgenden Mutterobjekt oder einem schützenden Vaterobjekt) und den narzisstischen Typus der Objektwahl (Liebe nach dem eigenen Bild, nach dem eigenen Ich oder Ich-Ideal). Im Liebeskummer, dem Verlust des Liebesobjektes, und der folgenden Melancholie sieht S. Freud eine narzisstische Identifizierung. Der Verlassene muss seine Libido vom Liebesobjekt zurückziehen, aber er errichtet das Objekt in seinem Ich neu auf (Identifizierung) und richtet dann seine Enttäuschungswut gegen dieses Objekt-im-Ich, also gegen sich selbst (Selbsttötungsneigung).

Interessant an diesen beiden Texten ist nicht nur der Inhalt: die Entwicklung einer rudimentären Theoriekonzeption aus der direkten therapeutischen und menschlichen (Selbst-) Erfahrung, einer Konzeption, die die bisher entwickelte Triebtheorie erheblich verkompliziert. Die Texte zeigen auch S. Freuds Vorgehen, Konzepte schrittweise, bruckstückhaft, vortastend und offen lassend zu formulieren, so dass die Konzepte zum Teil dann Weiterentwicklungen der psychoanalytischen Theorie nicht nur ermöglichen, sondern sogar voraussehen, sozusagen als Wegweiser für Freuds Nachfolger dienen können.

Eine erste umfassende Definition des „narzisstischen Charaktertypus“ legte S. Freud 1931 vor. Das „Hauptinteresse (ist) auf die Selbsterhaltung gerichtet, (er ist) unabhängig und wenig eingeschüchtert. Dem Ich ist ein großes Maß an Aggression verfügbar, das sich auch in Bereitschaft zur Aktivität kundgibt; im Liebesleben wird das Lieben vom dem Geliebtwerden bevorzugt. Menschen dieses Typus imponieren den anderen als ‚Persönlichkeiten‘, sind besonders geeignet, anderen als Anhalt zu dienen, die Rolle von Führern zu übernehmen, der Kulturentwicklung neue Anregungen zu geben oder das Bestehende zu schädigen“. Aber auch andere Psychoanalytiker ‚der ersten Stunde‘ haben zur Beschreibung der narzisstischen Persönlichkeit beigetragen. E. Jones (1913) beschrieb Menschen „mit einem Gotteskomplex“, R. Waelder (1925) wies auf das Fehlen von Empathie vor allem auch in der Sexualität der Narzissten hin. Interessant ist noch die Beschreibung des „phallisch-narzisstischen Charakters“, der durch W. Reich (1931) als Abwehr gegen ein tief verankertes Gefühl der Unterlegenheit definiert wird. Einen „Don Juan der Leistung“ beschreibt O. Fenichel (1945) als getrieben vom Wunsch, über Leistung und Erfolg Beachtung und Bewunderung zu finden.

Widersprochen werden muss der Theorie vom Autoerotismus und vom primären Narzissmus. Es ist heute, auch im Angesicht der modernen Säuglingsforschung, aber auch schon in Folge der Arbeiten von Melanie Klein, undenkbar, dass die Entwicklung des Kleinkindes als auch das Ich des Menschen mit einem objektlosen Zustand beginnt. Der Säugling entwickelt sich nicht in einem Vakuum, sondern in einer sozialen Beziehung. Der norwegische Soziologe und Entwicklungspsychologe Stein Braten, vielzitiert in der aktuellen psychoanalytischen Entwicklungspsychologie, vertritt hier das Konzept eines angeborenen ‚virtuellen Anderen‘, den das Baby gleich nach der Geburt erwartet. Das stellt eine Art ‚Prä-Konzeption‘ im

Säugling dar, das den Vorstellungen von Melanie Klein und ihrer Theorie von den frühen Phantasien sehr nahe kommt. Eine weitere Kritik an S. Freuds Konzeption vom N betrifft die Vernachlässigung der Aggression in der Entstehung der frühen Störungen. Gerade narzisstisch Gestörte leiden unter dem Neid auf die Anderen, ihr Rückzug aus dem Kontakt mit den Objekten stellt einen aggressiven Schritt dar, in Tagträumen malen sie sich allein in ihrem Zimmer die Rache am versagenden Objekt aus und planen den Amoklauf. So wird die Idealisierung von Objekten heute auch als Abwehrprozess gesehen, mit dem insbesondere Aggressionen und Neidgefühle ins Unbewusste geschickt werden (Achtung: das sieht die Selbstpsychologie aber gar nicht so).

2. Was ist Narzissmus, was ist das Selbst?- Definitionen

Narzissmus: Zu unterscheiden ist nach S. Mentzos zwischen dem Narzissmus als Schutz- und Abwehrvorgang (Rückzug der Libido vom Objekt, Selbst-Liebe, Vermehrung der libidinösen Besetzung des Selbst, wohin geht die Libido?) und dem Narzissmus als System des Selbst (Entwicklung und Entfaltung, Regulation und Struktur des Selbst, das Selbst und seine Homöostase als Paralleltheorie zur Triebtheorie). Außerdem kann unterschieden werden zwischen dem Narzissmus als normale Phase der Entwicklung (primärer Narzissmus als Stadium der Verschmelzung mit dem frühen Mutterobjekt) und als pathologisches Phänomen (narzisstische Persönlichkeitsstörung). Die Theorie von der narzisstischen Entwicklung postuliert eine Entwicklungslinie, die neben und alternativ zur Triebentwicklung liegt (die Entwicklung des Selbst).

Funktionen des Narzissmus in der Tiefenpsychologie

- Narzissmus als Schutz- und Abwehrvorgang (Rückzug der Libido vom Objekt aufgrund von Frustration, destruktiver Aggression, Minderwertigkeitsgefühlen)
- Narzissmus als System des Selbst (Entwicklungslinie der Selbst-Entwicklung, die parallel zur Triebentwicklung verläuft, Selbst-Objekte, Regulation der Homöostase des Systems Selbst)
- Narzissmus als normale Phase der Entwicklung (Stadium der Verschmelzung mit dem frühen Mutter-Objekt)
- Narzissmus als psychopathologisches Phänomen (narzisstische Verhaltens- und Persönlichkeitsstörungen)

Das Selbst: S. Freud unterschied noch nicht zwischen Selbst und Person, für ihn war das Selbst die libidinöse Besetzung des Ichs. So kann man seine Einführung in den Narzissmus auch als Geburtsstunde des Ichs (Ich-Ideals) und auch des Über-Ichs sehen.

In der Ich-Psychologie von H. Hartmann wird das Selbst als Gesamt der Selbstrepräsentanzen, als Summe aller Bilder von der eigenen Person definiert. Narzissmus ist dann die libidinöse Besetzung der Selbstrepräsentanzen (im Gegensatz zu den Objektrepräsentanzen).

Der Begründer der Selbst-Psychologie H. Kohut definierte das Selbst als eigenständige und besondere intrapsychische Struktur (das Selbst-System), die die zentrale Quelle der Antriebe, darstellt und die nach Homöostase im Sinne der guten Regulation des Selbstwertgefühls, damit auch nach Selbstverwirklichung strebt. Das Selbst wird hier als Sinnbild für die psychische Organisation, durch die unsere Erfahrung entsteht, verstanden. Damit wird das Selbst zu einer intrapsychischen Organisation, die übergeordnet und eigenständig das Ich, das Es und das Über-Ich als Subsysteme beinhaltet.

Für den Säuglingsforscher D. Stern ist das Selbst die Instanz des Erlebens und Handelns. Er beschreibt eine Entwicklungslinie des Selbst vom auftauchenden Selbst (0-2. Lebensmonat: „Inseln der Konstistenz“) über das Kernselbst (3.-7. Lebensmonat, Urheberschaft, Kohärenz,

Affektivität, Geschichtlichkeit) und das subjektive Selbst (8.-16. Lebensmonat, Affektabstimmung) bis zum verbalen Selbst (ab 16. Lebensmonat, Symbolisierungsfähigkeit).

3. Exkurs: Donald C. Winnicott, ein Pionier der Selbstpsychologie

Der englische Kinderarzt und Psychoanalytiker Donald C. Winnicott (1896 – 1971) ist ein Pionier der Kinderpsychotherapie, aber auch mit seinen Konzepten vom wahren und falschen Selbst und seiner Fokussierung auf die frühe Mutter-Kind-Beziehung ein Pionier der Selbstpsychologie. Winnicott wurde durch seine Arbeit mit Melanie Klein (Supervisorin) stark beeinflusst, er hat viele ihrer Gedanken aufgenommen und weiterentwickelt. Sein Denken zeichnet sich durch Originalität, Unkonventionalität und Spontaneität aus. In Schilderungen seiner Person erscheint er als Kobold, Zauberer und es ist schwierig, seine Art zu denken, systematisch darzustellen.

D. C. Winnicott betonte in seinen Konzepten die Bedeutung der fördernden Umwelt und die Bedeutung der frühen Mutter-Kind-Beziehung (hier prägte er den Begriff der ‚good enough mother‘ im Kontrast zur perfekten, symbiotischen Mutter), eine Blickrichtung, die einmal in der psychosexuellen Entwicklung des Kindes einen neuen Akzent (weg vom Trieb – hin zur Bindungstheorie) setzte, aber auch für die Beschreibung der therapeutischen Beziehung Folgen hatte.

In seinem Stufenmodell der frühen Entwicklung steht am Anfang die haltende Umwelt: Das Halten (‚holding‘) ist die grundlegende Voraussetzung für jede gesunde Entwicklung. Hier geht es um die Befriedigung der Bedürfnisse des hilflosen und abhängigen Säuglings über eine Realität, die unzerstörbar und einfach da ist (Sicherheit, Zuverlässigkeit, Konstanz), in der eine Unterscheidung zwischen Ich und Du nicht möglich ist (Dualunion), in der ein Mutterobjekt den Säugling körperlich auffängt. Der Säugling empfindet die Beziehung zur Umweltmutter als fließendes ‚kontinuierliches Sein‘ ohne Trennung zwischen Innen und Außen. Das ‚kontinuierliche Sein‘ ist die Grundlage für Ich-Stärke und vermittelt die Vorstellung einer Omnipotenz beim Säugling (Illusion des Säuglings, die Mutterbrust stehe unter seiner Kontrolle). Wird der Säugling fallen gelassen, zwingt ihn das zum Reagieren. Das Reagieren unterbricht oder zerstört das Sein und führt zur Ich-Schwächung, der Säugling verliert seine Beziehung zum Körper und wird orientierungslos. Das Halten ist dabei für D. C. Winnicott ausdrücklich auch körperlich definiert.

Wie S. Freud sucht D. C. Winnicott den Ursprung des Ichs in der frühesten Phase der Mutter-Kind-Beziehung. Dabei ist das Baby aber von Anfang an mit der Mutter verbunden und auf die Mutter angewiesen. Einen primären Narzissmus oder Autoerotismus gibt es nicht. In der Dualunion mit der Mutter erlebt der Säugling Zustände des idealen Zusammenwirkens, die seine Illusion der Omnipotenz nähren und ein selbst-empathisches Kernselbst aufbauen (gradioses Selbst vergleichbar dem primären Narzissmus S. Freuds). Dieses Kernselbst nennt Winnicott das wahre Selbst. Diese Momente des Erlebens von Omnipotenz sind so der Ursprung für ein gesundes und starkes Selbst. Wird das ‚kontinuierliche Sein‘ des Säuglings in der frühen Mutter-Kind-Beziehung gebrochen, so erlebt der Säugling das Grauen, ein Trauma. Er erlebt seine Auslieferung an eine frustrierende oder feindselige Umgebung und er gerät in einen Alarmzustand, in dem er sich auf die frustrierende Umgebung einstellt, d. h. seine Aufmerksamkeit nach außen richtet. Die Umgebung bzw. das Verhalten der Mutter wird wichtiger als das eigene Erleben. Damit entsteht das falsche Selbst als Re-Aktion, als Unterwerfung des Säuglings unter die Bedürfnisse der Mutter/Umgebung, aber auch als Versuch des Säuglings, durch Ausbildung eines falschen Selbst das wahre Selbst vor der Zerstörung zu schützen. Der Säugling empfindet nämlich den Bruch im kontinuierlichen Sein als zerstörerischen Angriff auf sein wahres Selbst.

Die zwei folgenden Stufen der frühen Mutter-Kind-Beziehung nennt D. C. Winnicott das ‚handling‘, bei dem es um den Umgang mit den Gefühlen geht und das ‚object-presenting‘, in dem die Mutter dem Kind den Vater, die äußere Umwelt vorstellt.

Funktionen der primären Bezugsperson und Reaktion des Kindes nach D. C. Winnicott

- Halten („holding“) = Omnipotenz und Illusion
- Behandeln („handling“) = Objektbeziehung
- Objekt-präsentieren („object presenting“) = Objektverwendung

Mit seinem Konzept vom Übergangsobjekt, über das der Säugling seine innere und seine äußere Realität, sein Selbst und seine Umgebung/Objekte miteinander in eine Beziehung bringt, hat D. C. Winnicott die Theorie von den Selbst-Objekten Heinz Kohuts vorweggenommen. Das Übergangsobjekt entstammt der kreativen Phantasie des Babys und existiert trotzdem auch außerhalb des Babys. Das Übergangsobjekt hat mütterliche Eigenschaften (warm, weich) und kann das Baby nicht nur trösten, es stellt einen entscheidenden Schritt zur Selbst-Werdung des Kindes dar. Das Übergangsobjekt entwickelt sich in einer Entwicklungslinie vom Teddybär bis hin zu Religion und Philosophie. All das trifft so auch auf die Selbst-Objekte von Heinz Kohut zu.

Das Übergangsobjekt erzeugt einen Übergangsraum, auch Möglichkeitsraum genannt. In diesem Übergangsraum geschieht Selbst-Entwicklung. Dies beschreibt Winnicott nicht nur für die frühe Mutter-Kind-Beziehung, sondern auch für den therapeutischen Prozess. Mit seinem Konzept der Psychotherapie als Begegnung (und Spiel) zweier Subjekte miteinander beschreibt er das, was heute in der Selbstpsychologie als ‚moment of now‘ und ‚moment of meeting‘ beschrieben wird. In der Psychotherapie stehen sich zwei Personen gegenüber, beide haben Angst, weil sie nicht wissen, was als nächstes passieren wird. Der Patient mobilisiert jetzt seine Abwehr und der Therapeut entwickelt zur Abwehr eine Psychodynamik. Bleibt der Patient bei seiner Abwehr und der Therapeut bei seiner Psychodynamik, passiert nichts, keine Veränderung. Nur wenn der Patient seine Abwehr aufgeben kann, d. h. auch der Therapeut seine Psychodynamik vergessen kann, kann es zu einer Begegnung kommen. In dieser Begegnung entsteht dann ein Übergangsraum, in dem beide Subjekte etwas neues lernen.

Diese Begegnungen finden natürlich auch in der frühen Mutter-Kind-Beziehung statt und führen hier zur Selbst-Entwicklung des Babys und der Mutter. Das Selbst entsteht so im engen sozialen Miteinander der Beziehung.

Wie wird aus der Interaktion zwischen Mutter und Kind Subjektivität und wie entsteht das Selbst? Hierzu gibt es nun zwei Modelle, die sich wesentlich voneinander unterscheiden und die auch heute noch nebeneinander oder gegeneinander in der Theoriebildung herumgeistern:

- a) durch Verinnerlichung von Beziehungsmustern (des idealen Zusammenwirkens von Mutter und Säugling ‚representation of interaction generalized‘, D. Stern, Selbstpsychologie) über Momente der Begegnung und der Illusion (Winnicott) oder
- b) durch die Entwicklung kognitiver Fähigkeiten des Kindes, auf ein intrapsychisches Bild von der Mutter zurückzugreifen in einer Situation der Abwesenheit der Mutter (halluzinatorische Wunscherfüllung, S. Freud).

Mit der sog. Objekt Konstanz wird die Selbst-Entwicklung nach den frühen Theorien zum Selbst abgeschlossen. Dies geschieht nach Melanie Klein nach dem ersten Lebensjahr, nach Anna Freud nach 18 Lebensmonaten und nach Margret Mahler nach 3 ½ Jahren.

4. Wie entwickelt sich das Selbst nach Heinz Kohut? Was sind Selbst-Objekte?

Für H. Kohut war das Selbst „der innere Kern der Persönlichkeit“, der nur über seine Manifestationen fassbar ist, nicht jedoch in seinem Wesen (funktionelle statt substanzielle Definition). Methode der Erfassung des Selbst war für Kohut die Empathie (stellvertretende Introspektion), d. h. das Selbst kann nur subjektiv gefasst werden. Nur mit dieser Methode – so Kohut – lasse sich die Innenwelt des Patienten wirklich fassen. Die ‚Deutung‘ aus der Ich-Psychologie, die Kohut in der eigenen Lehranalyse erlebt hatte, sah Kohut kritisch, weil sie meist auf Extrospektion beruhe. Der Introspektion stellte H. Kohut die Extrospektion gegenüber. Psychologische Informationen können für ihn ausschließlich über Introspektion, d. h. per Empathie (stellvertretende Introspektion) erhoben werden. Eine spätere Verbindung introspektiv gewonnener Daten mit der Extrospektion wird dabei nicht ausgeschlossen.

Das Selbst bedarf zu seiner Konstitution und Weiterentwicklung der sozialen Beziehung (Zuschreibung). Ohne Selbst-Objekt-Umgebung gibt es auch kein Selbst. Die Selbst-Objekt-Umgebung erzeugt das Selbst. (Hier ein Zitat von D. C. Winnicott: „Was erblickt das Kind, das der Mutter ins Gesicht schaut? Ich vermute, im allgemeinen das, was es in sich selbst erblickt“, 1967). Da der Säugling und das Kind ein Beziehungsobjekt zunächst gar nicht als unabhängig von sich selbst erleben kann, empfindet der Säugling und das Kind zunächst das Objekt als Teil seines eigenen Selbst. Kohut nannte dieses ‚Objekt‘ deshalb ein Selbst-Objekt. Damit traf er eine wichtige Unterscheidung, die dem Objektbegriff in der Psychoanalyse einen neuen Sinn gibt. Die Psychoanalyse denkt grundsätzlich entwicklungspsychologisch und da der Säugling zwischen sich und dem Objekt anfangs nicht unterscheiden kann, kann ein ‚Objekt‘ als vom Selbst unabhängiges Aktionszentrum nur über Extrospektion definiert werden. Dies lehnte Kohut aber ab. Über Introspektion ist das Objekt primär eine Selbst-Objekt. Kohut versuchte also hier, sich in den Säugling einzufühlen und aus dessen Sicht seine Theorie zu entwerfen. Dabei ist das Selbst-Objekt eigentlich nicht als Objekt zu verstehen, sondern als Funktion (funktionelle statt substanzielle Definition).

Beim Selbst-Objekt handelt es sich um einen subjektiven Erlebniszustand des Säuglings (in der modernen Säuglingsforschung als Schemata-des-Zusammenseins-mit-dem-Anderen bezeichnet), der drei objektive Funktionen erfüllt:

- die affektive Spiegelung führt dazu, dass sich das Kind selbst erlebt und kennen lernt (Entwicklung von Selbstwert, -respekt und -behauptung),
- die Idealisierung der Elternimago führt dazu, dass das Kind Sicherheit finden und sich beruhigen kann (Reizschutz) (Entwicklung von Selbstberuhigung und Affektregulation),
- das Alter-Ego-Erleben führt dazu, dass sich das Kind zugehörig und dem Anderen ähnlich und gleichwertig erleben kann (Entwicklung von Gemeinschaftsgefühl und Stolz).

Erfahrbar sind diese Selbst-Objekt-Funktionen in der Einfühlung des Therapeuten in den Patienten, d. h. in den Übertragungsmanifestationen (Spiegelübertragung, idealisierende Übertragung, Zwillingsübertragung). Der Therapeut wird hier bei den Selbst-Objekt-Übertragungen als Teil des Selbst des Patienten gesehen. Erkennt der Patient den Therapeuten als eigenständige Person, dann kann er objektiv übertragen.

Andere Autoren, insbesondere E. S. Wolf, haben weitere Selbst-Objekt-Funktionen postuliert: das aversive Selbst-Objektbedürfnis sucht nach responsiver, liebender Abgrenzung und Konfrontation, das Selbst-Objekt-Bedürfnis nach Verschmelzung stellt eine frühe Form der Idealisierung dar und strebt nach Einssein mit dem Liebesobjekt, das Selbstobjektbedürfnis nach Effekttanz strebt nach Selbstwirksamkeit (Urheberschaft).

Über diese Funktionen konstituiert sich nach Kohut das Selbst. Werden die Selbst-Objekt-Bedürfnisse des Kindes nicht oder nur mangelhaft befriedigt, so etabliert sich eine beschädigte Selbst-Struktur. Triebe kommen gemäß Kohut erst dann wirklich in den Vordergrund, und zwar in pathologischer Weise, wenn die Selbst-Struktur durch mangelnde Befriedigung der Selbst-Objekt-Bedürfnisse eines Kindes beschädigt wird (dies wird dann Sexualisierung bzw. Aggressivierung genannt). Triebe sind somit nicht angeboren, sondern werden erworben. Die primäre Angst des Kindes ist somit auch nicht die Kastrationsangst, sondern die Desintegrationsangst. Damit werden aus den symptomatischen Kompromißbildungen zwischen Trieb und Über-Ich, den sog. Triebkonflikten, in der Selbstpsychologie Entwicklungsdefizite, die es aufzuarbeiten gilt. S. Freuds Triblehre wird vom Kopf auf die Füße gestellt. Die psychische Entwicklung des Säuglings wird so ‚geerdet‘ in der Micro-Interaktion der frühen Beziehung, im Selbst und hier insbesondere in einem Körperselbst. Auf der Grundlage eines kohäsiven Selbst sind die Triebe (Affekte) Kommunikationsmittel und dienen dem sozialen Austausch und der sozialen Regulation.

Kohut entwarf eine eigene Entwicklungslinie des Selbst, in der er von einer Mutter-Baby-Einheit (Winnicott: there is no such thing as a baby) sowie einem sozial und aktiv eingestellten Säugling ausging. Da die Mutter sich nie 100 Prozent in den Säugling einfühlen und dessen Bedürfnisse befriedigen kann, ist der Motor der Entwicklung des Selbst die optimale Frustration. Die optimale Frustration stößt den Prozess der umwandelnden Verinnerlichung an und voran. Konstitutiv für die Geburt des Selbst des Säuglings ist allerdings eine sozialer Zuschreibungsprozess: Die Mutter tut so, als habe der Säugling ein Selbst, als sei der Säugling eine Person (virtuelles Selbst). D. h. auch, dass Kohut in Anlehnung an Freud von einem biologischen = extra-psychischen Ursprung des Kindes/Menschen ausging (vgl. Freud: Autoerotismus). Das rudimentäre Selbst entsteht so, wenn die antizipatorischen Phantasien der Eltern über ihr Kind mit den angeborenen Möglichkeiten des Neugeborenen zusammentreffen. Nur wenn diese Phantasien allerdings vom Kind auch als passend empfunden werden, d. h. seinen angeborenen Begabungen bzw. seinem Selbstbild von seinen Begabungen entsprechen, bildet sich neue Struktur im Kind aus (Bedeutung der Empathie in der frühen Mutter-Kind-Beziehung). Hat sich das Selbst des Kindes in dieser frühen Wechselbeziehung einmal konstituiert, dann strebt es in der Folge nach Selbstaktualisierung und –verwirklichung.

Entwicklungslinien des Selbst nach H. Kohut (Folien im Anhang)

Am Ende der Entwicklung des Selbst steht das bipolare Selbst. Dieses konstituiert sich aus drei Anteilen: dem verinnerlichten idealisierten Narzissmus, d. h. den geliebten Idealen, Ich-Ideal, Ideal-Selbst als Niederschlag der Objekterfahrung und dem verinnerlichten exhibitionistischen Narzissmus, d. h. den realistischen Ambitionen, Ehrgeiz, Streben nach Selbstdarstellung und -bestimmung als Niederschlag der Selbsterfahrung. Zusammengehalten wird das bipolare Selbst durch einen ‚Spannungsbogen‘, der die Talente und Fertigkeiten der Person enthält. Für ein zufriedenes Leben ist ein harmonischer Ausgleich zwischen diesen drei Komponenten des Selbst von Nöten. Gibt es hier ein Ungleichgewicht, führt das zu Unzufriedenheit im Lebensverlauf. „Bei charismatischen Menschen findet man einen vorherrschenden Pol der Ambitionen, während für messianische Persönlichkeiten ein dominierender Pol der Ideale charakteristisch ist. Die farblose Persönlichkeit des ‚Bürokraten‘ ist charakteristisch für ein Selbst mit einem übermächtigen Spannungsbogen, der auf Kosten der beiden Pole dominiert“ (E. S. Wolf, 1998, S. 75/76). Menschen mit einem solchen Ungleichgewicht ihrer Strebungen im bipolaren Selbst besitzen ein ‚instabiles Selbst‘.

5. Die Störungen des Narzissmus – Entwicklungspsychopathologie

Die Entwicklungspsychopathologie der Selbstpsychologie wurde historisch entwickelt, weil sich die Störungsqualität unseren Patienten zunehmend von neurotischen Störungen (starkes Über-Ich, unterdrücktes Es, das Ich findet nur über Symptome eine Kompromißlösung) hin zu narzisstischen Störungen (schwaches Ich- starkes Es) verschob (gesellschaftliche Veränderungen: Individualisierung der Gesellschaft).

Von Bedeutung ist hier, dass das Selbst in allen Lebensphasen und auch das gesunde Selbst seine Selbst-Objekte braucht. Auch Kinder sind für Eltern Selbst-Objekte und das muss nicht pathologisch sein. (Selbst die Patienten sind für einen Therapeuten Selbst-Objekte.) Die Formulierung in manchen Psychodynamiken, die Mutter habe ihr Kind als Selbst-Objekt benutzt, ist somit unsinnig. Selbst-Objekte sind ubiquitär, auch Gesunde und Erwachsene haben und brauchen Selbst-Objekte. Pathologie definiert sich hier vielmehr in einer fehlenden oder mangelhaften Umwandlung eines archaischen Selbst-Objektes in ein reifes Selbst-Objekt. Wie sieht das also aus, wenn ein Patient an einem nicht alters-entsprechenden Selbst-Objekt festhält bzw. auf ein solches regrediert? Größenphantasien sowie idealisierte Eltern-Imagi bilden die Grundlage für narzisstische Störungen, die sich in spezifischen Übertragungen in der Psychotherapie zeigen. Ursache hierfür sind nicht verarbeitete Kränkungen in der Kindheit sowie in der Gegenwart. Die Folge sind Ängste vor Selbstverlust und Fragmentierung des Selbst (Desintegrationsängste: ich verliere mich, weiss nicht mehr, wer ich bin). H. Kohut lokalisierte die Persönlichkeitsstörungen (das Selbst ist schwach) zwischen den Neurosen (das Selbst ist gut entwickelt, aber der Patient kann seine Ideale nicht verwirklichen) und den Psychosen (die Selbststruktur ist nicht entwickelt).

Allgemeine Merkmale der narzisstischen Persönlichkeit(störung) sind Beziehungsmuster, in denen der Patient seine Objekte nicht als von ihm unabhängige und ganze Personen sieht, sondern ausschließlich als Funktionsträger für seine eigenen Interessen und schließlich für die Regulation seines Selbstwertgefühls. Wenn diese „Objekte“ die ihnen übergestülpte Funktion nicht erfüllen (und damit das Selbstwertgefühl des Patienten ins Wanken gerät), ist der Patient gekränkt und reagiert mit narzisstischer Wut und Rachegeleuten. Oft erfolgt ein narzisstischer Rückzug mit ausgeprägten Rachephantasien (Amok-Phantasien, die in Computerspielen ausagiert werden können, aber auch zu realen Amokläufen führen können). Folge dieser Beziehungsmuster ist auch die Schwierigkeit des narzisstischen Patienten, Beziehungen einzugehen und aufrechtzuerhalten. Dazu kommen charakteristisch Schwierigkeiten, sich in andere einzufühlen, pathologisches Lügen, die Unfähigkeit, sich selbst kritisch zu sehen und zu reflektieren, eine übertriebene Sorge um den eigenen Körper sowie sexuelle Störungen. Narzisstisch Verletzte, im Selbst und Selbstwert gekränkte Menschen reagieren mit quälender Scham und heftiger narzisstischer Wut, weil sie zur Aufrechterhaltung ihres Selbst und ihrer Selbst-Achtung auf ein bewunderndes Objekt angewiesen sind und dieses aus Angst, es zu verlieren, ständig kontrollieren müssen.

Wir können in der selbstpsychologischen Entwicklungspsychopathologie unterscheiden zwischen pathologischen Selbstzuständen, narzisstischen Verhaltensstörungen und narzisstischen Persönlichkeitsstrukturen/störungen.

Kohut ging aus von **vier Typen pathologischer Selbstzustände**:

- Das unterstimulierte Selbst sucht ständig nach Stimulation (Perversionen, Süchte, Promiskuität), weil es innerlich leer ist, langweilig und teilnahmslos (leeres Selbst).

- Das überlastete Selbst ist in ständiger Angst vor der Überwältigung durch eine als feindselig erlebte Umwelt, weil seine Selbst-Objekte keine Verschmelzung zulassen konnten und deshalb der Säugling nicht gelernt hat, sich selbst zu beruhigen.
- Das fragmentierte Selbst ist in ständiger Angst vor dem Zerfall, weil seine Selbst-Objekte nicht empathisch und responsiv gehalten haben.
- Das überstimulierte Selbst schwelgt in archaischen Größenphantasien, weil ihm die phasenangemessenen Selbst-Objekt-Reaktionen gefehlt haben.

Ernest S. Wolf fügt zwei weitere Typen hinzu:

- Das horizontal gespaltene Selbst ermöglicht die Abspaltung eines Teils des Selbst in das Unbewusste. Über projektive Identifizierung können abgespaltene Selbst-Anteile ausgelagert und beim Anderen bekämpft werden.
- Das vertikal gespaltene Selbst ermöglicht einen Ausschluss verpöner Erlebnisinhalte aus dem Aufmerksamkeitsfokus, obwohl die Inhalte durchaus bewusstseinsfähig sind.

Als narzisstische Verhaltensstörung kann man abweichendes Verhalten bezeichnen, das dazu dient, ein gefährdetes Selbst zu sichern. Grundsätzlich löst die Gefahr der Fragmentierung des Selbst regressive Prozesse aus, die durch verschiedene Abwehrmaßnahmen, die sich als psychopathologische Symptome darstellen, bekämpft werden können: Süchte, Per-versionen, Arbeitsstörungen, Größenphantasien, Delinquenz. Ein geschwächtes Selbst strebt zur Sicherung des eigenen Gleichgewichtes nach Bestätigung zum Beispiel sexueller Art (Sexualisierung, Don-Juan) oder aggressiver Art (Aggressivierung, Ego-Shooter-Spiele). Phallisch-narzisstisches Prahlen mit der eigenen Attraktivität oder Potenz zeigt eine Verhaftung im Ödipus-Komplex, die ebenfalls als Kompensationsverhalten eines geschwächten Selbst gedeutet wird. Aus dem als allgemein gültig angenommenen Ödipus-Komplex wird in der Selbstpsychologie ein pathologischer Ausgang der ödipalen Phase. Der Ödipuskomplex ist somit nicht mehr die Ursache für Neurosen, sondern ein Symptom für eine Neurose. Durch Selbststimulation (exzessives Onanieren z. B.) soll der Gefahr der Leblosgkeit und Leere entgegengewirkt werden.

Entsprechend der jeweiligen Übertragungsbeziehung unterscheidet man **5 Typen der narzisstischen Persönlichkeit(störung)**:

- a) Die nach Spiegelung und Bewunderung hungernde Persönlichkeit versucht mit ihrem Verhalten und Erleben dem Gefühl der Wertlosigkeit zu entgehen, in dem sie ständig bewundert werden will und bewundernde Objekte (Anhänger) sucht.
- b) Die nach Idealen hungernde Persönlichkeit sucht ständig nach Partnern, die sie bewundern und an deren Glanz sie partizipieren kann (Guru). Als Abwehr dieses Idealisierungsbedürfnisses ist die gleichzeitige Entwertung des Anderen zu verstehen. Der Guru geht mit dem Anhänger eine Beziehung ein, die man in der Psychoanalyse narzisstische Kollusion nennt.
- c) Die Alter-Ego-hungrige Persönlichkeit versucht, sich in der eigenen Selbstunsicherheit am Anderen festzuhalten, sie sucht nach einem Objekt, das die eigenen Werte und Meinungen teilt.
- d) Die nach Verschmelzung hungernde Persönlichkeit sucht ein Objekt, mit dem sie kontrolliert verschmelzend kann, um den Angriffen des Objektes, das das Subjekt erwartet, entgegen zu können (borderline-Organisation).
- e) Die kontaktvermeidende Persönlichkeit geht dem Anderen aus dem Weg, um nicht vom Bedürfnis nach Verschmelzung mit dem Objekt überwältigt zu werden (schizoid).

Eine beschädigte Selbststruktur führt zu strukturellen Mängeln wie sie in der OPD unter ‚Struktur‘ beschrieben werden.

Die narzisstische Persönlichkeitsstörung – Klassifikation

Hauptmerkmale der narzisstischen Persönlichkeitsstörung:

- Überzeugung von Großartigkeit in Phantasie und Verhalten
- Übersteigertes Bedürfnis nach Bewunderung
- Empathiemangel
- Hohe Kränkbarkeit

ICD 10: F 60.8 sonstige spezifische Persönlichkeitsstörung

DSM-IV: Beginn im frühen Erwachsenenalter

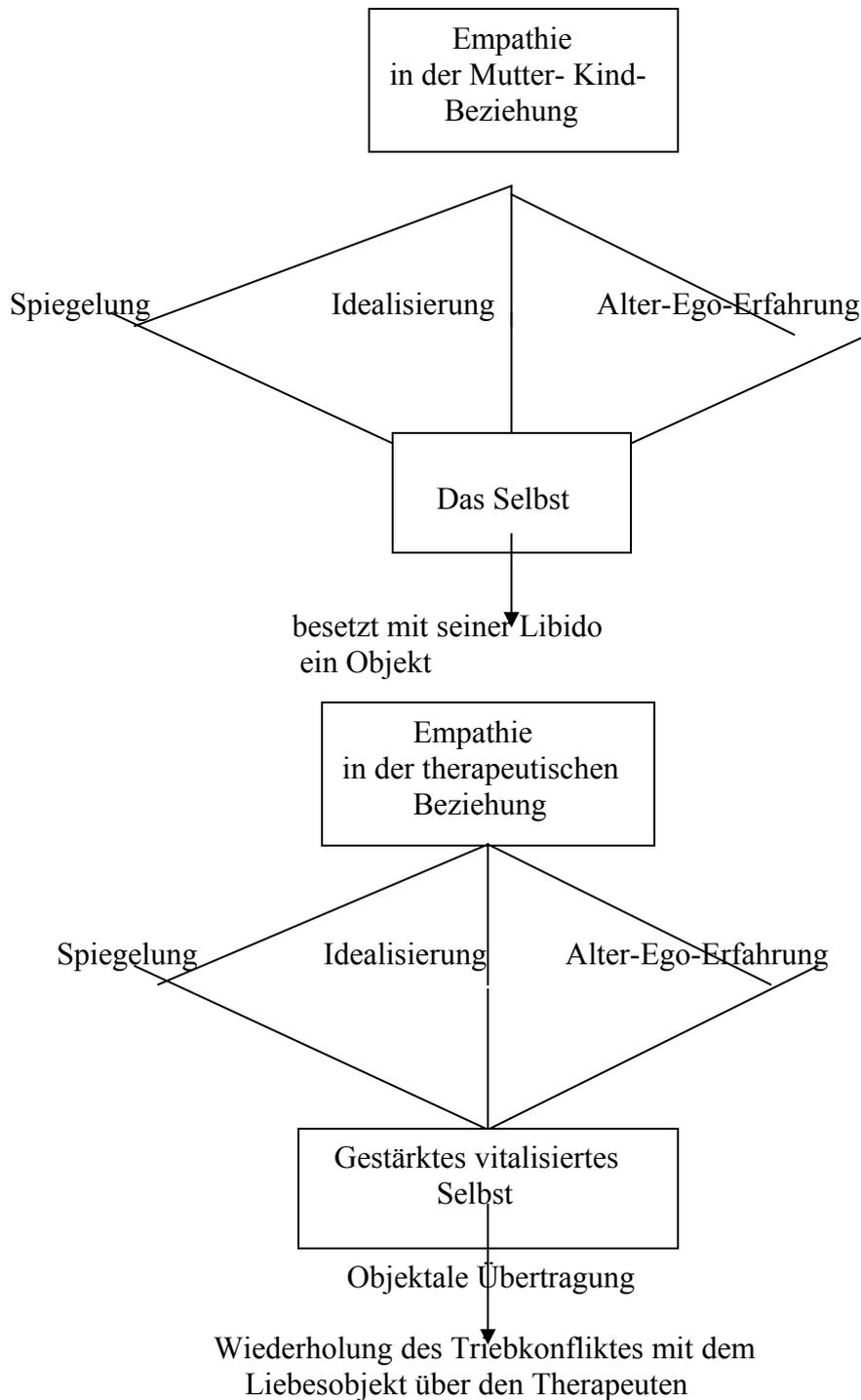
- Störungen in personalen Beziehungen: ausbeuterisch, hohe Erwartungen, Kränkbarkeit, Rückzug, Neid, das Kind fühlt sich ständig zurückgesetzt und ungerecht behandelt.
- Gefühle von Grandiosität und überhöhter Wichtigkeit: ständige Abwertung anderer, Ideologien (Rechtsextremismus) und Uniformierung als Stützen des Größenselbst
- Motorische Unruhe
- Überhöhte Autonomiebedürfnisse, oppositionelles Verhalten, Null-Bock-Haltung
- Entwertung und Wutausbrüche
- Empathiemangel
- Gefühle von Misstrauen und Scham
- Realitätsverleugnungen: Abwehrmechanismus Verleugnung, Projektion von abgewehrten Selbstanteilen auf andere, Bekämpfung der Anderen
- Hohe Leistungsansprüche bei gleichzeitigen Lerndefiziten, auch Teilleistungsschwächen
- Auf sozialen Erfolg ausgerichtet und angewiesen: Anpassungsneigung

Empirische Studien legen nahe, dass insbesondere Kinder mit AD(H)S ein erhöhtes Risiko haben, an einer narzisstischen Persönlichkeitsstörung zu erkranken.

Menschen, die ihr Leben lang mit sich selbst ringen, das Gefühl haben, ihren Begabungen und ihrem Streben nach Selbstverwirklichung nicht gerecht geworden zu sein, nennt H. Kohut „tragische Menschen“. In „Jedermann“ beschreibt Philip Roth einen Werbedesigner, der zu einem Mann wurde, wie er selber nicht sein wollte: „Bei dem Gedanken an all das, was er ausgelöscht hatte, aus eigenem Antrieb und anscheinend ohne guten Grund und, noch schlimmer, gegen alle seine Absichten, gegen seinen Willen – an Härte gegen einen Bruder, der ihm gegenüber niemals hart gewesen war, der es nie versäumt hatte, ihn zu trösten und ihm zu Hilfe zu eilen, an die Folgen, die sein Weggang für seine Kinder gehabt hatte - ,bei der demütigenden Erkenntnis, dass er jetzt nicht nur physisch verfiel und zu jemandem geworden war, der er nicht sein wollte, schlug er sich mit der Faust an die Brust, schlug im Rhythmus seiner Selbstanklagen und verfehlte nur knapp seinen Defibrillator. In diesem Augenblick wusste er weit besser, als Randy und Lonny es jemals wissen konnten, wo seine Defizite lagen. Dieser sonst so ausgeglichene Mann schlug sich wütend ans Herz wie ein Fanatiker beim Gebet, und von Zerknirschung übermannt, Zerknirschung nicht nur wegen dieses einen Fehlers, sondern wegen aller seiner Fehler, wegen all dieser unausrottbaren, dummen, unentrinnbaren Fehler – überwältigt vom Elend seiner Beschränkungen und doch so handelnd, als sei jeder unbegreifliche Zufall des Lebens von ihm selbst herbeigeführt -, sagte er laut: „Nicht einmal mehr Howie! So zu enden, und nicht einmal ihn noch zu haben.“

6. Anwendungen 1: Der therapeutische Prozess in der Selbstpsychologie

Empathie in Entwicklung und Psychotherapie



Die Übertragung wird in der Selbstpsychologie als Wiedererweckung archaischer Selbst-Objekt-Bedürfnisse des Patienten in der Beziehung zum Psychotherapeuten gesehen.

Narzisstische Übertragungen

Die Selbst-Objekt-Übertragungen (reparative Übertragungen):

- Die Spiegel-Übertragung
Der Patient möchte von der Therapeutin gespiegelt werden, um seinen Gefühl der Wertlosigkeit zu bearbeiten und in Selbstwert zu verwandeln.
- Die idealisierende Übertragung
Die Patientin muss den Therapeuten idealisieren, um der eigenen Beunruhigung und Angst zu entgehen und zu lernen, sich selbst zu beruhigen und ihre Affekte zu regulieren. Hinter der Idealisierung steht allerdings die Abwertung (z. B. früherer Therapeuten).
- Die Alter-Ego-Übertragung (Zwillingsübertragung)
Der Patient will sich an einer Therapeutin mit gleichen Meinungen und Werten festhalten, um einem Gefühl des Ausgestoßen-Seins zu entgehen und ein Gefühl der Zugehörigkeit und Gemeinschaft zu entwickeln.

Klassische Übertragungen (repetitive Übertragungen, objektale Übertragungen):

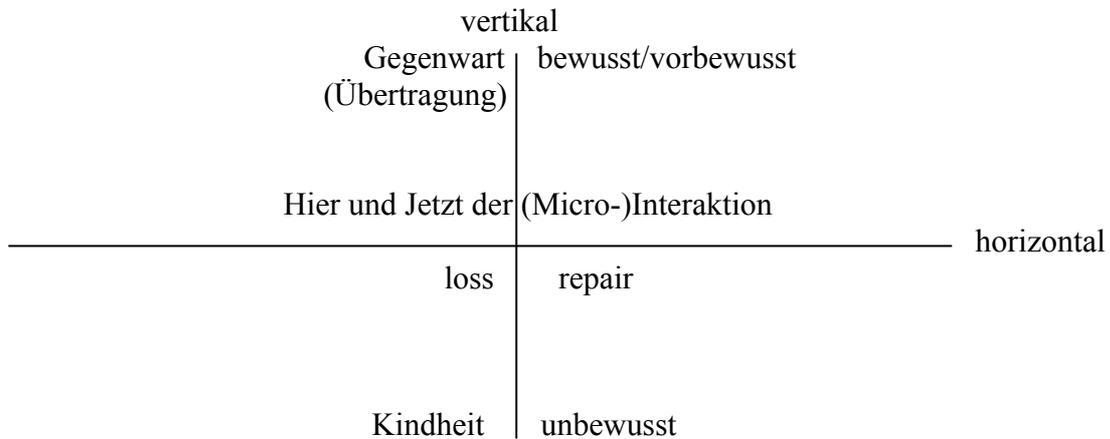
- Die Selbstpol-Übertragung (konkordante Übertragung)
Die Patientin projiziert einen Teil ihres eigenen Selbst, der unerträglich ist und abgewehrt wird, auf den Therapeuten, damit dieser nachvollziehen kann, wie sehr sie früher gelitten hat.

KEINE NARZISSTISCHE ÜBERTRAGUNG im eigentlichen Sinne:

- Die Objektpol-Übertragung (komplementäre Übertragung)
Der Patient bringt die Therapeutin in die Lage, so zu fühlen, wie die Bezugspersonen des Patienten (Eltern, Ehepartner) gedacht und gefühlt haben.

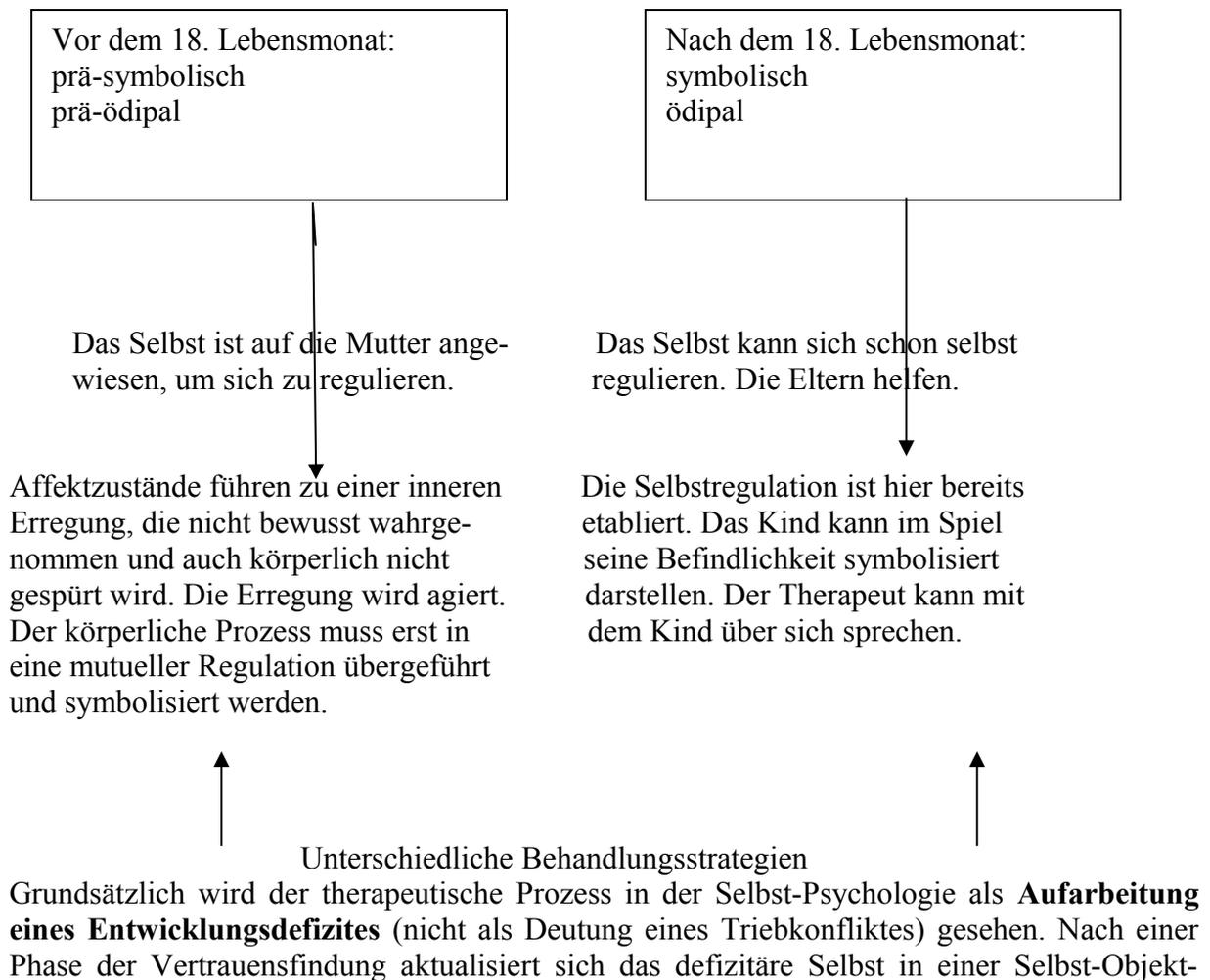
Was heilt in der Psychotherapie? In einer Meta-Analyse psychotherapeutischer Prozesse stellen hierzu Orlinsky, Grawe, Parks 1994 fest: die therapeutische Beziehung und die Persönlichkeit des Therapeuten. Was passiert da genau in der therapeutischen Beziehung? Das Zusammenspiel von Therapeut und Patient wird in der Selbstpsychologie verglichen mit der frühen Mutter-Kind-Beziehung. Schritt für Schritt wird die Micro-Interaktion von Mutter und Baby über Videoaufnahmen und –analysen erforscht. Genau das wird dann auch mit der Micro-Interaktion zwischen Therapeut und Patient gemacht. Hier geht es um das konkrete intersubjektive Zusammenspiel von Therapeut und Patient auf der lokalen Ebene (und nicht um die globale Ebene der psychodynamischen Interpretationen). Denn auf dieser lokalen Ebene ereignet sich Beziehung und verändert sich Beziehung. Empathie als stellvertretende Introspektion spielt dabei eine zentrale Rolle. Der Therapeut versetzt sich in den Patienten und versucht, die Welt aus seinen Augen zu sehen, er fühlt sich auch in die eigenen Gefühle (Gegenübertragung) ein und wechselt so zwischen Einfühlung in den Patienten und Einfühlung in sich selbst hin und her. Dieses Hin-und-Her im Therapeuten und zwischen Therapeut und Patient nennt D. Stern das ‚moving along‘, es konstituiert die ‚lokale Ebene‘. Hier geschieht der therapeutische Begegnungs- und Veränderungsprozess. In metapsychologische Konzepte wie Narzissmus, Triebe oder Abwehr kann man sich nicht einfühlen. Diese Konzepte liegen auf der globalen Ebene. Wenn ein Therapeut auf der globalen Ebene (Psychodynamik) bleibt und die lokale Ebene ausblendet, dann kommt keine therapeutische Begegnung auf der Beziehungsebene zu stande. Wenn ein Therapeut auf der lokalen Ebene bleibt und die globale Ebene ausklammert, verheddert er sich in der Gegenübertragung. „Wir brauchen erlebnisnahe Theorien, die uns im klinischen Gespräch richtungsweisend sein können“ (Paul H. Ornstein, Die Entwicklung der Selbstpsychologie, In: Kutter, P. Hrsg. 1989). Diese Theorien – die Betonung liegt auf ‚Erlebnis‘ – liefert uns die Selbstpsychologie.

Therapeutische Arbeitsweise: vertikal und/oder horizontal



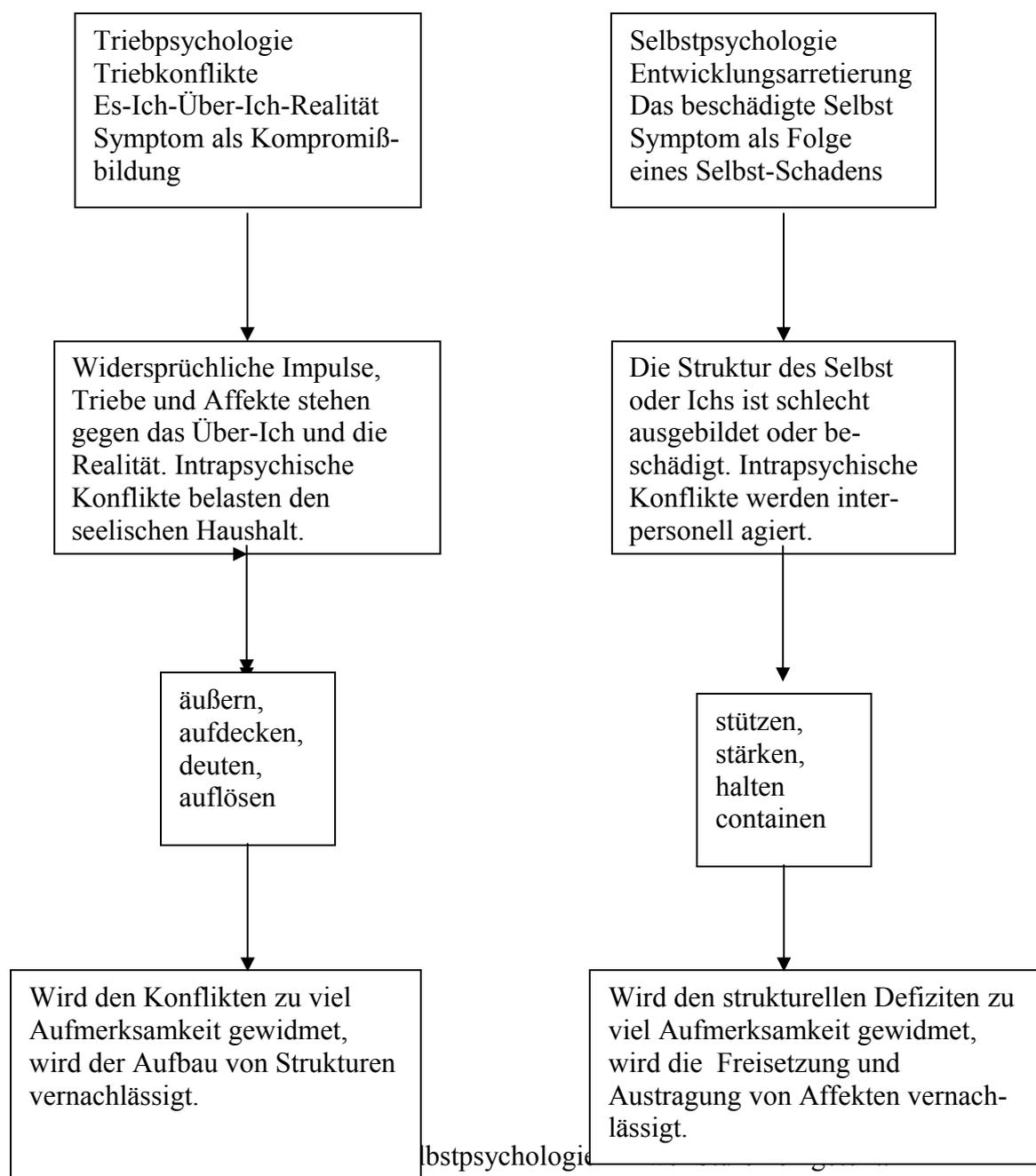
Zur Orientierung für die Einschätzung der eigenen therapeutischen Arbeitsweise soll diese Einteilung in vertikal und horizontal dienen, wobei klar sein sollte, dass beide Arbeitsweisen in Ordnung sind. Allerdings sollte die vertikale Arbeitsweise in Übereinstimmung mit der horizontalen erfolgen und nicht in Konflikt mit ihr stehen. Außerdem ist darauf zu achten, dass manche Patienten von der einen Arbeitsweise eine größere Dosis bekommen müssen, als von der anderen und umgekehrt.

Das Selbst in der prä- und in der ödipalen Phase



Übertragung, die der Therapeut aufnehmen und verwenden muss, damit der Patient dann die neue Selbst-Objekt-Erfahrung in seine psychische Struktur aufnehmen kann. Diesem Prozess des Heilens durch die Beziehung (statt die Einsicht nach der Deutung) kommt am nächsten die Vorstellung von der korrektiven emotionalen Erfahrung nach F. Alexander. Aber auch in der Kinderpsychotherapie gibt es hier schon sehr früh in der Geschichte entsprechende Heilungsvorstellungen: „Es handelt sich darum, daß das Kind etwas *erlebe*, und nicht in erster Linie darum, daß es etwas *wissen* lerne“, schreibt der Pionier der Kinderpsychotherapie Hans Zulliger, nachdem er während seiner Lehranalyse bei S. Freud in Wien in verschiedenen Familien von Psychoanalytikern zu Gast war und deren Kinder, alle auch in Kinderanalysen, von ihrem Ödipus-Komplex reden gehört hatte: „man sah analysierte Kinder, die *alles wußten* (...) *nur waren sie nicht geheilt*“ (Zulliger, 1991, S. 80, kursiv gedruckte Stellen im Original).

Triebkonflikt versus Entwicklungsdefizit



- a) Arbeit am Selbst durch das akzeptierende und empathische Milieu
Allein die Erfahrung, einen empathischen und respektvollen Zuhörer zu haben, führt bereits zu einer Stärkung des Selbst. Menschen, die nie jemand hatten, der ihnen zugehört und sie ernst genommen hat, erleben hier zum ersten Mal in ihrem Leben Responsivität.
- b) Aufbau neuer Selbststrukturen über den Prozess von Unterbrechung und Wiederherstellung (lost – repair). Hier geht es darum, nach einer Widerstandsanalyse bzw. der Lockerung der Abwehr die entstehenden Selbst-Objekt-Übertragungen aufzunehmen und zu identifizieren (und zwar in ihren positiven restituierenden Anteilen als auch in ihren Angst erzeugenden traumatisierenden Anteilen). Voraussetzung für die Aktivierung der Übertragung ist das Erleben von Vertrauen und Sicherheit auf der Seite des Patienten, d. h. seine Angst vor der Re-Traumatisierung muss als erstes minimiert werden. Ist die Selbst-Objekt-Übertragung aktiviert, dann kommt es an dieser Schwelle der therapeutischen Beziehungsgestaltung unweigerlich auch zu Unterbrechungen der Übertragung. Dies führt dann zu regressiven Prozessen beim Patienten, frühe archaische Beziehungsmuster werden aktiviert. Ebenso wird die Abwehr aktiviert. Der Therapeut hat hier die Funktion, diese Unterbrechungen auf sich zu nehmen und zu explorieren, um eine Deutung aus der Empathie heraus zu finden. Der Therapeut muss die Verantwortung für die eigene Beteiligung an der Unterbrechung übernehmen und dann offen und direkt das Erleben des Patienten in der Unterbrechung explorieren. Dadurch wird die Selbst-Objekt-Übertragung wiederhergestellt. Im Rahmen dieser Wiederherstellung kommt es zu einer Begegnung zwischen Therapeut und Patient, die in der Selbst-Psychologie moment of now/ moment of meeting genannt wird. Es entsteht ein Möglichkeitsraum zwischen Therapeut und Patient, über den der Patient in einem kreativen Prozess sein Selbst neu strukturiert, die gelockerten Anteile des Selbst des Patienten werden neu geordnet. Der Patient lernt etwas neues, der Therapeut aber auch. Trieb-Abwehr-Deutungen beinhalten die Gefahr, dass der Möglichkeitsraum geschlossen wird und der Patient sich nicht verstanden, sondern zum Beispiel angeklagt fühlt. Die konkrete Hier-und-Jetzt-Ebene wird verlassen.

Der Therapieprozess in der Selbstpsychologie

1. Wachstum des Selbst im empathischen Milieu
Der Patient erfährt die Responsivität der Therapeutin und kann damit sein Selbst stärken.
2. Der Aufbau neuer Selbststrukturen
 - Der Patient gewinnt Vertrauen in die Therapeutin (Lockerung der Abwehr)
 - Der Patient aktualisiert seine in der Kindheit frustrierten Selbst-Objekt-Bedürfnisse und entwickelt eine Selbst-Objekt-Übertragung, die die Therapeutin aufnimmt.
 - Es kommt zu einer Unterbrechung des Selbst-Objekt-Kontaktes zwischen Patient und Therapeutin. Entweder initiiert der Patient die Unterbrechung aufgrund seiner Angst vor Re-Traumatisierung oder die Therapeutin reagiert nicht empathisch aufgrund der Gegenübertragung oder eines eigenen persönlichen Problems.
 - Die Unterbrechung wird offenkundig. Der Patient beschwert sich, reagiert verärgert, zieht sich zurück, ... Die Therapeutin spricht ihr Gefühl an, das die Unterbrechung anzeigt.

- Die Therapeutin übernimmt die Verantwortung für die Unterbrechung. Sie zeigt damit ihr Interesse, ihre Anteilnahme und sie verhindert, dass der Patient in eine Schuldposition kommt.
- Patient und Therapeutin besprechen, wie es zu der Unterbrechung gekommen ist. Dabei wird die Beziehung zwischen Patient und Therapeutin geklärt.
- Es kommt zu einer Begegnung (moment of now, moment of meeting, Eröffnung eines Möglichkeitsraumes).
- Es kommt zu einer Wiederherstellung der Beziehung, die es dem Patienten ermöglicht, nicht nur Einsicht in sein Beziehungsmuster und dessen Genese zu bekommen, sondern auch sein Selbst wird neu zu strukturieren.

All das passiert auf der Hier-und-Jetzt-Ebene. Genetische Deutungen können den Prozess behindern.

7. Anwendungen 2: Zum Verständnis des Triebes, der Sexualität, des Therapiezieles in der Selbstpsychologie

Neben die Triebentwicklung wird eine narzisstische Entwicklung, eine Entwicklung des Selbst als eigene neue Entwicklungslinie gestellt. Das Selbst bekommt ein Primat. Schon Freud nahm an, die narzisstische Fixierung ginge den Fixierungen für die sog. Übertragungsneurose vor. In der Sexualisierung wird deutlich: „Der Trieb ist das Symptom und nicht die Ursache“ (Fonagy/Target, 2003, S. 239). Wie ist das psychogenetisch zu verstehen? Der Säugling in der oralen Phase hat Hunger und wird unruhig. Er hat das Bedürfnis nach Nahrung, aber auch nach Zuwendung und Trost ob der Unlustgefühle, die er spürt. Er möchte beruhigt werden von einem Triebobjekt. Gleichzeitig – das ist die Behauptung der Selbstpsychologie – hat er aber auch das Bedürfnis nach einem empathischen Selbstobjekt. Dieses empathische Selbst-Objekt soll dem Säugling Anerkennung und Akzeptanz insbesondere auch in der Unlustäußerung und in seiner Bedürftigkeit signalisieren: Du bist in Ordnung so, du darfst dich auch beschweren, deine Bedürfnisse sind akzeptabel, ich freue mich auf den Kontakt mit dir. Wenn nun die Mutter diese Selbst-Objekt-Funktionen aus irgend einem Grund nicht ausfüllen kann, wie reagiert der Säugling dann? Der Säugling fixiert sich dann an den Lustgewinn des Saugens und Gesäugt-Werdens, er fixiert sich an die erogene Zone, den Trieb (übermäßige Intensivierung des Affektes³). Damit ist eine Oralisierung geschaffen. Der Trieb rückt in den Vordergrund, nicht weil er biologisch verankert ist, sondern weil die Selbst-Objekt-Bedürfnisse des Säuglings nicht erfüllt werden. Die Oralisierung ist so etwas wie eine erste Selbststimulierung, um die leere Mutter-Kind-Beziehung zu füllen (vergleiche Kinder mit Adipositas oder exzessives Onanieren von Kindern oder Jugendlichen in der Sexualisierung). An dem Beispiel wird auch deutlich, dass es der Selbstpsychologie nicht auf die Triebentwicklung ankommt, sondern auf die Atmosphäre, in der die Befriedigung von Affekten stattfindet, d. h. auf die Beziehung, die den Umgang mit Affekten einrahmt.

Zwei Arten des sexuellen Erlebens:

- Sexualisiertes Begehren als sexuelle Stimulation zur Stützung eines bedrohten Selbst: Dabei geht es um den eigenen Lustgewinn ohne große Rücksicht auf den Anderen. Ein Erprobung und Aufgabe des Selbst sowie eine Verschmelzung mit dem Anderen muss aus Angst vermieden werden. Jede/r bleibt für sich allein. Hauptziel des sexuellen Erlebens ist der Orgasmus. Das sexuelle Begehren erscheint hier als Trieb, das Triebobjekt wird erobert und vereinnahmt. Es ist ein ‚Objekt‘, kein Subjekt.

³ In manchen Fällen kommt es auch zur Verflachung des Affektes.

- Sexuelles Begehren und Erleben als Kommunikation zur Erweiterung und zum Wachstum des Selbst, als sozialer Austausch (sexuelles Spiel): Hier kommt es zu einer sexuellen Begegnung unter Rücksichtnahme auf die Bedürfnisse des Anderen. Der Andere wird im Liebesspiel erkannt und anerkannt, als Subjekt gesehen. Der Orgasmus muss nicht das Ziel des sexuellen Spiels sein, denn es geht in erster um die lustvolle Begegnung mit dem Anderen. Im Orgasmus löst sich das Selbst auf, der Andere wird zum archaischen Selbst-Objekt und verliert für kurze Zeit seine Subjekthaftigkeit. Im angstfreien Spiel und der Verschmelzung kann sich das Selbst erproben, aufgeben und erweitert wiederfinden.

Trieblehre und Selbstpsychologie verfolgen unterschiedliche für die Theorie charakteristische Therapieziele:

Das Ziel einer Psychoanalyse war für S. Freud: Arbeits- und Liebesfähigkeit (für Kinder übersetzt): Spiel- und Lern-/Leistungsfähigkeit).

Das Ziel der psychoanalytischen Selbstpsychologie: Selbstverwirklichung und Selbstentwicklung auf der Basis der eigenen Talente und Fertigkeiten. Das gesunde Selbst zeigt sich in der Erkenntnis: trotz aller Mängel und Defizite, die mir bewusst sind, bin ich im Grunde doch in Ordnung.

8. Anwendungen 3: Was lernen wir aus der Selbstpsychologie für die Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapie?

Trotz moderner psychoanalytischer Säuglingsforschung und deren empirischer Ergebnisse, trotz vielfältiger Aufnahme des Begriffes Selbst in den Diskurs der tiefenpsychologischen Therapeuten gehört die Selbstpsychologie in Deutschland nicht zum main stream. Das gilt insbesondere für die tiefenpsychologische und analytische Kinderpsychotherapie. Hier gibt es nur EINE Veröffentlichung zu dem Thema, einen Artikel in der Zeitschrift ‚Analytische Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie‘, in dem Iris Hilke die Perspektive der Selbstpsychologie für Kinderpsychotherapeutinnen darstellt. Sie beschreibt in dem Artikel kenntnisreich die Grundprinzipien der Selbstpsychologie und schließt mit einem Fallbeispiel, in dem die selbstpsychologischen Konzepte veranschaulicht werden. Bei Heinz Kohut (1971) habe ich einen Satz gefunden zur Interpretation von kindlichem Verhalten: „Auch sexuelle Betätigung auf der Skala von gewissen masturbatorischen Handlungen von Kindern, die an einer chronischen narzißtischen Leere leiden, bis zum Bedürfnis nach endlosen selbstbestätigenden sexuellen Erfahrungen gewisser Don-Juan-Typen kann das Ziel haben, einem Gefühl der Selbstentleerung entgegenzuwirken oder der Gefahr der Selbstfragmentierung zu entgehen“. Dabei hat H. Kohut und die Selbstpsychologie entwicklungspsycho(patho)logische Konzepte entwickelt, die gerade auf die Entwicklung von Kindern und Jugendlichen gut anzuwenden wären. Bei H.-P. Hartmann et al. (1998) läßt sich ‚das Selbst im Lebenszyklus‘ verfolgen. Die Besonderheiten der intrapsychischen Entwicklung von Säuglingen/Kleinkindern, Latenzkindern und Adoleszenten werden hier aus selbstpsychologischer Sicht gut beschrieben. Zum Beispiel wird aufgezeigt, dass die herkömmliche Vorstellung von der Ablösung und Autonomieentwicklung des pubertierenden Jugendlichen, die auch in der psychoanalytischen Literatur zu finden ist, falsch ist, dass es dem Jugendlichen nicht um Ablösung, sondern um eine neues erwachsenes Verhältnis zu den Eltern und den Erwachsenen geht, dass sich die Abhängigkeit des Jugendlichen von den Selbst-Objekten erhält, die Selbst-Objekte sollen nur reifer werden. So erscheint dann die als obligatorisch beschriebene Rebellion des Jugendlichen im Lichte der Selbstpsychologie als pathologisches Phänomen in Folge von Mängeln in der Responsivität der elterlichen Begleitung.

Besonders interessant finde ich die Übertragung der selbstpsychologischen Vorstellungen über den therapeutischen Prozess auf die Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie. Wie fungiert die Kindertherapeutin als Selbst-Objekt? Das Kind hat seine Selbst-Objekte doch noch zu Hause zur Verfügung. Und wie äußern sich die Selbst-Objekt-Bedürfnisse des Kindes in der Übertragungsbeziehung? Wurde doch von Anna Freud und ihren Anhängern die Übertragung von Kindern und Jugendlichen zumindest als andersartig verglichen mit der Übertragung von erwachsenen Patienten auf ihren Therapeuten beschrieben. Was passiert auf der lokalen Ebene in der Kindertherapie? In Büchern über tiefenpsychologische Kindertherapie finde ich vor allem die globale Ebene beschrieben. Demgegenüber fokussiert die Selbstpsychologie gerade auf die Gegenwart des ‚moving along‘ zwischen Kind und Therapeutin. Das Konzept von den regressiv reaktivierten Unterbrechungen des Kontaktes zwischen Therapeut und kindlichem Patient in Übertragung und Gegenübertragung als Folge früherer verletzend erlebter Unterbrechungen der Begegnung zwischen Eltern und Kind hebt den therapeutischen Prozess aus der Vergangenheit in die Gegenwart (Hier-und-Jetzt), genau dahin, wo Kinder leben. Schon Anna Freud wurde in ihrer Arbeit schnell klar, dass es wesentliche Unterschiede zwischen der therapeutischen Arbeit mit Erwachsenen und Kindern gibt, dass diese Unterschiede zu formulieren und in die konkrete Arbeit umzusetzen sind. So wollen Kinder, anders als Erwachsene, nicht ihre frühe Kindheit oder Vergangenheit mit dem Therapeuten aufarbeiten. Regressive Tendenzen stehen sie eher abwehrend gegenüber und Erklärungen, dass es wichtig sei, sich auf tiefere Schichten der Gefühle einzulassen, helfen bei Kindern auch nicht viel. Kinder leben im Hier-und-Jetzt, und da ist auch der Ansatzpunkt für die Therapie. Oft wollen Kinder NUR spielen und die Therapeutin bekommt Schwierigkeiten mit ihrem therapeutischen Über-Ich: Ich kann doch nicht hier nur spielen, für so viel Geld, und außerdem noch der Druck von den Eltern, es muss sich doch was ändern am Verhalten des Kindes! Aber das Spielen ist selbstpsychologisch vergleichbar mit dem akzeptierenden und responsiven Milieu, das manche Kinder in ihrem Leben nie genießen konnten. I. Hilke beschreibt das in ihrem Artikel als ‚Kind sein dürfen‘. Und würde ich das Kind nicht gerade aus dieser befriedigenden Aktivität in Anwesenheit eines präsenten Therapeuten herauskatapultieren durch eine genetische Deutung („Das Püppchen, das da die Treppe runterfällt, ist dein kleiner Bruder, den du am liebsten umbringen würdest.“) A. Ferro nennt in seinen Arbeiten eine solche Intervention eine ‚gesättigte Deutung‘. Diese schließt den Möglichkeitsraum in der Beziehung zwischen Therapeut und Kind, anstatt ihn zu öffnen. Er empfiehlt ‚ungesättigte Deutungen‘, die die Beziehung offen lassen. Wenn wir also mit einem Kind spielen, dann geht es zum einen dem Kind darum, im Spiel seine Konflikte zwischen Trieb und Abwehr darzustellen, zum anderen geht es dem Kind darum, in den im Spiel zum Ausdruck kommenden Bedürfnissen und Affekten gesehen und anerkannt zu werden. Es geht ihm im Spiel auch darum, dass seine Selbst-Objekt-Bedürfnisse befriedigt werden. Der Patient erlebt den Therapeut nicht als von sich getrennte Person, sondern als Teil von sich selbst. Diese Annahme der Selbstpsychologie gilt in besonderem Maße in der Kinderpsychotherapie, denn das Kind ist in der Entwicklung und braucht seine Selbst-Objekte noch in archaischerer Form als der Erwachsene.

Die Betonung der Umweltbedeutung für die Genese von Psychopathologie eröffnet(e) ein weiteres Feld der Diskussion. Bereits Anna Freud empfahl hier den Psychoanalytikern ihrer Zeit, ihre Rekonstruktionen von Kindheit gewonnen hinter der Analytiker-Couch mit den konkreten Erkenntnissen aus der Psychotherapie mit Kindern zu vergleichen. In der Selbstpsychologie kommt die frühe Mutter-Kind-Beziehung als Vorbild für die therapeutische Beziehung, aber auch als Ursprung pathologischer Entwicklungen in den Fokus. Im Zusammenhang mit Selbstpathologien sind als Diskursmuster drei Formen der pathogenen frühen Mutter-Kind-Beziehung zu finden:

- Die Mangel-Mutter (Unterversorgung des Babys),
- Die overprotective mother (Intrusion, Überfürsorge),
- Die Mutter, die ihr Kind als archaisches Selbst-Objekt benutzt.

(Ergänzend müssen hier noch die Traumatisierungen genannt werden, die eine Beschädigung der Selbst-Struktur zur Folge haben können.)

In einer Debatte zur Kinderpsychotherapie 1980 (erwähnt in Kutter, 2000) schlägt J. Anthony vor, zu unterscheiden zwischen drei Formen von Familien: die intrapsychische ödipale Familie, die idealisierte repräsentative Familie und die tatsächlich interpersonale Familie. Die Aufgabe der Kindertherapeutin sei es, diese ‚Familien‘ eines Therapiekindes unterscheiden zu lernen und zu entwirren. Wichtig scheint mir das auch deshalb zu sein, weil wir es in der Kindertherapie immer mit einem System und nicht einem einzelnen Patienten zu tun haben. Wir müssen das Kind in seinem System verstehen lernen und wir gehören als Therapeuten zu diesem System dazu. Eine ‚iagtrogene Doppelbindung‘ nennt A. Dührssen die Haltung eines Kindertherapeuten, der die Eltern für die Störung eines Kindes verantwortlich macht, diesen Eltern dann aber in der die Kindertherapie begleitenden Psychotherapie seine Hilfe anbietet. Im Spannungsfeld des Systems muss der Kindertherapeut zu einer therapeutischen Haltung kommen, die sowohl dem Kind als auch seinen Eltern gerecht wird. Die Einseitigkeit, mit der in der Selbstpsychologie und auch in anderen zeitgenössischen therapeutischen Ansätzen die Mutter allein für das Verhalten eines Kindes verantwortlich gemacht wird und dabei die Rolle z. B. des Vaters oder der Gesellschaft verschleiert wird, darf auf keinen Fall unerwähnt bleiben. Auch aus dem Blickwinkel der Säuglingsforschung kann es nicht um die Mutter allein gehen, sondern höchstens um das Zusammenspiel zwischen Mutter und Kind. Das sei hier angemerkt. Die psychoanalytische Theoriebildung gerade auch in der Kinderpsychotherapie und auch die Selbst-Psychologie tendieren jedoch dazu, immer wieder in ihren Argumentationen in eine einseitige Ein-Personen-Psychologie zurückzufallen und damit die systemischen Zusammenhänge aus den Augen zu verlieren.

Fazit: Die Selbstpsychologie sollte für die Kinderpsychotherapie fruchtbar gemacht werden und das ist ein Projekt für die Zukunft. Hier gibt es noch etwas zu entdecken.

9. Verdienste und Kritik der Selbstpsychologie – Bewertung und Ausblick

„Zusammenfassend kann man sagen, das sich die Selbstpsychologie (vielleicht präziser: die Selbstobjektpsychologie oder die Psychologie der Selbstobjekterfahrungen) mit den Schicksalen beschäftigt, die sich auf Erfahrungen des Selbstseins beziehen, ... Offensichtlich ist es charakteristisch für die menschliche Psyche, sich so zu organisieren, daß sie ‚Ich bin ich‘ als ein einheitliches und historisch kontinuierliches Selbst erlebt. Der Verlust dieser Organisation, das heißt, der Verlust des Gefühls von Selbstsein, kann größte Panik und Entsetzen auslösen“ (E. S. Wolf, 1998, S.49).

Psychogenetisch ist das Selbst eine intrapsychische Instanz, die in der frühen Mutter-Kind-Beziehung ausgebildet wird und die Grundlage für Erleben und Handeln eines Menschen bildet. Das Selbst ist so mit der Struktur einer Person gem. OPD vergleichbar. Das Selbst bildet sich in der Interaktion mit der primären Bezugsperson über Introjektions- und Projektionsprozesse, Identifikations- und Desidentifikationsprozesse. Dabei wird die primäre Bezugsperson zuerst einmal nicht als vom eigenen Selbst getrennte Person wahrgenommen. Sie erfüllt Selbst-Objekt-Funktionen. Mit einem kohärenten Selbst entwickelt sich auch eine vom Selbst unabhängige Objektvorstellung. Dieses Objekt kann in der ödipalen Phase libidinös oder auch aggressiv besetzt werden. Je mehr ein Objekt von einem Subjekt als Selbst-Objekt benutzt wird, um so weniger kann dieses Objekt als unabhängig von Selbst des Sub-

jektet wahrgenommen werden. Je unabhängiger ein Objekt von einem Subjekt wahrgenommen werden kann, um so weniger archaische Selbst-Objekt-Funktion muss es für das Subjekt übernehmen. Die Selbstpsychologie ist somit eine eigenständige Objektbeziehungstheorie, die in Konkurrenz steht mit der sog. Objektbeziehungstheorie der Schule von M. Klein (O. Kernberg). Betont die Kleinsche Schule die Bedeutung von Aggression und Neid für die Entwicklung des Menschen, so sieht die Kohutsche Selbstpsychologie als primäre Kraft der Entwicklung die Libido.

Die Verdienste der Selbstpsychologie liegen einmal in einer Vertiefung und Vervollkommnung der psychoanalytischen Technik (Fokussierung auf die lokale Ebene der Psychotherapie), zum anderen in einer umfassenden Ausarbeitung der Narzissmus-Theorie und nicht zu letzt in ihrer Inspiration für als auch Bestätigung durch die empirischen Säuglingsforschung. Im Grunde wird durch die Selbstpsychologie auch eine Instanz in die Tiefenpsychologie eingeführt, die spezifisch menschlich ist (das Bewusstsein von sich selbst). Triebe haben auch Tiere, Verzicht können Tiere vermutlich auch leisten, wenn man sie entsprechend trainiert. Das Selbst ist etwas genuin menschliches, das bis in die Spiritualität reicht, eine Dimension, die S. Freud nicht fassen konnte oder wollte (siehe „Die Illusion einer Zukunft“) und deshalb nur als reine Projektion von Triebkonflikten in den „Himmel“ konzipiert hat.

Als Kritik soll angemerkt werden,

- dass eine Fixierung auf Selbst-Objekt-Übertragungen den Blick verstellen kann auf objektale (andere) Übertragungen (wie z. B. erotisierende, übermächtig-autoritäre, verführende, rivalisierende Übertragungen),
- dass der Diskurs von der empathischen Mutter einseitig und mystifizierend ist (Ein-Personen-Psychologie) und deshalb der empirischen Wirklichkeit nicht stand halten kann, ein naiver Environmentalismus ist mit Ansätzen, die den Triebkonflikt in den Mittelpunkt stellen, nicht vereinbar,
- dass eine intrapsychische Problematik eines Patienten mit der Selbstpsychologie nach außen, interpersonal, verlagert und damit verkannt werden kann,
- dass in der Selbstpsychologie sehr locker mit dem Begriff ‚Traumatisierung‘ umgegangen wird. Jede nicht optimale Frustration des Babys wird als traumatisches Ereignis, dass das Selbst fast zum Zusammenbruch bringt, gesehen: „ein Trauma ist die Abwesenheit oder teilweise Abwesenheit einer phasengerechten Reaktion seitens der Bezugsperson auf infantile Grandiosität und Exhibitionismus“ (A. Ornstein, In: Kutter et al., 1995, S129).

Die Selbstpsychologie ist auch eine Psychologie der 70er und 80er Jahre, in denen es in der fachöffentlichen Diskussion um das narzisstisch mißbrauchte Kind ging. Heute geht es mehr um das Kind mit ungelöstem Trauma, um bindungsgestörte Kinder und um Kinder, die nicht gelernt haben zu mentalisieren.

10. Weiterentwicklungen der Selbstpsychologie – Daniel Stern und die moderne Säuglingsforschung

Ein-Personen-Psychologie	Zwei-Personen-Psychologie
Empathie optimale Frustration unbewusste Szene	Passung (match, mismatch) lost and repair, gegenseitige Regulation unbewusster Handlungsdialog
Primärer Narzissmus mit eigener Entwicklungslinie	Primäre Objektbeziehung

Genese: die Mutter ist schuld, weil sie nicht feinfühlig genug war	Genese: die Beziehung zwischen Mutter und Baby hat sich verhakt
Therapie als Deutung des unbewussten Agierens des Patienten durch den Therapeuten	Therapie als Begegnung zwei Subjekte, als korrektive emotionale Beziehungserfahrung

Ebenfalls aus der Säuglingsforschung stammt die Annahme, dass das frühe Leben des Säuglings und damit auch die frühe Interaktion zwischen Säugling und Mutter über den Körper organisiert ist. Joseph D. Lichtenberg, einer der führenden selbstpsychologischen Säuglingsforscher sieht das Selbst fundiert durch ein Körper selbst. D. Stern beschreibt die ersten drei Monate der frühen Mutter-Kind-Beziehung als Bewegungs-Interaktion, in der die Vitalitätsmuster festgelegt werden, die die Grundlage für die Einbettung der Gefühle in körperlich und motorisch definierte Vitalität und für die Selbst-Entwicklung darstellen. Er interpretiert Worte und das Gespräch in der Therapie als ‚imaginierte Bewegungen‘ und postuliert: Keine therapeutische Veränderung ohne reale oder imaginierte Veränderung der Bewegungen auf der lokalen Ebene des Therapieprozesses.

11. Zusammenfassung: Psychodynamik von Verhalten und Handlung im Lichte der vier verschiedenen Psychologien der Psychoanalyse

Triebpsychologie

Begriffe: Triebquelle, -wunsch, -spannung, -abfuhr, -ziel, -fixierung, -konflikte, Bedürfnisse, Motivationen und Affekte und deren Entwicklung, Leidenschaften, bewusste und unbewusste Phantasien, Angst und Hemmung, Lustprinzip vs. Realitätsprinzip

Erschließungsfragen: Welcher Wunsch, welches Bedürfnis wird gerade ausgedrückt? Kann ein bestimmtes Schuldgefühl oder eine Angst eine Reaktion des Gewissens auf einen Triebimpuls sein? Welche Triebstrebungen wurden in der Entwicklung des Patienten frustriert oder übermäßig befriedigt, so dass sich Fixierungen oder Regressionsgewohnheiten ausgebildet haben? Welche unbewussten Phantasien oder Symptome zeigen sich als Kompromiss zwischen Triebwunsch, Angst, Abwehr und Realitätsanforderungen?

Therapieziel: Das Unbewusste bewusst machen. Wo Es war, soll Ich werden.

Ich-Psychologie

Begriffe: Abwehr(mechanismen), Realitätsprüfung, Ich-Stärke und Ich-Schwäche, Entwicklungslinie der Abwehr, Zusammenhang von Affekten und Kognitionen

Erschließungsfragen: Wie erfolgreich angepasst geht die Abwehr mit den Affekten um? Wo steht der Patient in bezug auf die Entwicklungslinie der Abwehr (von primitiv zu reif)? Wie gut ist die Frustrationstoleranz, der Triebbefriedigungsaufschub und die Objekt Konstanz ausgebildet? Wie gut sind die Ich-Funktionen entwickelt?

Therapieziel: Wo eine Abhängigkeit des Ich vom Es war, soll Anpassung an die Realität werden. Wo bisher ein schwaches Ich war, soll ein starkes werden. Die Abwehrmechanismen sollen sich von primitiven zu reiferen entwickeln. Das Patient soll lernen, sich selbst zu erforschen.

Objektbeziehungspsychologie

Begriffe: dominierende Objektbeziehung, Verklammerung von Selbst – und Objektrepräsentanzen über die Affekte, Verinnerlichung von Objektbeziehungen, Re-Inszenierung alter Beziehungskonflikte, bewusstes und unbewusstes Beziehungsgieren, Projektion abgewehrter Objektrepräsentanzen auf den Anderen, Spaltung in gute und böse innere Objekte

Erschließungsfragen: Wie verhält sich der Patient mir gegenüber? Welche Gefühle habe ich in bezug auf die Beziehung zum Patienten? Gibt es immer wiederkehrende Beziehungssequenzen oder –muster in der Interaktion zwischen mir und ihm/ihr? Welche Rolle spielt dabei der Patient, welche Rolle ist mir zugedacht? Welche Affekte sind im Spiel dieses Beziehungsmusters zu finden? Sind meine Gefühle in der Gegenübertragung eher dem Selbstpol des Patienten zuzuordnen oder dem Objektpol? Wie kann die Interaktion zwischen dem Patienten und mir als Verklammerung einer bestimmten Selbstrepräsentanz mit einer bestimmten Objektrepräsentanz verstanden werden?

Therapieziel: Wo eine schizoid-paranoide Beziehungskonstellation besteht, soll die depressive Position erreicht werden. Wo pathologische, schädigende Beziehungsmuster vorherrschen, sollen gesündere entwickelt und verinnerlicht werden. Wo unbewusste Beziehungsarrangements vorherrschen, sollen bewusste werden.

Selbstpsychologie

Begriffe: Das Selbst und seine Entwicklung, die Selbst-Objekte, Selbsterleben, Identität, Selbstgrenzen, Selbstwert, Modellszene, Micro-Interaktion zwischen Säugling und Mutter, zwischen Therapeut und Klient, die lokale Ebene, Empathie, Passung, Vitalisierung

Erschließungsfragen: Wie erlebt sich der Therapeut in der Interaktion mit dem Patienten, wie gelingt ihm die Einfühlung in den Patienten? Wie erlebt sich der Patient in der Beziehung zum Therapeuten? Welche Selbst-Objekt-Bedürfnisse richtet der Patient auf den Therapeuten? Inwieweit kann der Patient zwischen sich und dem Therapeuten unterscheiden bzw. inwieweit nimmt der Patient den Therapeuten als Teil seines Selbst wahr? Wie stabil zeigt sich die Identität und das Selbst des Patienten im therapeutischen Interaktionsprozess? Welches Bild hat der Patient von sich selbst, seinen Grenzen, seiner Selbstwirksamkeit, seinem Selbstwert und seinem Selbstbewusstsein, auch in Situationen emotionaler Belastung. Welche Wertschätzung, Spiegelung, Bestätigung erlebt der Patient (Kind) in seiner Familie, in der therapeutischen Interaktion? Kann der Patient seine Bezugspersonen idealisieren? In welchem Umfang spielen Verschmelzungsphantasien oder panische Ängste vor Selbstverlust/-zerfall eine Rolle in der Therapie? Wie kompensiert der Patient Störungen im Selbsterleben (Grandiositätsvorstellungen, narzisstischer Rückzug, Verleugnung, Abwertung anderer, manische Abwehr)?

Therapieziel: Wo bislang Schamgefühle und ein fragmentiertes Selbst vorherrschten, soll sich durch Einfühlung ein kohärentes Selbst entwickeln. Wo bislang archaische Selbst-Objekt-Bedürfnisse dominierten, sollen Selbstwert und reife Selbst-Objekte entstehen. Der Patient soll sich selbst verwirklichen lernen.

Anhang: Die Overhead-Folien zur Entwicklungslinie des Selbst

Literatur:

Freud, Sigmund (1914/1982): Zur Einführung des Narzissmus, Studienausgabe, Bd. III, Frankfurt a.M., (Fischer)

Freud, Sigmund (1918/1982): 26. Vorlesung: Die Libidotheorie und der Narzißmus, In: Vorlesungen zur Einführung in die Psychoanalyse, SA Bd. I, Frankfurt a. M., (Fischer)

Freud, Sigmund (1912): Ratschläge für den Arzt bei der psychoanalytischen Behandlung, SA Ergänzungsband, 1975, S. 175

Freud, Sigmund (1923): „Psychoanalyse“ und „Libidotheorie“, GW 13, S. 211

Freud, Sigmund (1931/1972): Über libidinöse Typen, SA Bd. X, S. 270, Frankfurt (Fischer)

Hartmann, Hans-Peter; Milch, Wolfgang E.; Kutter, Peter; Paal, Janos (Hg.) (1998): Das

- Selbst im Lebenszyklus, Frankfurt a. M., Suhrkamp
- Hilke, Iris (2000): Was heilt – die Perspektive der psychoanalytischen Selbstpsychologie, In: Analytische Kinder und Jugendlichenpsychotherapie, Heft 105 Jg. 1/2000, S. 23 ff
- Fonagy, P.; Target, M. (2003): Psychoanalyse und die Psychopathologie der Entwicklung, Stuttgart (Klett-Cotta), hier: Kap. 8.1, S. 227 – 249
- Kohut, Heinz(1973): Introspektion, Empathie und Psychoanalyse, Frankfurt a. M. (Suhrkamp)
- Kohut, Heinz(1974): Narzissmus. Eine Theorie der psychoanalytischen Behandlung narzisstischer Persönlichkeitsstörungen, Frankfurt a.M., Suhrkamp
- Kohut, H. (1979): Die Heilung des Selbst, Frankfurt a. M. (Suhrkamp)
- Kohut, H. (1987): Wie heilt die Psychoanalyse, Frankfurt a. M. (Suhrkamp)
- Kutter, Peter (Hg.): (1999): Selbstpsychologie, Weiterentwicklungen nach Heinz Kohut, Stuttgart, Klett-Cotta
- Kutter, Peter (Hg.): (2000): Psychoanalytische Selbstpsychologie, Göttingen, Vandenhoeck und Ruprecht
- Kutter, Peter; Paal, Janos; Schöttler, Christel; Hartmann, Hans-Peter; Milch, Wolfgang (Hg.) (1995): Der therapeutische Prozeß, Frankfurt a. M., Suhrkamp
- Lichtenberg, J. D.; Lachmann, F. M.; Fosshage, J. L. (2000) Das Selbst und die motivationalen Systeme, Frankfurt a. M. (Brandes und Apsel)
- Mentzos, Stavros (1989): Neurotische Konfliktverarbeitung, Frankfurt a. M. (Fischer),Kapitel 5. Das Selbstsystem – die narzißtische (Selbst-)Entwicklung, S. 52 – 60
- Mertens, Wolfgang (2011): Psychoanalytische Schulen im Gespräch, Band 2, Bern, Huber
- Schöttler, Christel; Kutter, Peter (Hg.) (1992): Sexualität und Aggression aus der Sicht der Selbstpsychologie, Frankfurt a. M., Suhrkamp
- Stern, Daniel (1993): Tagebuch eines Babys, München, (Piper)
- Stern, Daniel (2011): Ausdrucksformen der Vitalität, Frankfurt a. M., (Brandes und Apsel)
- Stern, Daniel et al. (2012): Veränderungsprozesse – Ein integratives Paradigma, Frankfurt a. M. (Brandes und Apsel)
- Streeck-Fischer, Annette(2007): Narzisstische Persönlichkeitsentwicklungsstörung, in: Hopf Windaus (Hg.): Lehrbuch der Psychotherapie, Band 5, München 2007
- Wolf, Ernest S. (1998): Theorie und Praxis der psychoanalytischen Selbstpsychologie, Frankfurt a. M., Suhrkamp
- Zulliger, Hans (1991): Heilende Kräfte im kindlichen Spiel, Frankfurt a. M., Fischer