

Exzerpt: Das Klein-Bion-Modell;

aus: Fonagy, P. (2001). *Bindungstheorie und Psychoanalyse*. Klett-Cotta; Kap. 6: S. 90-101.

Nach **Melanie Klein** verfügt die menschliche Psyche über **zwei Grundpositionen**, eine paranoid-schizoide und eine depressive Position (Klein 1935).

Bei der **paranoid-schizoiden Position** ist die Beziehung zum Objekt (zur Betreuungsperson) eine Beziehung zu einem Teilobjekt, gespalten in eine verfolgende und eine idealisierte Beziehung, und auf ähnliche Weise ist auch das Ich (das Selbst) gespalten.

Das paranoid-schizoide Über-Ich ist gespalten zwischen dem extrem idealisierten Ich-Ideal, das durch die Erfahrung narzißtischer Allmacht gekennzeichnet ist, und dem extrem verfolgenden Über-Ich der paranoiden Zustände.

Bei der **depressiven Position** besteht eine Beziehung zu einem integrierten Elternbild, das sowohl geliebt als auch gehaßt wird. Das Individuum erkennt seine destruktiven Wünsche gegenüber dem Objekt. Das bringt eine gewisse charakteristische Traurigkeit mit sich, doch dem entspricht auch ein stärker integriertes Ich.

In der depressiven Position ist das Über-Ich ein verletztes Liebesobjekt mit menschlichen Zügen.

Nach Klein (1957) stellt ein **früher, primitiver Neid** eine bestimmte böartige Form angeborener Aggressivität dar. Bei kleinianischen Konzepten steht die angeborene Destruktivität des Kindes nach wie vor im Mittelpunkt.

Das Konzept der **projektiven Identifikation** steht im Mittelpunkt des Entwicklungsmodells von Klein (1946). Nach der klassischen Projektionstheorie werden Impulse und Wünsche eher als Teil des Objekts denn als Teil des Selbst gesehen, und Identifikation impliziert, daß beim Objekt wahrgenommene Eigenschaften dem Selbst zugeschrieben werden; dagegen umfaßt die projektive Identifikation die **Externalisierung von »Ich-Segmenten« und den Versuch, Kontrolle über diese ungewollten Besitztümer zu gewinnen**, indem häufig äußerst manipulative Verhaltensweisen gegenüber dem Objekt eingesetzt werden.

Die projektive Identifikation ist also ein interaktiveres Konzept als Projektion und die Identifikation. Melanie Klein (1957) sah in der projektiven Identifikation eine unbewußte infantile Phantasie, durch die das Kind seine negativen Erfahrungen lokalisieren konnte, indem es sie von seiner Selbst-Repräsentanz (**Spaltung**) trennte und zu einem Teil seiner Vorstellung eines bestimmten Objekts machte. Nach dieser Auffassung ist das kleine Kind fest davon überzeugt, daß seine abgelehnten **unbewußten Wut- oder Schamgefühle** in der Mutter existieren. Durch subtile, aber wirkungsvolle Verhaltensweisen lockt es möglicherweise eine Reaktion hervor, die ihm bestätigt, daß es kritisiert oder verfolgt wird. Auf diese Weise kann die Vorstellung von einer **magischen Kontrolle über das Objekt** entstehen. Die projektive Introjektion ist also kein wahrhaft innerer Prozeß; sie erfaßt und verwirrt das Objekt, das sie möglicherweise als Manipulation, als Verführung oder irgendeine andere Form psychischen Einflusses erlebt.

Nach Spillius (1994) bezieht sich der Begriff **evokative projektive Identifikation** auf Fälle, in denen der Empfänger einer projektiven Identifikation unter Druck gesetzt wird, damit er die Gefühle entwickle, die zur Phantasie des Projizierenden passen.

Wilfred Ruprecht **Bions** (1959, 1962) überarbeitetes Konzept der projektiven Identifikation in der Kindheit ging davon aus, daß der Säugling, überwältigt von äußeren Eindrücken, einen anderen Menschen (einen **psychischen Container**) braucht, der in der Lage ist, diese Erfahrungen zu akzeptieren, in sich aufzunehmen und ihnen Sinn zu verleihen. Nach dieser Auffassung bildet sich eine massive Abwehrstruktur, wenn diese Funktion des **»Haltens psychischer Zustände«** scheitert und die Fürsorgeperson die starken Emotionen, die das Kind übermittelt, nicht bestätigt und widerspiegelt. Die Mitteilungen des Kindes sollen Gefühle wecken, die das Kind bei der Mutter loswerden will. Aus

kleinianischer Warte bedeutet feinfühliges Fürsorge, daß die Betreuungsperson die seelische Erfahrung des Kindes aufnehmen und in umgewandelter (**»metabolisierter«**) Form zurückgeben kann, indem sie die überwältigenden Gefühle durch ihre emotionale Reaktion und durch körperliche Zuwendung abschwächt. Fähige (sichere) Betreuungspersonen sind wahrscheinlich in der Lage, solche Gefühle zu erleben und sie in eine tolerierbare Form zu verwandeln. Dazu gehört, daß sie den unerträglichen Affekt spiegeln und diese **Spiegelung** zugleich mit emotionalen Signalen mischen, die anzeigen, daß sie die Gefühle »halten«, das heißt unter Kontrolle haben (Bion bezeichnete dies als **Alpha-Funktion**). Der Säugling kann sich mit den **projizierten Inhalten** auseinandersetzen, sie akzeptieren und internalisieren und somit eine **erträgliche Repräsentanz** dieser emotionalen Interaktionsmomente mit der Fürsorgeperson schaffen. Nach Meinung von Bion internalisiert der Säugling mit der Zeit die Funktion der **Transformation** und erwirbt die Fähigkeit seine eigenen negativen Gefühle zu halten oder zu regulieren.

Die Fähigkeit der Mutter zur »Träumerei« (**Rêverie**)* sorgt für den Erfolg des »Halten« durch die Alpha-Funktion (Bion 1967). Der nonverbale Charakter dieses Prozesses impliziert, daß die körperliche Nähe der Fürsorgeperson von zentraler Bedeutung ist.

[*Träumerisches Ahnungsvermögen, »**Rêverie** meint eine spezifische Offenheit beim Analytiker für die projektiven Identifikationen des Analysanden und ist selbst ein Ausdruck der sog. Alpha-Funktion des Analytikers. Ursprünglich ist sie eine Funktion der Mutter gegenüber dem Säugling und besteht in einer Fähigkeit, „welche die Sinneseindrücke in Alpha-Elemente umwandelt und somit die Psyche mit Material für Traumgedanken versorgt und zugleich mit der Fähigkeit, aufzuwachen oder einzuschlafen, bewusst oder unbewusst zu sein“ (Bion 1962, S. 231). Dadurch entsteht psychogenetisch eine erste Kontaktschranke, die einerseits die Wahrnehmung der äußeren Welt vor dem **Überschwemmt-Werden durch unbewusste Phantasien**, andererseits die inneren Gefühle vor einer Überwältigung durch realistische Sichtweisen schützt. Mit den Traumgedanken beginnt die Umwandlung von Sinnesreizen und -eindrücken zu emotionalen Erfahrungen. Sie ermöglichen eine erste **Frustrationstoleranz**, indem das träumerische Denken eine Haltefunktion beinhaltet. Der Analysand/der Säugling kann dadurch mit dem **abwesenden Objekt** ‚Analytiker/Mutter‘ innerlich in Verbindung bleiben und ein entsprechendes **Introjekt** entwickeln. Eine Störung der Alpha-Funktion verursacht durch das Kind oder die Mutter/durch den Analysanden oder den Analytiker führt zu einer Art **psychischer ‚Verdauungsstörung‘**, die nicht Alpha-, sondern **Beta-Elemente** produziert, die im Erleben als „unverdaute Fakten“ oder wie ein „Ding-an-sich“ (Bion 1990, S. 53) empfunden werden.« Zit. aus Grabska, K.: *Gleichschwebende Aufmerksamkeit und träumerisches Ahnungsvermögen (Rêverie)*. Forum Psychoanal (2000) 16: 247–260.]

Nach **Rosenfeld** (1964, 1971) sind narzißtische Zustände gekennzeichnet durch omnipotente Objektbeziehungen und Abwehrmechanismen, die die Identität und Getrenntheit des Objekts verleugnen. Er unterscheidet zwischen **»dünnhäutigem«** und **»dickhäutigem«** **Narzißmus**, und seine Beschreibung entspricht recht genau der Kategorie des **verstrickten** im Gegensatz zum **ablehnenden Bindungsmuster** (Main und Goldwyn 1995).

Im Fall des »dickhäutigen« Narzißmus oder eines ablehnenden Bindungsmusters ging Rosenfeld davon aus, daß der einzelne mit Hilfe des projektiven Identifikationsprozesses seine **eigenen wahrgenommenen Unzulänglichkeiten im Anderen »ablegt«**, den er dann abwertet, verleumdet und geringschätzen kann.

Im Fall des »dünnhäutigen« Narzißmus nahm Rosenfeld an, daß der Patient aufgrund seiner Abhängigkeit **eine unerträgliche Verletzlichkeit gegenüber dem Anderen empfindet**, was er immer wieder durch unprovokierte Wutanfälle gegenüber jenen, deren Verlässlichkeit seine eigenen Gefühle der Hilflosigkeit und Unzulänglichkeit zu verspotten scheinen, abzuwehren versucht. Diese Beschreibung paßt zur wütend-grollenden Subkategorie der verstrickten Bindungsklassifizierung.

Die erstgenannte Beschreibung verweist auf das ablehnende Bindungsmuster, bei dem der einzelne den Wert der Fürsorgeperson oder seine Abhängigkeit von ihr leugnet.

Diese Analogie ist vielleicht auch jenseits der deskriptiven Ebene von Bedeutung. Mehrere Kliniker haben auf die **Austauschbarkeit** von **»dünnhäutigen«** und **»dickhäutigen«** **Mustern** verwiesen (z.B. Bateman 1996).