

# Dynamische Psychiatrie

Begründet  
von  
Günter Ammon

Internationale Zeitschrift für Psychiatrie und Psychoanalyse

37. Jahrgang  
3.-4. Heft 2004  
ISSN 0012-740 X

# Dynamic Psychiatry

Heft 206/207



# Dynamische Psychiatrie / Dynamic Psychiatry

Internationale Zeitschrift für Psychiatrie und Psychoanalyse  
Organ der Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP), der  
World Association for Dynamic Psychiatry WADP, der  
Deutschen Gruppenpsychotherapeutischen Gesellschaft (DGG), der  
Deutschen Gesellschaft für Psychosomatische Medizin (DGPM), der  
Dynamisch-Psychiatrischen Klinik Mengerschwaike, der  
Deutschen Gesellschaft für Dynamische Psychiatrie (DGDP) und der  
Psychoanalytischen Kindergärten

37. Jahrgang, 3./4. Heft 2004, Nr. 206/207

Begründet von GÜNTER AMMON,

herausgegeben von MARIA AMMON unter Mitarbeit von:

F. ANTONELLI, Rom – L. BELLAK, New York – B. BUDA, Budapest – I. BURBIEL, München – A. CARMÍ, Haifa  
– R. EKSTEIN, Los Angeles – TH. FREEMAN, Antrim – A. GARMA, Buenos Aires – F. HANSEN, Oslo – I. JAKAB,  
Pittsburgh – M. M. KABANOW, St. Petersburg – M. KNOBEL, Campinas – A. LAMBERTINO, Parma – U.  
MAHLENDORF, Santa Barbara – A. MERCURIO, Rom – L. MILLER DE PAIVA, Sao Paulo – K. OKONOGLI,  
Tokio – M. ORWID, Krakau – J. F. PAWLIK, Warschau – V. S. ROTENBERG, Tel Aviv – D. SHASKAN, Los  
Angeles – J. B. P. SINHA, Patna – Y. TOKUDA, Tokio – H. VOLGER, Berlin – T. YAMAGUCHI, Tokio – K.-S. YIP,  
Hong Kong

## Inhalt/Contents

*Raymond Battegay*

Aktuelle psychoanalytische Konzepte des Narzissmus und deren therapeutische Bedeutung .....167

*Miri Keren; Ruth Feldman; Sam Tyano*

Using the Diagnostic Classification System DC 0-3 as an Integrative Multidimensional Formulation  
of Psychopathology in Infancy .....189

*Georg Kress; Thomas Bibler*

Die Entwicklung der visuellen Sprache - Erfahrungen aus der Maltherapie .....207

*Vlasta Stalekar; Sanja Borovecki-Jakovljević*

Unsuccessful Separation from a Symbiotic Family Reflected in Group Psychotherapy in the  
Day Hospital .....241

*David Zurabashvili; Irakli Burduli*

Destructive Social Energy in the Formation of Terrorism .....254

News / Nachrichten

Zum gegenwärtigen Stand der klinischen Bindungsforschung - Bericht vom 26. Ulmer Workshop  
zur empirischen Forschung in der Psychoanalyse .....264

News / Nachrichten

25 Jahre Klinik Mengerschwaike, München - Jubiläumsfeier am 25. Juni 2004 .....271

News / Nachrichten

»Tag der Offenen Tür« in der Klinik Mengerschwaike, München .....281

Announcements / Ankündigungen .....283

Impressum .....286

## Aktuelle psychoanalytische Konzepte des Narzissmus und deren therapeutische Bedeutung

Raymond Battegay (Basel)\*

Whereas Sigmund and Anna Freud have directed their attention preponderantly towards the genital development of children and adolescents and correspondingly towards the Oedipus- and the Castration-Complex, it was Heinz Kohut who gave to Self-psychology a new consideration. With the direct observation of new-borns and infants especially by Daniel Stern and Myriam Szejer it was confirmed, how important the empathy and emotional warmth of mother or a replacing person for the healthy development and specially for the deployment of their self-esteem is. If mother's or a replacing person's attention lacks emotional warmth, if she is overprotective or if she gives to the child only then an assuring sign, when it fulfils her expectations, the concerned individual remains without psychotherapy throughout its life narcissistically disturbed. It remains then dependent from compensations: the grandiose self, mirror relations and fusion (in the phantasy) with idealised parents or replacing objects. The characteristics of narcissistic disturbances or disturbances with constituents of it and the value of psychotherapy in the different psychiatric disorders are discussed.

SIGMUND FREUD (1926) und seine Tochter, ANNA FREUD (1936), sahen im Ich und seinen Abwehrmechanismen den Kern der Neurosenentstehung. Ihre Aufmerksamkeit war vorwiegend auf die genitale Entwicklung und entsprechend auf den Oedipus- und den Kastrationskomplex ausgerichtet. HEINZ HARTMANN (1964) war es in den 30er Jahren vorbehalten, das Verständnis der Ich-Funktionen zu erweitern und von einer »konfliktfreien Sphäre« zu sprechen, die der Anpassung an das soziale Umfeld diene. Damit erkannte er dem Ich auch kreative Potenzen zu, die zuvor bei der Charakterisierung der Ich-Funktionen weitgehend vernachlässigt worden waren. Auch unterschied der Begründer der Psychoanalyse noch nicht das Selbst vom Ich. Für ihn war das Ich der Sitz des Narzissmus.

Er grenzte indes von einem primären Narzissmus, welchen er als ein normalpsychologisches Phänomen beschrieben hat und in einer narzisstischen Besetzung der eigenen Person bestehe, einen sekundären Narzissmus ab. Dieser sei das Resultat von Abwehrmechanismen, welche in dem Rückzug der Libido vom Objekt auf die eigene Person resultiere.

HEINZ HARTMANN (1964) betrachtete das Selbst als die Gesamtheit der Person, und er sagte, dass der Narzissmus die libidinöse Besetzung nicht des Ich, sondern des Selbst darstelle. FETSCHER (1985) hat sich dieser Ansicht angeschlossen und ausgeführt, dass die Ganzheit der Person durch den Begriff des Selbst repräsentiert werde. EDITH JACOBSON (1964) sieht im Selbst eine differenzierte und organische Gesamtheit, da es getrennt und unterschiedlich von der Umgebung in Erscheinung trete. Wenn diese spezifische Gesamtheit sich ihrer bewusst werde, erhalte diese Bewusstheit in der persönlichen Erfahrung eine individuelle Identität, das Gefühl des Selbst. Für OTTO F. KERNBERG (1975, 1980, 1984) stellt das Selbst eine intrapsychische Struktur dar, welche durch die Summe der Selbstrepräsentanzen gebildet werde, die in naher Verbindung mit der Summe der Objektrepräsentanzen stehe. Er schlug entsprechend vor, das Selbst als eine intrapsychische Struktur zu verstehen, die im Ich ihren Ursprung habe und dort auch klar eingefügt sei. Wenn man das Selbst in dieser Weise konzeptualisiere, stehe man der Auffassung FREUDS nahe, der darauf insistiert habe, dass das Selbst und das Ich unauflösbar miteinander verbunden seien. Die libidinöse Besetzung des Selbst stehe in Beziehung zu der libidinösen Besetzung der Repräsentanzen von signifikanten anderen. Alle diese Besetzungen ständen miteinander in Relation und verstärkten sich gegenseitig (KERNBERG, 1984 S. 230).

Mit dieser Ansicht steht KERNBERG nicht fern von MARGARET MAHLER (1968), welche das Ich nicht vom Selbst differenziert. GRUNBERGER (1971) sieht das Selbst als einen Teil des Ich an, der in ständiger Dialektik mit dem triebhaften Anteil des Ich stehe.

Dabei verwendet er die Begriffe Selbst und Narzissmus weitgehend synonym. Wenn in der Psychoanalyse ein Idealzustand angestrebt werden sollte, so wäre es nach GRUNBERGER »die gelungene Synthese von Trieben und Narzissmus innerhalb des Ich« (Seite 38).

HEINZ KOHUT (1971, 1977) hat die psychoanalytische Theorie des Narzissmus wohl am meisten beeinflusst. Er hat im Selbst bzw. in dem das Selbst ausmachenden Narzissmus die zentrale Repräsentanz des Menschen gesehen, welche ihm seine Richtung, seine Identität und seine Selbstrepräsentation gebe. In seinem 1971 erschienenen Buch »The Analysis of the Self« sah er das Selbst als die zentrale Repräsentanz des Individuums an, die Ich, Es und Über-Ich sowie dem Körper das Gefühl gibt, eine lustvoll erlebte Einheit zu bilden, und ihm eine dauerhafte Richtung weist. Es ist jene Repräsentanz, die dem Individuum den Eindruck vermittelt, bei allen Veränderungen, die es erfährt,

gestern, heute und morgen das gleiche und ein ganzes Zusammengehöriges zu sein, sowie eine unveränderte Subjektivität zu besitzen. In seinem zweiten Buch »The Restoration of the Self«, das 1977 erschienen ist, glaubte er, die Selbstpsychologie gänzlich von der Ich-, Es-, Über-Ich-Psychologie trennen zu müssen. Ich halte diese Unterteilung für fragwürdig, da wir eher zu einem integrativen psychoanalytischen Modell des Narzissmus kommen sollten, als zu unterschiedlichen Konzepten, die nicht miteinander in Übereinstimmung zu bringen sind.

In meinem Buch »Narzissmus und Objektbeziehungen. Über das Selbst zum Objekt« (BATTEGAY, 1991) verwende ich den Begriff Narzissmus mit demjenigen des Selbst synonym und sehe seine Funktion darin, dem Ich und ebenso dem Es und dem Über-Ich wie auch dem Körper die narzisstische Besetzung, heute würde man vielleicht sagen die narzisstische Information, zu verleihen, welche es dem Individuum ermöglicht, die verschiedenen psychischen Instanzen (Ich, Es, Über-Ich) und das Soma als eine ihm zugehörige, ihm eigene Ganzheit zu erleben. Die narzisstische Besetzung des Ich gibt dem Menschen das Selbstbewusstsein und das Gefühl der lustvollen Frische und Aktivität, und, falls sie dauerhaft aufrecht erhalten werden kann, der Kontinuität. Auch ist, nach meinen Beobachtungen zu schließen, die Basis einer Objektbeziehung immer eine narzisstische. Bei der Begegnung mit einem Objekt, selbst wenn es ein bekanntes ist, besteht im Moment keine andere Wertungsmöglichkeit als das Eigenerleben, weil die Befindlichkeit eines/einer anderen nie von vornherein ermessen werden kann. Das Objekt wird demnach primär vorwiegend gemäß der Selbstrepräsentanz beurteilt, wobei frühere Erfahrungen mitwirken, die in den Objektrepräsentanzen niedergelegt sind. Bei einer Beziehungsaufnahme oder -wiederaufnahme wird demnach das Selbst auf das Objekt ausgedehnt. Mit anderen Worten: Es wird in der Phantasie eine Fusion mit dem Objekt vollzogen. Ohne ein Mindestmaß einer fusionären Vorstellung kann eine Beziehung zu einem Objekt nicht aufgenommen werden. Wie erwähnt, wirken indes frühere Objekterfahrungen immer mit, so dass die Fusionsvorstellung normalerweise eine gewisse Korrektur erfährt. Das Wesentliche scheint mir aber, dass auch bei psychisch Gesunden zeitlebens eine Bereitschaft zu einer narzisstischen Fusion in deren Phantasie besteht. Nach diesem Konzept stimmt in der erwähnten Basisbeziehung narzisstische Libido und Objektlibido überein. Auf dieser Grundbeziehung bauen sich dann komplexere Relationen zu anderen Menschen und unbelebten Objekten auf. Es ist von diesem psychoanalytischen

Konzept aus gesehen nicht so, dass ein Individuum von vornherein eine differenzierte Objektbeziehung zu einem anderen Menschen entwickelte und damit gleich eine kreative aktive Ich-Leistung vollzöge, sondern vorgängig geht die gleiche, verschmelzende, archaische Beziehung vor sich, die einmal in der frühen Kindheit als Symbiose zwischen Mutter und Kind (MARGARET MAHLER, 1968) die einzige Verbindung zur Objektwelt darstellte. Es wird also bei einer Begegnung mit einem Mitmenschen in der Phantasie zeitlebens jenes archaische narzisstisch-fusionäre Beziehungsmuster wieder aufleben, das wir von der frühen Kindheit als Mutter-Kind-Symbiose kennen. KOHUT (1971) spricht in diesem Zusammenhang von einer narzisstischen, idealisierenden Besetzung des Objektes, zum Beispiel der Mutterbrust oder der Mutter als Ganzes. Gegen Ende dieses Stadiums erfolgt dann immer noch eine Idealisierung des Selbst-Objektes Mutter und/oder Vater, bei der zwar das Objekt schon separat vom Kind erlebt werden kann, aber doch noch sehr stark Züge des eigenen Selbst erkennen lässt, das auf das Objekt ausgedehnt wird. Aus der Sicht von KOHUT (1971, 1977) deutet aber das Fortbestehen dieser narzisstischen Besetzung des Objektes bei einem Erwachsenen darauf hin, dass bei ihm eine Störung im Bereiche des Selbst vorliege, eine »narzisstische Persönlichkeitsstörung« oder, wenn sie begleitet ist von einem fragmentationsbereiten Ich, mit entsprechender Neigung zu kurzzeitigen psychotischen Durchbrüchen, eine »Borderline-Persönlichkeitstörung«.

Meinen Beobachtungen gemäß vollzieht sich indes bei allen Menschen, wenn sie anderen begegnen, auf einer archaischen Basis-Ebene vorerst eine narzisstisch-fusionäre Beziehung mit dem Objekt. Erkennen sie dann das Anderssein des Objektes, so tritt bei ihnen die sich darauf aufbauende archaische Ebene der aktiven Ich-Leistungen in Funktion, jene der projektiven Identifikation (MELANIE KLEIN, 1946). Es wird dabei meist die eigenen Aggressivität in ihnen Begegnenden gesehen. Ab circa dem 2./3. Lebensjahr umfassen die Objektbeziehungen immer mehr auch die Ebene der reiferen aktiven Ich-Leistungen, wie die Kreativität, die Abgrenzung von den Objekten, die reine Identifikation und Projektion, die Übertragung usw., die nicht wie FREUD (1926) und seine Tochter ANNA FREUD (1936) annahmen, nur der Abwehr dienen, sondern eine Abwehrfunktion übernehmen, wenn sich das Ich von innen oder außen bedroht fühlt.

Nach Ansicht der meisten neueren Autoren und insbesondere von KOHUT und mir selbst, entwickelt sich der Narzissmus beim Kind nur dann unauffällig, wenn die Mutter zu einer empathischen, kommunikativen, warmen

Zuwendung zum Kind fähig ist. Wie wir seit den Forschungen von STERN und BEEBE (1977) und STERN (1977) anhand von Beobachtungen an Säuglingen wissen, muss die Mutter ein Gespür für die mimischen Signale und den Augenausdruck des Kindes entwickeln und entsprechend mit ihrem Blick und ihrer Mimik auf das Kind antworten können. Es ist demnach der Narzissmus dem Kind nicht einfach gegeben, sondern es muss eine entsprechende Anlage durch die Einwirkung der Mutter, unterstützt durch den Vater und/andere nahe Bezugspersonen, geweckt werden. Bekanntlich haben schon die Untersuchungen von RENÉ SPITZ (1954) ergeben, dass eine mangelnde emotionale Zuwendung, zum Beispiel bei Überbeanspruchung einer Betreuungsperson durch die Sorge für zu viele Säuglinge, zu einer emotionalen Deprivation und schließlich zu einer »anaklitischen Depression«, also einem Zustand, der der Depression der Erwachsenen ähnelt, zu Marasmus und bei längerer Dauer gar zum exitus letalis dieser Kinder führen kann.

ARNO GRUEN (1999) beschreibt anhand seiner Untersuchungen an Familien mit frühem plötzlichem Kindstod, unter Berücksichtigung der einschlägigen Literatur, die Umstände, welche jeweils dazu geführt haben könnten. Er zitiert BOYESEN (1981), dem eine erste Beschreibung des Wechselspiels der REM-Phasen des Schlafes mit der Nahrungsaufnahme und dessen mögliche Auswirkungen auf das Schlafmuster von Säuglingen zu verdanken ist. Daraus ergebe sich die Vermutung, dass die innere Einstellung der Mutter zu ihrem Kind auf dessen REM-Rhythmus einen entscheidenden Einfluss ausübe. Von dieser Einstellung hänge es ab, wieweit die Mutter die Bedürfnisse des Kindes erspüren könne, und in welchem Ausmaß sie seine REM-Phasen störe und unterbreche. Für den plötzlichen Kindstod hätten die Störungen wahrscheinlich deshalb Bedeutung, weil sie zu vermehrtem REM-Schlaf und einer Erhöhung der Aufwachschwelle führten, auch wenn dies auf sehr indirektem Wege geschehe. ARNO GRUEN zitiert ROFFWARD et al. (1966), die eine interessante Sequenz von Saugen und REM beschrieben: »Saugen im Schlaf kann ein Ausdruck von REM-Aktivität sein, aber bei physiologischem Hunger setzt er sich in der Nicht-REM-Phase fort.« GRUEN zitiert weiter ASERINSKY und KLEITMAN (1955), die berichtet haben, dass spontanes Aufwachen bei Säuglingen im allgemeinen zu Beginn von REM-Phasen auftritt. Wörtlich schreiben diese Autoren: »Wir haben dies bestätigt gefunden und zusätzlich beobachtet, dass sich das Aufwachen im allgemeinen in der REM-Phase ereignet, die auf den Durchbruch anhaltenden Saugens in einer Nicht-REM-Phase folgt. Sobald die Aktivität einen gewissen Schwellenwert

übersteigt, scheint das Einsetzen der REM-Phase zum Aufwachen zu führen«. Nach GRUEN legt diese Vermutung nahe, dass ohne vorhergehendes Saugen kein Aufwachen erfolgt. Das Ausbleiben des Saugens wiederum bedürfe einer Erklärung: Die bisherigen lebensgeschichtlichen Erfahrungen mit den Stimulierungen des Gefüttertwerdens und Saugens entscheide darüber, ob und inwieweit das Kind Saugbewegungen vollziehe. J. OLLSON zit. bei NAEYE (1980) habe bei seinen Forschungen in Naeyes Laboratorium festgestellt, dass die Stammhirnregion, die die Zunge kontrolliere, bei vielen Kindern, die plötzlich gestorben seien, einen signifikanten Mangel an Neuronen aufweise. GRUEN hält es nun für denkbar, dass zwischen einem solchen Mangel und den Möglichkeiten des Kindes, sein Saugbedürfnis zu befriedigen, ein Zusammenhang bestehe. Es sei bekannt, dass ein Mangel an sensorischer Erregung die neuronale Gehirnstruktur ändere (FREEMAN et al., 1972, WALLACE, 1974). Nach den zitierten Autoren kommt also der Gelegenheit, die die Mutter ihrem Säugling zum richtigen Saugen gibt, eine erhebliche Bedeutung zu. Es könne das verstärkte Saugen sein, das einem Säugling helfe, aus dem REM-Schlaf aufzuwachen, wenn die Atmung zu versagen drohe. In den Armen der Mutter - oder des Vaters - gehalten zu werden und damit liebevolle Geborgenheit zu erfahren, schaffe die notwendigen Bedingungen für richtiges Saugen. Wieder zitiert GRUEN den Autor BOYSEN, der Folgendes schreibt: »Etwa eine Stunde lang bei jedem Füttern - insgesamt vielleicht fünf oder sechs Stunden am Tag - kann das Neugeborene dieses Gebiet des Stammhirns einüben.« Falls dies die Voraussetzung für das Aufwachen aus einer REM-Phase ist, so kann eine Schwächung dieser Voraussetzungen die Fähigkeit zum Aufwachen beeinträchtigen. Damit sei die Gefahr verbunden, dass es nicht mehr richtig atme und schließlich sterbe. Die Ausführungen von GRUEN und der von ihm zitierten Forscher weisen darauf hin, wie wichtig die Mutter-Kind-Beziehung für die Selbstwerdung des Kindes und für die Überlebensfähigkeit des Säuglings ist. Es ist ja einem Kleinkind im ersten Lebenshalbjahr nicht einmal die Wärmeregulation selbst möglich. Es bedarf dazu im wahrsten Sinne des Wortes der Erwärmung durch die Mutter und/oder den Vater.

GRUEN bemerkt, dass bei den entsprechenden Müttern häufig eine ablehnende Haltung gegenüber den Kindern aufgefallen sei, die im Säuglingsalter an plötzlichem Kindstod verstorben seien. Man dürfe annehmen, dass die Erfahrung von Kleinkindern, abgelehnt zu sein, in der Bevölkerung häufig sei und damit auch die Tatsache, dieses Erleben im REM-

Schlaf verarbeiten zu müssen. Damit sei die Gefahr gegeben, dass die Kinder in der Nicht-REM-Phase wie auch in der daran anschließenden REM-Phase des Schlafes zu wenig saugten und damit nur verzögert oder gar nicht aufwachten und stürben. Der Autor führt aber selbst aus, dass mit den erwähnten Überlegungen nicht behauptet werden solle, die ablehnende Haltung der Mutter - oder des Vaters - gegenüber ihrem Säugling sei die Ursache des plötzlichen Kindstodes. Vielmehr nehme er an, dass eine solche Haltung die Anfälligkeit für den plötzlichen Kindstod fördere, sofern die Ablehnung unbewusst erfolge. Der schließlich sich ergebende plötzliche Kindstod hänge von einer Verkettung von Umständen ab. Da dieser überwiegend während des REM-Schlafes erfolge, dürfte dabei indes eine entscheidende Rolle spielen, wie das Kind seine Mutter am Tag erlebt habe.

In ihrem 1997 auf französisch und im Jahre 2000 auf deutsch erschienenen Buch »Platz für Anne, die Arbeit einer Psychoanalytikerin mit Neugeborenen« schildert die Autorin MYRIAM SZEJER wie sie in der Entbindungsstation der Bécélère-Klinik in Paris mit Kindern, die zwar nicht zu früh geboren wurden, jedoch unterentwickelt waren, und mit untergewichtigen Frühgeborenen, sowie mit deren Müttern und Vätern arbeitete. Sie macht darauf aufmerksam, dass Kinder in der Lage sind, die Stimme ihrer Mutter mit jener zu identifizieren, die sie während der Schwangerschaft, verzerrt durch die Trennwand der Bauchhöhle, gehört haben. Ebenso seien sie fähig, die Stimme des Vaters oder des Mannes wiederzuerkennen, der an der Seite der Mutter gewesen wäre und nahe bei ihrem Bauch gesprochen oder sich direkt an das Kind gewendet habe. Sie führt Autoren wie T. B. BRAZELTON (1979), M.-C. BUSNEL (1992) an, die beobachtet hätten, dass körperliche Bewegungen aufgetreten seien, wenn die Mutter zu ihrem neu geborenen Kind zu sprechen begonnen habe. So habe sich jedes Mal eine Verlangsamung des Herzschlags oder eine Zunahme des Saugreflexes ergeben, wenn sie zu reden angefangen habe.

Frau SZEJER führt Fälle an, von denen sie durch die Mutter beispielsweise gehört habe, dass ihr neugeborenes Kind nicht richtig getrunken habe und offenbar nicht lebensfähig sei. Eine Mutter sagte, sie habe schon drei Aborte durchgemacht. Offenbar sei ihr nicht vergönnt, Kinder zu haben. Die Psychoanalytikerin sprach zuerst eingehend mit ihr und konnte ihr klar machen, dass sie das Recht habe, ein Kind groß zu ziehen, und sie begab sich danach zu diesem. Frau SZEJER erzählte nun dem Kleinkind, dass die Mutter vor ihm drei Kinder früh verloren und befürchtet habe, sie könne nun auch es verlieren.

Doch habe sie nun eingesehen, dass sie sich auf das Kind freuen dürfe. Sie sei glücklich, in ihm jetzt ein Kind zu haben, das sie aufziehen könne. Die Mutter konnte sich in der Folge voller Zuversicht zum Kind begeben und ihm sprachlich ihre Freude an seiner Geburt und an seinem Werdegang mitteilen. Anhand zahlreicher weiterer Neugeborener konnte Frau SZEJER aufzeigen, dass ihr Sprechen mit den Kindern deren Mangelentwicklung unterbrechen und auch den Müttern und Vätern neuen Mut einflößen konnte. Bei einem Kind, dessen Zwillingsgeschwister ungefähr in der Hälfte der Schwangerschaft abgestorben war, zeigte sich, dass es nach der Geburt nicht trinken und in den folgenden Tagen nicht gedeihen wollte. In Gesprächen der Psychoanalytikerin mit der Mutter und insbesondere mit dem Säugling sagte sie, dass es zwar traurig sein dürfe, weil es das Geschwisterchen verloren habe, jedoch werde es durch sein Leben der Mutter und dem Vater viel Freude bringen. Das Kind soll bald nach dem Gespräch besser getrunken und sich gesund entwickelt haben. Frau SZEJER stellt nun selbst fest, dass man natürlich einwenden könne, ein neugeborenes Kind vermöge doch die Sprache nicht zu verstehen und bestenfalls die Absichten der sprechenden Person, den Klang der Stimme, den Tonfall, die Betonung der Worte usw. zu erkennen. Es dürfte indes an der Qualität der entsprechenden Kommunikation der Mutter mit dem Säugling liegen, ob es sich beachtet, angenommen und geborgen fühlt.

Wie Frau SZEJER ausführt, ist seit den achtziger Jahren experimentell nachgewiesen, dass Neugeborene in der Lage sind, ein Wäschestück, das nach der Mutter riecht, olfaktorisch zu erkennen, während sie sich durch andere nicht als angezogen erweisen. Säuglinge werden durch ein mütterliches Wäschestück beruhigt, wenn sie aus irgendwelchen Gründen zum Zwecke medizinisch notwendiger Maßnahmen für Stunden oder gar, wie im Brutkasten, länger von der Mutter getrennt werden müssen. Die Babies drängen offenbar nicht nur deshalb an die Mutterbrust, weil sie Nahrung begehren, sondern auch, um den Duft der Mutter aufzunehmen, den Geruch ihres Körpers und ihrer Milch. Den Geruch und den Geschmack der Mutter sind die Neugeborenen naturgemäß vom Fruchtwasser gewohnt, so dass ihnen dadurch nach der Geburt auch die vertrauengebende Nähe der Mutter gesichert ist.

Im Lichte des aktuellen Narzissmuskonzeptes können wir entsprechend sagen, dass diese, durch die Körpersinne vermittelte Präsenz der Mutter zur Bildung des Selbst körperlich und damit auch psychisch entscheidend beiträgt. GRUNBERGER (1971) sieht den Ursprung des Narzissmus im intrauterinen

Pränatalleben, bei dem der werdende Mensch eine totale Versorgung erhalte. Der Fötus steht mit der Mutter nicht nur durch die Nabelschnur in Kontakt, sondern auch durch die Haut mit dem Fruchtwasser und genießt damit die mütterliche Körperwärme. Die Umweltwahrnehmung während des fötalen Lebens und auch während der ersten Lebenswochen, sicher bis zum Ende des ersten Halbjahres, geschieht wesentlich auch durch die Haut und, wie aus den bisherigen Ausführungen ersichtlich, nach der Geburt auch durch die sich entwickelnden Sinnesorgane. Wenn auch das junge Menschenkind in den ersten Lebenswochen und -monaten eine Befriedigung bei der Ernährung erfährt, und ein Leben ohne orale Zufuhr nicht denkbar wäre, sind die reale und affektive Umgebungstemperatur, ob ein Kind in »Wärme« oder »Kälte«, in einer warmherzig-bergenden oder aber in einer gefühlsmäßig kärglichen, kühlen Umgebung aufwächst, mindestens ebenso wichtige Umstände für die gedeihliche oder aber die gestörte Entwicklung eines Kindes. In meinem Buch »Narzissmus und Objektbeziehungen« (1991) habe ich in diesem Zusammenhang Folgendes vermerkt: »Davon, ob eine Mutter kühle oder warme Hände hat beim Heben des Kindes, ob sie es an ihren warmen Körper zu drücken vermag oder nicht, ob das Kind beim Gesäugtwerden - oder beim Flasche-reichen - die warme Mutterbrust, den warmen mütterlichen Körper verspürt oder nicht, wird es abhängen, ob es sich wohl oder in seinem Leben bedroht fühlt«.

Zu diesem Wohlfühlen kommen noch die anderen, durch die Mutter vermittelten Sinneswahrnehmungen hinzu, wie auch die Wahrnehmung des mütterlichen und väterlichen Gesichtes als vertraute Gestaltkonfigurationen. RENÉ SPITZ (1960) hat schon vor Jahrzehnten festgestellt, dass drei Monate alte Säuglinge bei Vorhalten einer Gesichtsmaske nur dann lachen, wenn sie das Gesicht als Ganzes darstellt. Fehlt daran beispielsweise die Nase, kann beim Kleinkind das Lachen nicht ausgelöst werden. Aber auch dann lächelt das Kleinkind bei Vorhalten der Maske nicht, wenn sie nicht in der sagittalen Achse bewegt wird. Also ist die - rhythmische - Bewegung für die Wahrnehmung des Kleinkindes ebenso wichtig wie die anderen aufgezählten Faktoren. Das Kind macht schließlich im Mutterleib alle durch die Mutter, zum Beispiel beim Gehen, vollzogenen Bewegungen mit. Es ist daher nicht zufällig, dass man, besonders in früheren Zeiten, das Kleinkind in eine Wiege legte und es damit rhythmisch bewegte.

Für die Entstehung eines kohärenten, gesunden Selbst und Selbstwerterlebens ist, zusammengefasst, also Folgendes entscheidend:

1. Das Erfahren körperlicher und gefühlsmäßiger Wärme, wohlwollender Zuwendung und Umsorgung, besonders in den ersten beiden Lebensjahren, auch bei der Ernährung, wenn diese an der Mutterbrust oder mittels der Flasche erfolgt.
2. Stimulation durch Aufmunterung des Kleinkindes, Reagieren auf Signale des Säuglings durch Aufleuchten der mütterlichen Augen, warmherziger-ermutigende Mimik der Mutter (positiver mütterlicher Response), Wechselspiel (Interplay) zwischen Mutter und Kind,
3. Bewegung: Rhythmische Bewegung des Säuglings, wie zum Beispiel beim Wiegen, rhythmische Darbietung der Objekte. Äußere Bewegung schafft innere Bewegtheit.
4. Darbieten von Gestaltkonfigurationen.

Da die Betreuung des Kindes in den modernen Ehen und Partnerschaften durch Mutter und Vater zum Teil gemeinsam, zum Teil alternierend erfolgt, gelten die erwähnten Betreuungsgrundsätze gleichermaßen für beide Elternteile.

Wie zuvor schon angetönt, bedarf das Kind der emotional und örtlich konstanten Nähe der Mutter und/oder des Vaters. BOWLBY (1975) und die beiden ROBERTSONS (1972) haben nachgewiesen, dass schon eine kurzzeitige, nur einige Tage dauernde Trennung von der Mutter in den ersten beiden Lebensjahren, wenn keine entsprechende Ersatzperson in die Lücke springt, bei späterer Erinnerung an die ursprüngliche Trennungssituation oder bei befürchteter erneuter Separation über längere Zeit, ja sogar auf Jahre hinaus zu trotzig-aggressivem Verhalten oder Ängsten beim Kinde führen kann. Die mangelnde oder vorhandene Gelegenheit des Kindes, seine Gefühle an die Mutter - und/oder an den betreuenden Vater - zu binden, entscheidet letztlich darüber, ob sich der Narzissmus des Kindes unauffällig oder nur insuffizient zu entfalten vermag.

Ohne genügenden Narzissmus, mit einem insuffizienten Selbst, gelingt es, weder das Ich, noch das Es oder das Über-Ich, noch den Körper narzisstisch zu besetzen. Ein(e) in seinem/ihrem Selbst Beeinträchtigte(r) fühlt sich oft als sich selbst entfremdet und vermag den Körper nicht lustvoll oder gar nur schmerzhaft zu erleben. Bei schweren Graden der *mangelnden narzisstischen Besetzung des Ich* ist der/die Betroffene bedrückt, depressiv, oder/und er/sie kann unter

Depersonalisationsgefühlen leiden. Meist werden diese Individuen auch durch Selbstentwertungstendenzen und oft durch Suizidtendenzen gequält.

*Eine ungenügende narzisstische Besetzung* des Es führt dazu, dass die daran Leidenden ihren Triebbereich nicht narzisstisch zu besetzen vermögen, so dass sie ihre entsprechenden Bedürfnisse schuldhaft erleben.

*Ist das Über-Ich nicht entsprechend narzisstisch besetzt*, so ist der /die Betroffene ständig harten Gewissensanforderungen ausgesetzt, denen er/sie nie zu genügen vermag.

*Bei ungenügendem Narzissmus* kann auch das Soma nicht lustvoll erlebt werden. Da es in diesem Fall nur ungenügend narzisstisch besetzt werden kann, können Schmerzsyndrome in den verschiedenen Organsystemen entstehen. Bei wenig entwickeltem Körper-Selbst (KOHUT, 1991) ist ein Mensch auch nur vermindert in der Lage, das, was in seinem Körper vor sich geht, zu spüren. Es besteht bei ihm eine Alexithymie (SIFNEOS, 1973), das heißt eine Unfähigkeit, seine Gefühle und insbesondere seine Körpergefühle zu lesen, zu erkennen. Dieser Umstand kann für ein Individuum im Falle der Krankheit eine Gefahr bedeuten, denn es nimmt damit oft auch akut auftretende Schmerzen nicht ernst und verleitet damit etwa den Arzt, den Schweregrad der Krankheitssymptome zu verkennen.

Der narzisstisch Beeinträchtigte versucht nicht selten, seine Minderwertigkeitsgefühle, seine Selbstentwertungsneigung zu überspielen, zu kompensieren. Dabei sind folgende drei Haupttendenzen zu erkennen:

#### 1. Die Fixierung an ein Größenselbst:

Es tritt eine Reaktivierung einer infantilen Größenvorstellung, einer magischen Omnipotenzphantasie bei den Betroffenen ein (MARGARET MAHLER, 1968). Sie sind an jenes kindliche Erleben fixiert, in dem sie fiktive Vollkommenheit und Macht in ihr Selbst verlegen, sich von der Außenwelt mehr oder weniger abwenden, der Unzulänglichkeiten zugeschrieben werden. Dabei treten verschiedene Formen des Größenselbst auf. In der Psychoanalyse dieser Menschen wird der Analytiker in der Regel als eine Erweiterung des grandiosen Selbst wahrgenommen. Solche Größenvorstellungen begegnet man indes nicht nur im Sprechzimmer des Psychotherapeuten. In den führenden politischen, wirtschaftlichen und akademischen Positionen dürften gehäuft solche Individuen zu finden sein. Dabei ist es ihnen offensichtlich gelungen, dank ihrer Intelligenz manche ihrer Größenvorstellungen zu

verwirklichen, doch ist es ihnen meist nicht geglückt, jene Zufriedenheit und Ausgeglichenheit zu erlangen, die nur bei konsistentem Selbst entstehen kann. Manche Schriftsteller oder Dichter dürften an einem mangelnden Selbstgefühl, einem insuffizienten Narzissmus leiden und deshalb zuweilen geneigt sein, sich in eine grandiose Phantasiewelt zu versetzen, die sie - Gott ähnlich - so gestalten können, wie sie wollen. HANS WYSLING (1982) schreibt in seiner Thomas-Mann-Studie mit dem Titel »Narzissmus und illusionäre Existenzform« unter anderem Folgendes: »Sein ganzes Leben erscheint von hier aus als Bemühung, in allen Lagen sein 'narzisstisches Gleichgewicht' zu wahren oder wiederzugewinnen. Das Schwanken zwischen Selbstüberschätzung und Minderwertigkeitsgefühl ist dabei besonders charakteristisch.«

2. Spiegelbeziehungen, bei denen der/die narzisstisch Gestörte die narzisstisch besetzten Objekte als seinem Größenselbst ähnlich oder gleich erlebt:

Dabei kommt es im Grunde zu einer Fusion in der Phantasie der Betreffenden mit einem Objekt, einer Bezugsperson. Das Objekt beziehungsweise der/die andere wird dann nicht mehr getrennt vom Subjekt erlebt, sondern als eine Erweiterung des eigenen Selbst. Zwar kommt es bei einer Beziehungsaufnahme, wie erwähnt, auch bei Gesunden zu einer narzisstisch-fusionären Basisbeziehung. Darauf bauen sich bei diesen aber differenziertere Beziehungsformen auf. Bei den narzisstisch Beeinträchtigten bleibt aber die Verbindung mehr oder weniger weitgehend auf dieser Stufe stehen.

Es kann aber auch dazu kommen, dass ein Individuum mit einer narzisstischen Störung eine Bezugsperson, beispielsweise den Analytiker, zwar als andere Person erlebt, die ihm aber im Rahmen seiner narzisstischen Bedürfnisse zu dienen hat.

*Ein international anerkannter Professor fiel immer wieder dadurch auf, dass er, wenn er an Kongressen sprach, sich zuerst auf eine Seite hin beinahe um 180 Grad drehen musste und danach auf die andere Seite. Dabei schaute er offensichtlich auf die Augen und die Gesichter der Anwesenden. Man gewann den Eindruck, dass er sich nur sicher fühlte, wenn er in deren Augen ein bestätigendes Leuchten und in ihren Gesichtern Zeichen der Anerkennung fand. Er war demnach sehr wenig selbstsicher, das heißt in seinem Selbst insuffizient und versuchte, sich durch Spiegelung in dem Anderen Anerkennung zu verschaffen. Diese Suche nach einer Spiegelung im Anderen kann sich auch in einer Psychoanalyse zeigen, so dass dann der Analysand - in seiner*

*Spiegelübertragung - glaubt, im Therapeuten gleichsinnige Regungen und Ansichten vorzufinden und enttäuscht ist, wenn er bei diesem kein bestätigendes Augenleuchten und keine anerkennende Mimik vorfindet. Ein solches Verhalten eines Erwachsenen gleicht auffallend dem »mirroring« von Säuglingen, die im Augenleuchten ihrer Mutter Wohlwollen, Ermunterung und Bestätigung suchen.*

### 3. Die Fixierung an ein idealisiertes Elternobjekt oder ein Ersatzobjekt:

Dabei verhält es sich meist so, dass Mutter und/oder Vater den Betreffenden entweder zu wenig Liebe oder aber eine verwöhnende Erziehung haben angedeihen lassen, die es verhinderte, dass sie ein eigenständiges Selbst zu entwickeln vermochten. Diejenigen, die zuwenig Zuwendung und Gefühlswärme erhalten haben, suchen dann, solange die Eltern leben, bei diesen noch die Bestätigung, die sie nie erfahren haben, indem sie sich auf deren Ideale ausrichten. Jene, die wegen Verwöhnung durch die Eltern keine Selbständigkeit zu erlangen vermochten, sind ebenso bemüht, nach deren Richtlinien zu leben, damit sie immer auf deren Wohlwollen zählen können. Es ist also oft so, dass Kinder, deren Eltern ihre Selbständigkeit behindert haben, diese idealisieren, während Mütter und Väter, die ihre Kinder zur Selbständigkeit erzogen und ihnen gewisse Frustrationen zugemutet haben, um ihr Selbstgefühl in einer gesunden Weise zu stärken, kaum idealisiert werden. Sie pflegen einen natürlichen Umgang mit ihnen und verkehren mit ihnen, getragen von gegenseitiger Achtung, von Gleich zu Gleich.

Menschen mit der erwähnten Fixierung an ein idealisiertes Objekt, also an die Eltern oder eine Ersatzperson, neigen dazu, sich immer wieder zu fragen, was diese bei einer fälligen Entscheidung denken. Dabei übernehmen sie in der Regel kritiklos die Ansicht der Eltern oder Ersatzpersonen. KOHUT (1971) spricht in diesem Zusammenhang, wie bereits angeführt, auch von Selbst-Objekten, da die entsprechend in ihrem Selbstwert Gestörten in ihrer Phantasie eine Fusion mit den idealisierten Anderen eingehen.

*Eine ca. 50jährige Frau, die mich wegen ihrer seit einigen Monaten bestehenden Depression aufsuchte, berichtete mir, dass ihr Vater sie immer als Versagerin hingestellt habe, so dass sie bereits im Kindergarten unter der Angst gelitten habe, den anderen Kindern nicht ebenbürtig zu sein. Ihre Verängstigung habe dazu geführt, dass sie auch in der Primarschule nur schlechte Leistungen erbracht habe. Der Vater habe keine Rube gegeben, bis er sie für eine Hilfsklasse angemeldet gehabt habe. Die Mutter*

*habe sich nie für sie gewehrt. Erwachsen geworden, habe sie dann jahrelang in einem grossen Verteilerunternehmen gearbeitet, und ihre Vorgesetzten seien stets zufrieden mit ihr gewesen. Sie habe relativ jung geheiratet, und ihr Ehemann, der in einem kleinen Unternehmen eine führende Stellung bekleide, sei sehr verständnisvoll ihr gegenüber. Er wurde offenbar zu ihrem idealisierten Vaterersatzobjekt. Ihr einziges Kind, ein Sohn, sei erwachsen, habe einen guten Beruf und sei verheiratet. Und doch sei sie nun bedrückt, wobei sie nicht wisse, weshalb. Vielleicht sei sie auch deshalb depressiv, weil sie nicht mehr arbeite. Sie habe nur wenige Freundinnen, da sie sich bei der Begegnung mit anderen Frauen oft als minderwertig fühle. Bei der ersten Besprechung mit mir, stellte sich indes heraus, dass sie, allerdings im Dialekt, über eine sehr differenzierte Sprache verfügte und ebenso komplexen Gedankengängen zu folgen vermochte. Sie war also keineswegs unintelligent oder gar debil. Ich sagte ihr anlässlich dieser Erstkonsultation, dass sie über einen bemerkenswerten Wortschatz verfüge und sehr gut verständlich zu sprechen vermöge. Sie hellte bei meinen Aussagen merklich auf und fragte, ob ich ihr parallel zur Psychotherapie ein Antidepressivum verschreiben würde. Ich war dazu bereit und verordnete ihr 75 mg Venlafaxin (Efexor R) retard einmal täglich. Bereits bei der zweiten Konsultation, die ich auf den zehnten Tag nach der ersten ansetzte, berichtete diese Frau, dass es ihr gut gehe und auch ihr Selbstgefühl viel besser sei als zuvor. Sie gab zu verstehen, dass sie, auch unterstützt durch ihren Gatten, trainiere, sicher aufzutreten. In der dritten Konsultation gab sie mir voller Stolz einen selbstgebackenen Brotlaib und bemerkte, dass sie gerne koche und nach eigenen Rezepten Speisen herstelle. Ich liess natürlich meine Freude daran erkennen, dass es ihr besser ging und sie aus der Depression aufgehellt war. Auch bemerkte ich, dass sie sich durchaus mit anderen Frauen messen dürfe. Dabei muss ich sagen, dass ich wirklich angenehm überrascht war, dass diese Frau, die so sehr unter ihrem Minderwertigkeitsgefühl gelitten hatte, nun darüber hinweggekommen war, wobei, neben der Psychotherapie, wohl auch das Antidepressivum mit zum - wenigstens vorläufig - guten Resultat beitrug. Doch dürfte eine idealisierende Vaterübertragung auf den Therapeuten zu dieser Besserung ihres Befindens beigetragen haben.*

Diese Frau, die in ihrer Kindheit nur Herabwürdigung und Lieblosigkeit erfahren hatte, war zutiefst narzisstisch gestört. Es bedurfte bei ihr indes keiner Langzeitanalyse. Sie wäre durch den dafür notwendigen Einsatz überfordert gewesen. Die Möglichkeit, auf ihren älteren Therapeuten eine idealisierende Vaterübertragung zu vollziehen, hat ihr geholfen, ihre Selbsterniedrigung zu überwinden. Wir wissen zwar nicht, wie lange der Erfolg der Therapie andauert. Er kann wohl nur dann aufrecht erhalten bleiben, wenn sie noch

längere Zeit in lockerer Folge den Therapeuten immer wieder aufsuchen kann. Dermaßen in ihrem Selbst beeinträchtigte Menschen bedürfen einer auf ihre narzisstische Störung ausgerichteten, analytisch orientierten Psychotherapie. Im Wesentlichen muss diese mit einer unmittelbaren, frühzeitigen Deutung der Störung ihres Selbst oder, sofern die Patienten schon allein um ihr geringes Selbstwertgefühl wissen, mit einer Besprechung dieses Umstandes und dessen Auswirkungen beginnen und mit einer weiteren Stützung ihres Selbst über längere Zeit fortgesetzt werden. Liegt indes bei einem jüngeren Menschen eine schwere narzisstische Störung vor, die sein ganzes Leben beeinträchtigt und zu stets neuen Erniedrigungserlebnissen führt, muss eine eigentliche Psychoanalyse begonnen werden, die bei diesen narzisstisch Gestörten gegenüber dem klassischen Verfahren einiger Modifikationen bedarf.

Es stellt sich nun die Frage, welche narzisstischen Störungen wir kennen. Dabei muss uns allerdings bewusst werden, dass jegliches Kranksein, zum Teil sekundär, das Selbstgefühl beeinträchtigt. Schon eine banale Grippe kann unser Selbstbewusstsein, zumindest vor dem akuten Ausbruch der Krankheit, während ihrer Dauer und unmittelbar nach ihrem Abklingen in Frage stellen. Wenn ich von den eigentlichen narzisstischen Störungen spreche, so meine ich jene, bei denen das Selbst, das Selbstgefühl, zentral betroffen ist, und die alle die entsprechenden Symptome oder einen Teil davon in mehr oder weniger starker Ausprägung aufweisen:

1. *Die narzisstische Persönlichkeitsstörungen* im Sinne von Kohut (1971/1977): Sie entsprechen voll und ganz dem geschilderten Symptomenbild und Verhalten der narzisstisch Gestörten. Dabei verfügen die Betroffenen über ein wohl funktionierendes Ich, aber nur über ein ungenügend entwickeltes Selbst. Im Unterschied zu Individuen mit Übertragungsneurosen (FREUD, 1916/1917), die den Analytiker beziehungsweise Psychotherapeuten als ein getrennt von ihnen existierendes Objekt wahrnehmen, vermögen diese Menschen vorerst keine echte Beziehung zu ihrem Therapeuten zu entwickeln. Sie sind höchstens in der Lage, ihn als idealisiertes Selbst-Objekt, das heißt als eine fusionsbedingte Erweiterung ihres - kompensatorischen - Größenselbst oder aber als Spiegelbild ihrer selbst, beziehungsweise als ein Objekt, in dem sie sich spiegeln, aufzufassen. Solchen Patienten kann im Rahmen einer Analyse nicht in der Art und dem Maße versagend gegenüber getreten werden wie Übertragungsneurotikern. Es müssen solche Patienten anfänglich vor allem

eine positive Anteilnahme des Therapeuten erfahren. Auch muss in diesen Fällen den Betreffenden gewährt werden, sich dem Psychotherapeuten gegenüber zu setzen, statt auf einer Couch zu liegen, um ihnen den Blickkontakt zu ihm zu ermöglichen. Es ist damit nicht gemeint, dass diese Patienten banal und ständig bestätigt werden sollen. Sie benötigen vielmehr die ermutigende Präsenz des Behandelnden, die es ihnen erleichtert, eine gewisse Selbstbestätigung zu erfahren.

2. *Borderline-Persönlichkeitsstörungen* sind in erster Linie dadurch charakterisiert, dass bei ihnen eine Ich-Pathologie besteht (Kernberg; 1975/1980/1984). Die davon betroffenen Menschen können die verschiedenen Seiten ihres Ich nicht in eine Ganzheit einbinden, da bei ihnen eine Ich-Fragmentationstendenz besteht. Begegnet man ihnen zu verschiedenen Zeiten, so können sie immer wieder anders erscheinen. Auch sind sie nicht in der Lage, ihre Impulse zu kontrollieren. Sie leiden unter mannigfaltigen Ängsten, weisen aber auch phobische und zwanghafte Züge auf. In Momenten, in denen die innere oder äußere Situation sie belastet und/oder sie andere Menschen als ihnen bedrohlich nahe erleben, verlieren sie - aus Angst vor dem Ich- und Selbstverlust - jegliche Kontrolle über sich, obschon oder gerade weil ihre Abwehr sehr starr ist. Auf der einen Seite sind sie höchst vulnerabel, auf der anderen Seite sind sie infolge schon früh einsetzender Abwehr dieses Umstandes nicht imstande, ihnen entgegengebrachte Liebe als solche wahrzunehmen. Es entsteht damit beinahe zwangsläufig ein narzisstisches Defizit mit einer erheblichen Kränkungstendenz und daraus folgenden Wutausbrüchen und Rachegefühlen. Sie neigen ganz besonders zu einer kompensatorischen Wiederbelebung eines kindlichen Größenselbst und viel stärker als die Patienten mit narzisstischen Persönlichkeitsstörungen im KOHUT'schen Sinne, zur extremen Fusion in ihrer Phantasie mit einem Selbstobjekt, so dass sie schwer aggressiv werden können, wenn sie die Realität anders erleben, als ihre Vorstellungen es ihnen nahe legen. Es besteht bei ihnen zusätzlich eine Tendenz zur projektiven Identifikation mit einer Ortung der eigenen Aggressionen im Objekt und daraus folgender »Einfühlung« in dessen vermeintliche Aggressivität. Aus Angst kommt es bei ihnen deshalb zu einem Kampf-/Fluchtverhalten. Bei der Behandlung der Borderline-Persönlichkeiten gilt es vor allem, die oft äußerst gespannten Beziehungen zu den Objekten zur Sprache zu bringen und sie zu klären versuchen. Die infolge von extremen Fusionstendenzen, projektiver Identifikation und oft ungenügender Ich-

Abgrenzung, sowie mangelndem Realitätsbezug belasteten Objektbeziehungen verlangen vom Psychotherapeuten, wie KERNBERG et al. (1972/ 1989) gezeigt haben, ein aktives Vorgehen. Die Patienten müssen realitätsgemäß und eindrücklich über die Natur ihrer Phantasieannahmen und ihrer Verängstigung orientiert werden. Schon früh sind Deutungen angezeigt, beispielsweise betreffend der Hintergründe ihrer Fusionstendenz und ihrer Neigung zur projektiven Identifikation. Um in der analytisch orientierten Psychotherapie dieser Patienten allmählich eine konsistente Selbstrepräsentanz und klarere Objektrepräsentanzen zu erzielen, ist es notwendig, diesen Menschen immer wieder die Grenzen zwischen ihrem Ich und den Objekten aufzuzeigen. Da die Borderline-Persönlichkeiten im kommunikativen Bereich besonders beeinträchtigt sind, ist es angezeigt, sie, mit Vorteil mit gleichermaßen Betroffenen, auch gruppenpsychotherapeutisch anzugehen. In den Therapiegruppen können sie, nach einer etwa mehrjährigen Teilnahme, bei der ihre Ich-Pathologie sehr stark zur Geltung kommt und sie wegen Kränkungen gelegentlich temporär nicht mehr in der Gruppe erscheinen, durch das Feed-back der anderen Beteiligten und die Orientierungen und Deutungen des oder der Therapeuten erkennen, wie und wo ihr Verhalten unangepasst war, und ein adäquateres Gebaren lernen (BATTEGAY, 2000).

3. *Depressionen* und *Manien*, wie immer sie auch bedingt oder ausgelöst sein mögen, sind immer durch eine Störung im Bereiche des Narzissmus gekennzeichnet. Die Depressiven leiden an einer narzisstischen Leere, die zu den geschilderten Symptomen der Selbstinsuffizienz und insbesondere dazu führt, dass sie ihre psychischen Funktionen und ihren Körper nur noch schmerzlich erleben und für die Objektwelt kein Gefühl und kein Interesse mehr aufzubringen vermögen. Es kann bei ihnen zu einem inhaltlich negativem Größenselbst kommen, durch das sie sich beispielsweise wegen vermeintlich oder wirklich begangener kleiner Fehler als »größte Verbrecher« bezeichnen können. Ihr Wertlosigkeitserleben und ihr krankheitsbedingtes Unvermögen, ihr Ich, ihr Es, ihr Über-Ich und ihr Soma narzisstisch zu besetzen, sowie ihr Gefühl, in einer Welt, auf die sie keine Liebe, keine narzisstische Aufmerksamkeit mehr auf Objekte auszudehnen vermögen, nichts mehr zu suchen zu haben, kann sie in den Suizid treiben. Sie erleben sich als Fremde in einer von ihnen als unwirtlich und kalt erlebten Umgebung und halten es in dieser Selbst- und Weltverfremdung kaum oder nicht mehr aus.

Die narzisstische Bedürftigkeit speziell der schwer Depressiven mit ihren sich dauernd in Frage stellenden Selbstbewertungsmustern und ihrem gefühlsmäßigem Leere- oder/und Schmerzerleben bedingt es, dass auch sie nicht mit klassischer psychoanalytischer Technik behandelt werden können. Liegt ein schwer depressives Zustandsbild vor, kann ohnehin nicht auf die Behandlung mittels Antidepressiva verzichtet werden. Die parallel dazu geführte Psychotherapie muss den Depressiven vor allem den berechtigten Eindruck vermitteln, dass der Therapeut/die Therapeutin sich in ihr Leiden einzufühlen vermag. Diesen Kranken wird ferner immer aufgezeigt werden müssen, wie sie übermäßig ihrem - narzisstisch ungemilderten - Über-Ich unterworfen sind und daher, wie TELLENBACH (1983) gezeigt hat, zu sehr auf Ordnung und Ordentlichkeit ausgerichtet sind und zu hohe Erwartungen an sich und an andere Menschen hegen.

Bei der Psychotherapie Depressiver kommt der/die Behandelnde kaum darum herum, neben analytischen auch kognitive Techniken anzuwenden. Das heißt, es geht bei der Psychotherapie der Depressiven nicht nur darum, deren Psychodynamik zu erfassen, sondern auch darum, die Betroffenen auf die »automatisch« einsetzenden negativen Gedanken, Annahmen und Bewertungen ihrer selbst aufmerksam zu machen und sie positive Evaluationsschemata einüben zu lassen (A.T. Beck, 1976; MELANIE J.V. FENNELL, 1989).

Bei den *Manischen* besteht, wohl mit bedingt durch eine genetische Prädisposition, eine Verleugnung des narzisstischen Mangels und eine Hinkehr zu einer mehr oder weniger lange anhaltenden Größenkompensation. Es erfolgt in diesem Zustand keine Berücksichtigung mehr ihres Über-Ichs, und alle moralischen Bedenken schwinden dahin. Sie lassen sich deshalb oft zu unbedachten Handlungen und Schritten, riskanten, unkontrollierten materiellen Ausgaben oder Verpflichtungen und sexuellen Abenteuern hinreißen. Wie schon FREUD (1916) festgestellt hat und worauf ich bereits hingewiesen habe, steht die Manie psychodynamisch der Depression sehr nahe. ABRAHAM (1924) betont unter anderem, dass der Manische sich »mit einer auffälligen Gier« der Objektwelt zuwende. Es würde ihm also, unter dem Aspekt der Narzissmustheorie, gelingen, sich zur Stärkung seines insuffizienten Selbst mit der Objektwelt fusionär als eins und einzig zu erleben. Während der Depressive sich fusionär der Objekte zu bemächtigen suchte, würde es dem Manischen in seiner Phantasie glücken, die Fusion mit den Objekten als echte Bereicherung zu erfahren und zu vollziehen.

Es ist daher, wie aus dem bisher Erwähnten zu schließen ist, kaum möglich, mit einem Manischen in ein therapeutisches Gespräch mit einem konstanten psychoanalytischen Ziel zu kommen. Ein solches Vorgehen wird auch dadurch verunmöglicht, dass die Betroffenen ständig ihr Denkziel wechseln und damit eine Ideenflucht aufweisen. Es wurde allerdings die Möglichkeit beschrieben (MESTER, 1986), mittels einer fokal orientierten analytischen Therapie bei den Manischen zu einem Behandlungserfolg zu kommen. Auch können unter Umständen kognitiv-verhaltenstherapeutische Methoden zu einer Milderung des manischen Zustandsbildes beitragen. In der Regel wird es indes notwendig sein, die Manischen mittels einer stimmungsausgleichenden psychopharmakologischen Behandlung zu beruhigen.

4. Die *Schizophrenien* sind immer durch eine Ich-Fragmentation gekennzeichnet. In den psychotischen Episoden oder Dauerzuständen kann dementsprechend keine generelle narzisstische Besetzung des Ich stattfinden. Es kann indes dazu kommen, dass Ich-Anteile in der Psychose narzisstisch überbesetzt sind und die Schizophrenen dadurch gedanklich mehr oder weniger vollkommen in Anspruch genommen sind. Auf diese Weise können beispielsweise bei diesen Kranken, besonders in der Abgeschlossenheit von sozial wenig aktiv gestalteten psychiatrischen Spitälern, Verhaltensstereotypen, Redewendungen und/oder Neologismen narzisstisch außerordentlich stark besetzt sein. Doch entspricht diese narzisstische Inflation in Bezug auf gewisse, durch Ich-Anteile bestimmte Äußerungen in keiner Weise einem kompensatorischen und konsistenten Größenselbst der Individuen mit narzisstischen Persönlichkeitsstörungen, das immer die ganze Person betrifft. Ein solches kann bei Schizophrenen nicht auftreten, da die narzisstische Besetzung in der Regel nur von Ich-Fragmenten erfolgen kann. Dieser Umstand bedingt es auch, dass, wie KOHUT (1971) feststellt, auch das Selbst nur fragmentiert in Erscheinung tritt.

Da sich das Ich der Schizophrenen gegenüber den Objekten (Mitmenschen) kaum abzugrenzen vermag, kommt es bei Ihnen einerseits oft zu einem unklaren Identitätsgefühl, vor allem bei der Konfrontation mit anderen Menschen, die ihnen nahe stehen, andererseits nicht selten zu einem Autismus, durch den sie die - vermeintliche - Inanspruchnahme durch die anderen abzuwehren versuchen. Sowohl die mangelhafte Ich-Abgrenzung als auch der autistische Rückzug erschweren die narzisstische Besetzung des in den

psychotischen Episoden oder Langzeitzuständen fragmentierten und sonst fragmentationsbereiten Ich.

Bei der Psychotherapie der Schizophrenen, die wegen dabei oft auftretender Erregungszustände meist auch mittels Neuroleptika behandelt werden, gilt es, wie BENEDETTI (1998) es formuliert, die »narzisstische Wunde zum Verheilen zu bringen«. Sie ist, wie er schreibt, »die unmittelbare Folge der Ichspaltung«. Es nützt indes dem Kranken wenig, wenn wir ihm seine narzisstische Defizienz deuten oder erklären. Er muss vielmehr den gerechtfertigten Eindruck gewinnen, dass der Therapeut bereit ist, seine eigene Subjektivität, sein eigenes Selbst, ihm zur Verfügung zu stellen. Damit wird dem Patienten die Möglichkeit gegeben, trotz aller Angst vor der mitmenschlichen Nähe, den Therapeuten als mehr oder weniger willkommenen »Einbrecher« (BENEDETTI, 1998) in seine psychotische Welt zu erleben. Damit wird dem Schizophrenen die Gelegenheit verschafft, sich allmählich selbst spüren zu lernen und nach und nach eine Selbstidentität zu entwickeln.

## Literatur:

- Abraham, K. (1924): Versuch einer Entwicklungsgeschichte der Libido auf Grund der Psychoanalyse seelischer Störungen. In: Neue Arbeiten zur ärztlichen Psychoanalyse in: Cremerius, J. (Hrsg): Psychoanalytische Studien zur Charakterbildung und andere Schriften, *Conditio humana* 113 - 183, Frankfurt a.M.: S. Fischer, 1969
- Battegay, R. (1991): Narzissmus und Objektbeziehungen. Über das Selbst zum Objekt. Bern/Stuttgart/Toronto: Hans Huber, 3. Aufl.
- Battegay, R. (2000): Die Gruppe als Schicksal: Gruppenpsychotherapeutische Theorie und Praxis. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen
- Beck, A.T (1976): Cognitive Therapy and the Emotional Disorders. New York: International Universities Press
- Benedetti, G. (1998): Todeslandschaften der Seele. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht
- Bowlby, J.: (1951) Maternal Care and Mental Health. Bulletin der WHO 1951, 3, 355, und WHO Monograph Series 2. Deutsch: Mütterliche Zuwendung und geistige Gesundheit. München: Kindler Taschenbücher 2106, 1973
- Brazelton, T.B. (1979): Behavioral Competence of the New born Infant. *Sem. Perinatol.* 35 - 44
- Busnel, M.-C. (1992): Pre- and Perinatal Audition and the Relationship between Mother and Baby, in: C.R. Acad. Sc. New York
- Fennell, Melanie, J.V. (1989): Depression, in: Hawton, K., Salkowskis, P.M., Kirk, J. , Clark, D.M.:Cognitive Behaviour Therapy for Psychiatric Problems. A Practical Guide. Oxford/New York/Tokyo: Oxford University Press
- Fetscher, R. (1985): Das Selbst, das Es und das Unbewusste. *Psyche* 39, 241
- Freud, Anna (1936): Das Ich und die Abwehrmechanismen, London: Imago
- Freud, S. (1914): Zur Einführung des Narzissmus. *Jb. für psychoanalytische und psychopathologische Forschung*, Bd. VI. Deuticke, Leipzig/Wien und Gesammelte Werke, Bd X, 137 - 170. 3. Aufl. Frankfurt a.M. 1963: S. Fischer
- Freud, S. (1916/1917): Vorlesungen zur Einführung in die Psychoanalyse Hugo Heller, Leipzig und Wien und Gesammelte Werke, Bd XI, London: Imago, 1944
- Freud, S. (1916): Trauer und Melancholie, *Z. für Psychoanalyse*. Bd IV und gesammelte Werke, Bd X, 428 - 446, London: Imago, 1946
- Gruen, A. (1999): Ein früher Abschied. Objektbeziehungen und psychosomatische Hintergründe beim plötzlichen Kindstod, Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht
- Grunberger, B. (1971): *Le narcissisme*, Paris: Payot
- Hartmann, H. (1964): *Essays on Ego-Psychology. Selected Problems in Psychoanalytic Theory*, New York: International Universities Press
- Horney, K. (1939): *New Ways in Psychoanalysis*, New York: W.W. Norton, 1934
- Jacobson, Edith (1964): *The Self and the Object World*, New York: International Universities Press
- Kernberg, O.F. (1975): *Borderline Conditions and Pathological Narcissism*, New York: Jason Aronson
- Kernberg, O.F. (1980): *Internal World and External Reality. Object Relations Theory Applied*, New York/London: Jason Aronson
- Kernberg, O.F. (1984): *Severe Personality Disorders: Psychotherapeutic Strategies*, New Haven / London: Yale University Press
- Kernberg, O.F.; Burstein, E.D.; Coyne, L.; Appelbaum, A.; Horwitz, L.; Voth, H. (1972): *Psychotherapy and Psychoanalysis*, Topeka/Kansas: Bulletin of the Menninger Clinic Vol. 36, Numbers 1/2, January - March
- Kernberg, O.F.; Selzer, M.A.; Koenigsberg, H.W.; Carr, A.C.; Appelbaum, A.H. (1989): *Psychodynamic Psychotherapy of Borderline Patients*. New York:Basic Books
- Klein, Melanie (1946): Notes on Some Schizoid Mechanisms, *Int. J. of Psycho -Analysis* 27, 99 - 110, 1962 und in: Rivière, J.: *Developments in Psychoanalysis*, London: Hogarth Press 1952, Sten 292 - 320

- Kohut, H.: (1971) *The Analysis of the Self*, New York: International Universities Press. (Deutsch: *Narzissmus*, Frankfurt a.M.: Suhrkamp, 1973)
- Kohut, H.: (1977) *The Restoration of the Self*, New York: International Universities Press. (Deutsch: *Die Heilung des Selbst*, Frankfurt a.M., Suhrkamp)
- Mahler, Margaret S.: (1968) *On Human Symbiosis and the Vicissitudes of Individuation*, New York: International Universities. Deutsch: *Symbiose und Individuation* Stuttgart, Klett, 1972
- Mester, R.: (1986) *The Psychotherapy of Mania*. *Brit. J. of Medical Psychology*. 59, 13 (1961)
- Robertson, James und Joyce: (1975) *Reaktionen kleiner Kinder auf kurzfristige Trennung der Mutter im Lichte neuer Beobachtungen*. *Psyche* 29, 626
- Sifneos, P.F: (1973) *The Prevalence of »Alexithymic« Characteristics in Psychosomatic Patients*. *Psychother. Psychosom.* 22, 255 - 262
- Stern, D.: (1974) *The Mother and Infant at Play - the Dyadic Interaction Involving "Facial, Vocal, and Gaze Behaviour"*, in Lewis, M., Rosenblum, L.A. (Eds): *The Effect of the Infant on its caregiver. The Origins of Behavior*. Vol 1. New York. Wiley
- Stern, D., Beebe, B. (1977) *Engagement - Disengagement and Early Object Experiences in: Freedman, N., Grand, S. (Eds): Communicative Structures and Psychic Structures*. New York: Plenum
- Szever, Myriam: (1997) *Des mots pour naître. L'écoute psychanalytique en maternité*, Paris: Gallimard. Deutsch: *Platz für Anne. Die Arbeit einer Psychoanalytikerin mit Neugeborenen*, Frankfurt a.M.: Fischer Taschenbuch Verlag, 2000
- Tellenbach, H.: (1983) *Melancholie*, 4. erweiterte Auflage, Berlin/Heidelberg/New York/Tokyo: Springer
- Winnicott, D.W.: (1960) *Ego Distortion in Terms of True and False Self*, in: *The Maturational Process and Facilitating Environment. Studies in the Theory of Emotional Development*. London: Hogarth, 1965
- Wysling, H.: *Narzissmus und illusionäre Existenzform*, *Thomas-Mann-Studien*, 5. Bd. Bern/München: Francke, 1982

- \* Prof. Dr. med. emeritierter Ordinarius für Psychiatrie an der Universität Basel und ehemaliger Chefarzt der Psychiatrischen Universitätspoliklinik am Kantonsspital Basel, Switzerland

address of the author:

Prof. Dr. med. Raymond Battegay (private practice)  
Delsbergerallee 65  
CH-4053 Basel

## Using the Diagnostic Classification System DC 0-3 as an Integrative Multidimensional Formulation of Psychopathology in Infancy

Miri Keren\*; Ruth Feldman\*\*; Sam Tyano (Israel)\*

Since its creation, the Zero-to-Three Diagnostic Classification (DC 0-3, 1994) has been used by many clinicians involved in early childhood because of its advantages over the existing classification systems (DSM IV, ICD 10). Indeed, the equal importance given to all the five axes reflects the need to take into account the development and the relationships in infant psychiatry. The clinical use of the DC 0-3 diagnoses is described in the context of our routine assessment process and basic theoretical approach. It is then illustrated by a clinical vignette. Finally, reasons for referral and distribution of DC 0-3 diagnoses of 414 infants and parents, assessed at the unit between the years 1996 and 2000, are shown. 25% had no diagnosis on any of the 4 axes, 29.5% of the infants had both a primary and a relational diagnosis, and only 5.6% had a diagnosis on each of the 4 axes. Less than half (45%) of the infants received a primary diagnosis, and 52% had a relational diagnosis. Possible explanations are given, and problems we faced with the use of the classification are described. In our view, the DC 0-3 attempts to reflect the diagnostic complexity of the clinical situation, where the infant, by definition, is totally dependent on his environment, and also has characteristics of his own that affect the parenting behavior. Hence, the understanding of infant mental processes and phenomena is integrated into a bio-/psychosocial and developmental approach.

### Introduction:

#### 1. The Context of Infant Mental Health in Israel

In the five past years, infant psychiatry in Israel has become an area of increased interest to clinicians, after many years of serving mainly as a domain of research for developmental and experimental psychologists. Following the implementation of the first community Infant Mental Health Clinic in 1996 in Petah Tikva, a middle-size town in the greater Tel-Aviv area, we have been currently involved in expanding the project to other parts of the country. The focus of this project is to train new teams to detect and treat early signs of emotional distress in infants and parents (KEREN, FIVAZ-DEPEURSINGE, & TYANO, 2001). A major component of the training program is, as an essential first step, to teach to evaluate the infant mental/developmental/relational status and

following the evaluation, to conceptualize the assessment in a clear, concise and standard way. The use of a common clinical descriptive language is, in our view, very important in the process of implementing a relatively new field, for both clinical dialogue and research. As such, we have introduced the DC 0-3 (1994) in all the existing infant mental health clinics (three at the moment, three more are in process of opening).

## 2. Description of the DC 0-3 Classification System

Defining symptoms and signs of emotional distress in infancy is necessary for the early detection of psychopathology, the planning of intervention models, and the assessment of treatment outcomes. Using a diagnostic system for infants raises concern regarding the validity of the concept »emotional disorder« in infancy, as compared to »developmental problems« (BERGER, 1994). The extreme dependence of infant on context (SAMEROFF, 1997) calls to question whether an intrinsic infant disorder can exist independently of disordered parent-child relationship.

Still, clinicians and researchers need a shared language to describe the signs and symptoms of emotional distress commonly seen in the first years of life. The DC 0-3 Classification for Emotional Disorders in Infancy was established with this goal in mind and attempted to address some of the inherent problems in diagnosis of infants by emphasizing the independent nature of each of its five axes. The DC 0-3 system is based on the categorical approach, although it is not yet clear whether a categorical or dimensional approach best fit the study of early emotional disorders (CANTWELL, 1996; ZEANA et al, 1997). Its categories are descriptive and identify both presenting patterns of symptoms/behaviors and factors that may contribute to the infant's difficulties. Axis I reflects the infant's primary diagnosis, and includes traumatic stress disorder, affect disorders (mood/anxiety disorders), gender identity disorder, reactive attachment deprivation/maltreatment disorder, adjustment disorder, regulatory disorders, the sleep behavior disorder, the eating behavior disorder and disorders of relating and communicating. Axis II describes relationship disorders, in which the symptomatology is specific to the caregiver-infant relationship, and based on the clinical observation of the behavioral quality of interaction, its affective tone and the psychological involvement of its participants. Its categories include over- or underinvolved, anxious/tense, angry/hostile, abusive (verbally, physically, sexually). Axis III includes any

physical, neurological, developmental and mental health diagnoses classified with other diagnostic and classification systems. Axis IV identifies acute/chronic psychosocial stressors in the infant's environment, and Axis V is the current functional-emotional developmental level of the child (conceptually similar to the DSM fifth axis). The DC 0-3 system is intended to complement, not to replace, the DSM IV system. Therefore, »if a DSM IV diagnosis best describes the primary presenting difficulty, it should be coded under Axis I of this system« (Zero to Three, 1994, p 15). In spite of its limitations, the DC system calls attention to symptomatology observed during the first three years of life and affords a preliminary system of reference for further studies (EPPRIGHT et al, 1998; ZEANA et al, 1997). An extensive report on the use of the DC0-3 system by different teams in the world (including ours) has recently been published in the *Infant Mental Health Journal Special Issue* (2003).

### Clinical Use of the DC 0-3 Diagnoses

Our setting is a community-based infant (0-3 yrs) mental health unit, created in 1996, and located within a primary medicine outpatient clinic. Our main sources of referral are community nurses from Well-Baby Clinics, pediatricians from the community and from the Children's Hospital located in our region, social workers, adult psychiatrists from the Mental Health Center to which we are affiliated, and self-referrals by parents. Our routine assessment process includes a clinical interview with both parents, with special attention to the parents' family background, previous losses and illnesses, the observation of the parent-infant and two parents - infant interactions (many of these are videotaped, and reviewed later with the parents). The summary of the clinical data is recorded on an intake form we have built based on items of the DC 0-3 form and the JACAP Practice Parameters for the Psychiatric Assessment of infants and toddlers (1997). The standard Bailey developmental test is performed whenever we suspect any degree of developmental delay. Whenever a significant developmental delay is detected, the infant is referred for pediatric neurological work-up outside of our unit, if it has not been done before the referral to our unit. Data from family pediatricians and community health nurses is routinely collected. Home visits are done whenever we are concerned with the quality of the environment provided to the child, and we use the HOME (CALDWELL & BRADLEY, 1979) items as points of reference. We

formulate the diagnosis both in DC 0-3 nosological terms and in psychodynamic concepts (such as parental projections, separation-individuation issues, trans-generational transmission). We usually need the three first sessions to make the diagnosis. We use DSM IV (1994) diagnoses when DC 0-3 diagnoses do not describe the case; for instance, in our clinical experience, disruptive behavior can already be observed in three year-olds, and the DSM IV diagnosis of the oppositional behavior disorder is relevant. We did not find ICD 10 (1988) diagnoses very helpful, especially because of its single dimensional approach (as opposed to the multi-axes principle that underlies both DSM and DC 0-3 classifications). Our diagnostic and therapeutic approach is based on the transactional model of normal and abnormal development, with emphasis on intergenerational processes and core concepts such as the »motherhood constellation« (STERN, 1995), the »clinical infant« (STERN, 1985), vulnerability/risk factors versus resilience/protective factors (SAMEROFF & FIESE, 2000). The concept of »clinical infant« is especially relevant to our work, since it relates to the common clinical situation where the infant is not viewed as an individual by his/her parents, but as an aspect of the parent's unconscious and problematic sense of self and other. Instances of such parental constructions of the infant include the »evil« infant, the »destructive« infant, the »insatiable« infant, the »invisible« infant, the »independent« infant (LIEBERMAN, SILVERMAN, & PAWL, 2000).

### Clinical Vignette

*L. was 16 months-old at the time of referral to our Unit. He and his parents were addressed simultaneously by the Well-Baby Clinic nurse, the pediatrician and the physiotherapist, while each of them focused on a different aspect of the problem. The nurse noticed the mother's general nervousness at handling her baby; the pediatrician who had followed the baby from his birth, was starting to wonder whether his drug-resistant breath-holding spells had a psychological significance, noting that the brain MRI and EEG were normal; the physiotherapist referred the child because she became at loss with the increasing frequency of the breath holding spells on one hand and the mother's insistence on going on with the physical exercise in spite of the child's obvious resistance.*

*L., the first and only child, was born after an unplanned pregnancy, very much wanted by the father but much less so by the mother. The pregnancy was complicated because of the mother's unstable juvenile diabetes mellitus (that started when she was*

6 yrs old). The delivery, at 38 weeks of gestation, was traumatic with severe fetal distress due to a diaphragmatic rupture. L. was operated and stayed at the Intensive Care Unit for the first three months of his life because of intractable apneas and convulsions. The initial diagnosis was a fatal one of infantile spasms, and both parents were told there was a very high probability for severe mental retardation. This diagnosis then was cancelled (but not its deleterious effect on the parents, alas) and the infant was discharged home with the diagnosis of cerebral palsy with left hemiparesis and breath holding spells. At home, feeding became at once very problematic: Baby had a poor sucking, and Mother was increasingly nervous about his poor weight gain. She started to force-feed him, he reacted by vomiting and a vicious circle was set. L.'s psychomotor development was very slow, both because of his neurological handicap and his poor alimentation. At the time of referral, he did not crawl yet. In parallel to the feeding problem (that had not been mentioned by any of the referring professionals), it turned out there was a second vicious circle: the more breath holding spells he would have, the bigger the anxiety he provoked in adults was, and the end result was a general avoidance: nobody, even not the father, was willing to stay alone with the baby. Mother was then left alone with him.

This situation lasted until the referral. Up to then, none of the health professionals had thought about the involvement of a mental health clinician, probably because the medical condition of the infant had masked all the rest. Indeed, the mother's behavior was perceived by all as a »natural« consequence of L.'s neurological and respiratory problems.

The way we conduct the mental health evaluation of the infant reflect our aim to integrate both nosological and psychodynamic formulation of the problem. Our sense is that the infant, with his temperamental and medical characteristics, impact on the parents' unconscious projections, and these will be reflected in the verbal and non-verbal content of their interactions with the infant. Having this in mind, we follow the parents' associative comments on one hand, and we keep in mind the DC multi axial structure. The following description of the sessions with L. and his parents will illustrate these points.

The mother, a 23 year-old sad looking woman, with an aggressive tone of voice, describes L.'s traumatic birth and recalls the day when they were told about the gravity of his condition. She freely associates saying »I felt my throat tight, I had a feeling of suffocation, exactly like when I was told my brother had committed suicide, I was 14 yrs old then. I stopped eating, my diabetes was totally unstable, I did not care, and I was hospitalized in a psychiatric ward. My

parents were busy at mourning... anyway, my mother had always preferred my brothers...« Coming back to L.'s birth, she adds: »Like in the past, I stopped eating and I had again hypoglycemic attacks«. It turns out therefore that Mother's eating disorder has not been resolved.

L.'s father, is a much less complicated man, but also much less psychological-minded than his wife, is very dedicated to his wife and child. During that session, he told about his difficulty to bear the baby's crying and his fear of the breath holding spells.

L. at the age of 16 months, looks like a 9-month old baby, with a sad expression except for his bright gaze. He does not crawl yet, but tries to explore the room by pulling himself forward, with perseverance. He does not really play with the toys, he prefers exploring the room. He does not initiate any movement towards his mother, but does respond to her rare initiatives. In contrast, he actively looks for proximity with his father. The mother looked at him from a distance, and stated in a fatalistic tone: »Who knows if he'll walk, if he'll go to kindergarten... I don't expect much out of him, though I think he understands everything. Destiny has been bad to him, like it has for me... why should I have diabetes at 6, why should I loose a brother at 14, why should I have such a difficult delivery... ?

Parallel to the identification of unconscious wishes/fears evoked by the child in the parent, the evaluation of the parent-child interaction is necessary to determine whether a diagnosis of relationship disorder will be given (Axis II of the DC 0-3). In that case, we had the opportunity to observe the mother-child interaction during both play and feeding.

During play, L.'s mother alternated between aggressive controlling involvement and depressive withdrawal, both on behavioral and affective levels. During feeding, the atmosphere became extremely tense, mother was agitated and did not leave the child any autonomy in the feeding process, instead she was irritated at L.'s slowness. He became increasingly frustrated, and ultimately went into a long breath holding spell. The »benefit« of the spell became evident: it immediately stopped the mother's anger, and made her take the child gently into her arms... something which had not happened up to that moment. While working through this difficult session, it turned out that the mother had no clue about the link between her own anorexia and the difficulties she had at feeding her son. She said: »It is totally different: my anorexia was a reaction to my brother's death that took away my mother's attention from me; L. receives all my attention, I do nothing except taking care of

him...«. She could not see how L.'s refusal of (her) food made her enraged, precisely because he did not »recognize« her sacrifice of her own needs.

A Bailey developmental test was done to assess L.'s cognitive and developmental potential. It revealed a delay in motor and language development, but no mental retardation.

At the end of these first three sessions, we were able to formulate L.'s problems in the following way, using the DC0-3 criteria:

- Axis I: eating behavior disorder
- Axis II: mother-child relationship disorder; mixed type  
father-child relationship problem: anxious type
- Axis III: cerebral palsy, breath holding spells, language delay
- Axis IV: maternal psychopathology
- Axis V: Restricted range of functioning

In terms of transgenerational transmission, it was interesting to note a striking parallelism between the diagnoses given to the child and those one may have given the mother using the DSM IV (Axis I: anorexia nervosa mixed with bulimia; Axis II: borderline personality disorder; Axis III: diabetes mellitus, juvenile type. Axis IV: traumatic loss of brother; Axis V: restricted range of functioning).

To conclude, the multi-axial formulation enables us to comprehend the different aspects of the infant's problem under the same »umbrella«, especially in cases like L.'s, where the interplay between medical and psychological factors, both in the infant and the parent, leads to quite a severe psychopathology in the infant. The next step is to plan the treatment in accordance to these different levels, while the psychodynamic understanding is the leading thread of all the sessions, regardless whether the focus is on the child, on the relationship or on the parent.

#### Distribution of DC 0-3 Diagnoses at our Unit

Between the years 1996 to 2000, we have seen 431 infants and parents (starting with 60 during the first year of implementation, going up to 65 in 1997, 108 in 1998, 102 in 1999 and 125 in 2000). The overall percentage of drop out before the completion of assessment was 9.2% (N = 40 out of 431). The distribution of age at referral, as shown in Fig. 1, was quite even along the three years of life

(N= 414, 17 missing cases due to incomplete recording at the start of the Unit implementation). The mean age was 19.0 months (SD= 10.70). Maternal educational level was on average 3.5 (scale: 1= no high school diploma, 2= high school diploma, 3= post-high school vocational degree, 4= bachelor's degree and above). All the referred families were Israeli Jews (though our Unit is open to the local Israeli Arab population, parents of very young Arab children are very reluctant to use mental health services). 80% of the mothers were employed outside the home. 59% of the infants were boys, 41% girls.

Reasons for referral:

Table 1 presents the distribution of reasons for referral by age.

Reason	0 -12 months		12 -24 months		24 - 36 months	
	No Dx N= 29	DC Dx N= 97	No Dx N=40	DC Dx N=103	No Dx N=30	DC Dx N=88
<b>Sleep</b>	47%	27%	27.5%	29%	3%	9%
<b>Parental</b>	20%	15%	10%	3%	-	-
<b>Eating</b>	13%	18%	20%	28%	6.5%	14%
<b>Aggression</b>	-	-	15%	11%	42%	26%
<b>Cry/irritable</b>	3%	10%	-	5%	3%	2%
<b>Susp. PDD</b>	2.5%	3%	2.5%	7%	6%	16%
<b>Temper tantrums</b>	-	1%	5%	1%	6.5%	3%
<b>Attention</b>	-	-	-	-	6.5%	4%

Table 1: Main reasons for referral per age and per group of No DC 0-3 diagnoses and DC 0-3 diagnoses

- Notes:
1. Abbreviations: Dx= Diagnosis; Susp. PDD = Suspected pervasive developmental disorder.
  2. Other reasons for referral, under 3% of frequency, included mother-infant interaction, stranger anxiety, toilet training, sibling rivalry, fears, masturbation, head banging, clinginess and hair pulling.

During the first year of age, the first five reasons for referral were, in decreasing order, sleeping problems, parental reasons, feeding problems, irritability, and suspected pervasive developmental disorder. During the second year, sleeping problems remained the first most common reason, then feeding problems, aggressive behavior, relating problems and temper tantrums. During the third year, aggressive behavior came first, then feeding problems, relating problems, sleep problems and attentional problems. This observed change in order of frequency of the reasons for referral is in accordance with the expected developmental issues the child encounters along the three first years of his life. The distributions on the five Axes of the DC 0-3 diagnosis over the period of these first five years are presented in the following section.

Axe I diagnoses: as shown in Table 2, only half (45%) of the infants received a Primary diagnosis, meaning that in half of the cases, the referral symptoms did not reflect an »intrinsic« disorder in the infant, but a disturbance on one of the other axes.

Primary Diagnosis	N	%
No Diagnosis	238	55.2
Eating Behavior Disorder	51	11.8
Sleep Behavior Disorder	43	10
Adjustment reaction Disorder	30	7
Regulatory Disorder	22	5.1
Anxiety Disorder	20	4.6
Attachment disorders	8	1.9
Mixed Disorder of Emotional Expressiveness	6	1.4
Oppositional disorder	6	1.4
Post-traumatic Stress Disorder	5	1.2
Mood Disorder	2	0.5

Table 2: Distribution of Axis I diagnoses over the 5-year period.

Among those who did receive a primary diagnoses, eating behavior and sleeping behavior disorders were the most common ones, followed by adjustment reactions, and regulatory and anxiety disorders. mixed disorder of expressiveness, PTSD and disorders of attachment were at low frequencies (1-2%). Mood disorder diagnoses were very infrequent (0.5%). It is not clear whether these frequencies reflect the true incidence of mixed disorder of expressiveness and mood disorder or are in fact due to the difficulty we

faced in diagnosing them. Our low rate of infant depression as a primary diagnosis on Axis I, is not due to a lack of awareness to the very existence of such a diagnosis, but to our tendency to view it as one of the symptoms of a

severe relational disorder. We did not see cases where the relational disorder had disappeared while the infant stayed in a depressive state, but we don't feel our experience is wide enough, to be decisive on this point. The absence of diagnoses of communication and relating disorders is due to the fact these children, in our system, are usually referred to Child Development Centers, and not to infant mental health units (these are quite new here). In the last two years (2001-2002, that have not been included in the statistics we present here), we have had several cases where the child has been diagnosed with pervasive developmental disorder NOS, and the parents referred to us for a second opinion.

Table 3 shows the mean distribution of Axis II diagnoses over the same period of time.

Relationship disorder classification	N	%
No relational diagnosis	207	48.0
Mixed Type	76	17.6
Anxious/Tense Type	52	12.1
Over involved Type	48	11.1
Under involved Type	32	7.4
Angry/Hostile Type	13	3.0
Abusive Type (physical)	3	0.7

Table 3:  
Distribution of Axis II diagnoses  
over the 5-year period

We used the PIR-GAS cut-off of 40. Again, almost half (48%) of the referred infants and parents had a diagnosis other than a relational one. In other words, based on these findings, equating all dysfunctional symptoms in infants to a relational problem might be erroneous, in spite of SROUFE's (1989) strong statement that »most problems in the early years, while often manifest poignantly in child behavior, are best conceptualized as relationship problems« (p. 70).

As detailed in Table 3, within the group of infants and parents with relational disorders, the mixed type was the most common (17.6 %), followed by the anxious type (12%) and the over-involved type (11%); the under-involved type was much less common (7.4%), and even less were the angry/hostile type (3%) and the abusive type (0.7%). While looking at the possible significance of these distributions, one should remember the nature of the setting to which the

infants and families are referred. For instance, an infant unit serving child protection services will probably see much more angry/hostile and abusive types of parent-child relational disorder, than a unit like ours that is in contact with Social Services but is not an official agent of the child protection department.

The same remark holds for the significance of the distribution of Axis III diagnoses (Table 4).

Medical/Developmental Diagnosis	N	%
No diagnosis	339	78.7
Developmental delays	54	12.5
Failure to Thrive	14	3.2
Medical diagnosis (chronic illness)	12	2.8
Long-term consequences of premature birth	3	0.7

Table 4:  
Distribution of Axis III diagnoses  
over the 5-year period

Indeed, the fact that our Unit saw mostly (78.7%) infants without any medical nor developmental problems is explained by its specific location within the community, nearby but not within the Childrens' Hospital (which has a Child Developmental Center of its own). It seems, therefore, that our Unit gets the »purer« mental health cases, while those with developmental and or medical problems (some 15%) are those whom the hospital-based teams have difficulty in handling. In the last few months, we have added to our unit a consultation day within the Childrens' Hospital, and indeed, we are now seeing a lot more children with medically-compromised conditions, than before.

Finally, the distribution of Axis IV diagnoses (Table 5) shows that parental psychiatric disturbances (including Personality Disorders) are by far the most prevalent psychosocial stressor for those infants and parents referred to our unit, that is identified, by definition, with mental health. Maybe even more interesting is the finding that more than half (60%) of the referred infants had no obvious psycho-social stressors that triggered infant symptomatology. Might parenthood itself be, in most cases, the main factor of stress that leads to maladaptive functioning? According to STERN's concept of motherhood constellation, we may answer positively. From this perspective, the birth of a baby pushes the mother into a new and unique psychic organization,

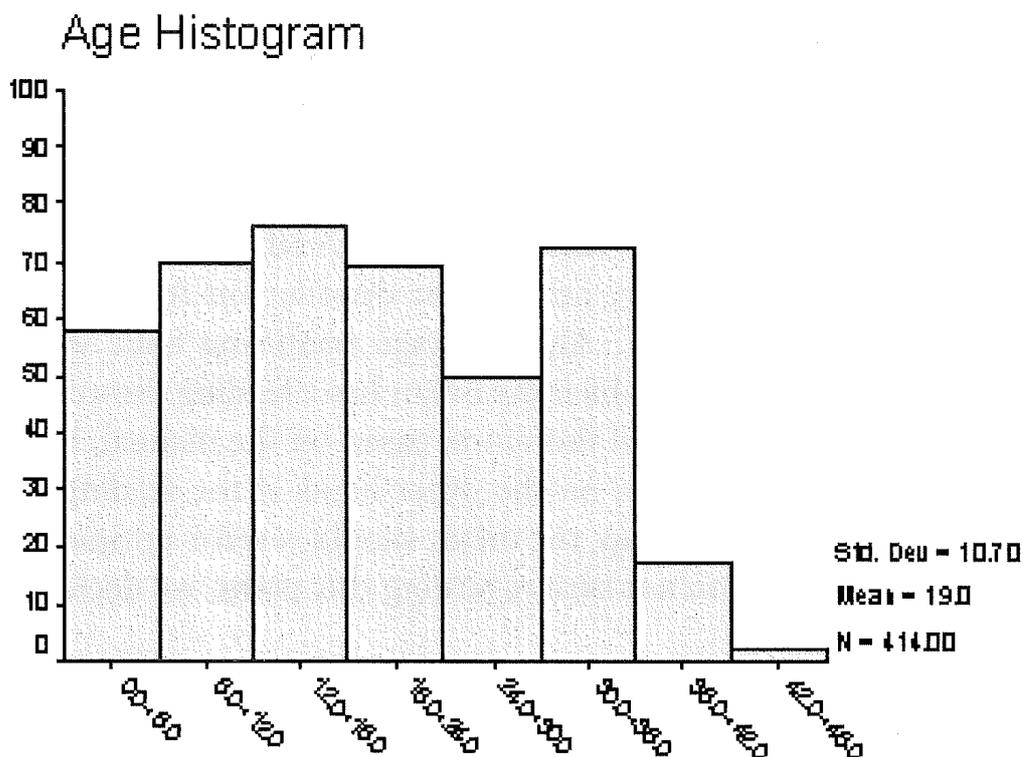
Psycho-social stressors classification	N	%
No Diagnosis	259	60.1
Parental psychiatric problem	94	21.8
Marital conflict	33	7.7
Loss	10	2.3
Divorce	8	1.9
Acute trauma	6	1.4
Birth of sibling	5	1.2
Abuse	2	0.5
Adoption	1	0.2
Other	13	3.0

Table 5: Distribution of Axis IV diagnoses over the 5-year period

characterized by four themes of preoccupation around her ability to maintain the life of the baby, to emotionally engage with him, to create a supporting system for him, and to transform her self-identity (STERN, 1995). In addition, in the case of first-borns, transition to parenthood has been described as a potentially stressful phase in the couple's life (GROSSMAN, EICHLER, & WINIKOFF, 1980). HEINICKE (2000) has pointed out the impact of pre-birth parent and marital characteristics on the early family development. Parents who showed efficient, non-anxious, efficient problem-solving, and who were able to sustain a positive mutuality with their spouse while maintaining their autonomy and self-esteem, were more likely to provide an optimal parenting environment. One of the clinical implications of these findings is, that the earlier the intervention is initiated (as in pregnancy), the more likely it is to be effective. Our own finding strengthens this statement, though indirectly.

Out of the overall number of referred cases (N=431), 109 cases (25.3%) had no diagnosis on any of the 4 axes, including the 40 cases (9.2% of total N) that had dropped out before completion of the assessment. As shown in Table 1, this sub-group was not different in terms of the five main reasons for referral from the group that received a DC 0-3 diagnosis. We suggest three possible explanations for the relatively high proportion (a quarter of the sample) of children who, in spite of similar reasons for referral, did not receive any DC 0-

3 diagnosis. First, it might reflect some false negative cases, where, for example, a relational disorder was not diagnosed, though there were signs of a distressed or a perturbed relationship (PIR-GAS between 40 and 79). In order to examine this hypothesis, we may need, in the future, to use the Axis II in a dimensional way, rather than in a categorical (clinical versus non-clinical). A second, complementary, possibility is the expression of some false positive cases. This explanation is quite plausible in our specific case where, for the sake of early detection and sensitization of the referring sources (mostly pediatricians and community health nurses) to the very existence of emotional aspects of development in infants, we have encouraged them to refer to us whenever they have some concern about the emotional status of either the parent, the infant, or the dyad. Therefore, we did not define a cut-off point of symptoms severity for referral, and this has probably impacted on the level of referral specificity. Finally, some of the cases probably reflect more the parents' adaptation to their parental role to the specific infant (not necessarily first-borns) than the psychopathology.



Diagnoses on both Axis I and Axis II were given in 29.5% of the cases (N=127). Only 5.6% (N=24) of the infants had a diagnosis on each of the 4 axes. One might have expected a higher frequency of combined primary diagnosis for the infant and parent-infant relational disorder, taking into account

the impact of the infant's behaviors and characteristics (such as temperament) on the parent's perception and reactions to him/her. These findings, if replicated in other infant mental health units, strengthen, in our view, the multi-axial approach that views each axis as an independent entity.

We need to be cautious regarding our results, because of the following difficulties we encountered while routinely using the DC 0-3 classification in our clinical work. First, criteria for different types of disorders and co-morbid diagnoses are not precise enough, especially for entities like mixed disorder of emotion expressiveness, and disorders of mood and affect. The DSM IV category of »oppositional disorder« has no equivalent in the DC 0-3, in spite of the fact that two and a half year-olds can be significantly aggressive and oppositional. Does this lack of category implicitly imply that this condition should be seen as a symptom of a relational disorder? We encountered the same issues with the infants with trichotillomania. Also, the manual does not specify standard ways of assessing the parent-infant relationship, and as far as we know, reliability and validity data about the criteria are still unavailable. In addition, the DC 0-3 manual requires a score of 40 or less on the Parent-Infant Relational Global Assessment Scale (PIR-GAS) in order to give an axis II diagnosis of relational disorder. Consequently, a distressed or a perturbed relationship will not be reflected in the Axis II, in spite of its potential significant impact on the child. Also, relating to the guidelines given for selecting the appropriate diagnosis, we are still unclear about several questions. For instance, how can a diagnosis of reactive attachment disorder on Axis I be without a relational diagnosis on Axis II? An additional confusing issue we face quite often is related to the cases in which the infant has a feeding disorder reflecting a relational disorder, and should therefore, based on the manual, be diagnosed only with the Axis II diagnosis; on the other hand, if the feeding problem is observed outside the relationship, the infant should receive a primary diagnosis on Axis I. Though we were not sure regarding this point, we decided to give a diagnosis on both axes.

To conclude, in spite of all these limitations, these findings underscore the need for a transactional approach to the process of routine mental health evaluation of the infant. This integrative approach enables the clinician to link the unspecific symptoms for referral to the main source of problem, being either the infant, the parent and/or their relationship, and to determine the extent to which environmental stressors are related to the infant's symptoms.

## Conclusions

In spite of the limitations pointed out above, we do find the DC 0-3 a useful tool for formulating our clinical cases in sound concepts, for planning interventions and research protocols and for communication between multidisciplinary professionals. Still, improvement of the guidelines for diagnosing the different categories is much needed and might be triggered by the accumulation of comparative data from various infant mental health units.

## Die Verwendung des Klassifikationsschemas DC 0-3 als eine integrative, multidimensionale Darstellung von Psychopathologie im Kleinkindalter

Miri Keren, M.D. (Israel)\*, Ruth Feldman Ph.D. (Israel)\*\*, Sam Tyano, M.D. (Israel)\*

Die Autoren berichten über ihre praktischen Erfahrungen mit einem vergleichsweise neuen Instrument zur psychiatrischen Diagnose von Kleinkindern, dem Diagnostic Classification System DC 0-3. Das DC 0-3 weist konzeptuelle Ähnlichkeiten mit dem DSM IV auf und umfasst ebenso wie dieses fünf Achsen.

Achse 1 bildet die primäre Diagnose des Kleinkindes ab und beinhaltet unter anderem Traumatische Streßstörung; affektive Störungen; (Stimmungs- und Angststörung); Anpassungsstörung; Regulationsstörung; Störungen des Schlafverhaltens; Störungen des Essverhaltens; etc.

Achse 2 beschreibt Beziehungsstörungen, bei denen die Symptomatik des Kleinkindes spezifisch auf die Beziehung von Fürsorgeperson und Kind zurückzuführen ist. Die Diagnose beruht hier auf der klinischen Beobachtung der Qualität des Interaktionsverhaltens, seiner affektiven Färbung und dem psychischen Engagement der Interaktionspartner. Die kategorialen Diagnosen gestörter Beziehung auf dieser Achse lauten z.B. »ängstlich/angespannt«; »wütend/feindselig«; »mißbräuchlich (verbal; physisch; sexuell)«; etc.

Auf Achse 3 werden alle dem Kind zukommenden Diagnosen, - somatische; neurologische; entwicklungsbezogene; psychiatrische -, abgebildet, die mit anderen diagnostischen Systemen erstellt wurden.

Achse 4 verzeichnet akute und chronische psychosoziale Stressoren in der Lebenswelt des Kleinkindes, wie z.B. eine schwerwiegende chronische Erkrankung eines Elternteils.

Achse 5 erfasst das gegenwärtige funktionale und emotionale Entwicklungsniveau des Kindes.

Die fünf Achsen werden als unabhängig voneinander verstanden und beruhen auf einem kategorialen Ansatz. Die Kategorien sind beschreibend operationalisiert und bilden sowohl Symptome und Verhaltensmuster, wie auch Faktoren ab, die zu den Schwierigkeiten des Kleinkindes beitragen. Das Klassifikationssystem weist einige Begrenzungen auf, die von den Autoren diskutiert werden. Sie verweisen unter anderem auf ungeklärte Fragen zur Validität, wie etwa dem Problem, ob aus klinischer Sicht ein dimensionaler Aufbau nicht einem kategorialen vorzuziehen wäre. Trotzdem bietet das DC 0-3 eine Reihe von Vorteilen, insbesondere, daß mit dem Klassifikationssystem erstmals ein gemeinsamer Referenzpunkt für klinische Praktiker im Bereich der Kleinkindpsychiatrie gegeben ist. Die gemeinsame Sprache, die dadurch möglich wird, ist für die Ausbildung von Diagnostikern und Therapeuten von besonderer Wichtigkeit, da es sich bei der psychiatrischen Arbeit mit Kleinkindern um ein relativ junges Fachgebiet handelt, das noch im Aufbau begriffen ist.

Im Hinblick auf diese Vorteile wurde das DC 0-3 von den Autoren auch in ihre Pionierarbeit, den Aufbau psychiatrischer Stationen für Kleinkinder in Israel seit Mitte der neunziger Jahre, integriert. Anhand einer Fallvignette aus ihrer praktischen Arbeit im ersten kleinkindpsychiatrischen Hospital Israels, das seit 1996 besteht, demonstrieren die Autoren ihre Vorgehensweise und die Nützlichkeit des Klassifikationsschemas zur Formulierung umfassender Diagnosen als Grundlage für die therapeutische Behandlung. In einer empirischen Studie, die über einen Zeitraum von vier Jahren die Erfahrungen mit dem DC 0-3 in der Klinik von Petah Tiqwa dokumentiert, ergaben sich für eine Stichprobe von  $N = 431$  Kleinkindern (Durchschnittsalter 19 Monate) folgende Erkenntnisse:

Nur die Hälfte der untersuchten Kinder erhielt eine primäre Diagnose auf Achse 1, d.h. dass es sich bei den anderen 50 % der Stichprobe nicht um eine »intrinsische« Störung des Kindes handelte, sondern um eine Problematik, die sich auf den weiteren Achsen des Klassifikationsschemas abbildete. Bei den Kindern, die eine primäre Diagnose bekamen, wiesen Störungen des Essverhaltens und Störungen des Schlafverhaltens die größten Häufigkeiten auf.

Auf Achse 2 wurde wiederum nur bei der Hälfte der Stichprobe eine Diagnose vergeben, was nach Ansicht der Autoren die teilweise in der Literatur vertretene Auffassung in Frage stellt, dass jede klinisch relevante Störung im Kleinkindalter auf eine Beziehungsstörung zurückzuführen sei.

Die Ergebnisse hinsichtlich Achse 3 waren wenig aussagekräftig, da das Petah-Tiqwa-Hospital aus organisatorischen Gründen kaum Kinder behandelt, die zusätzliche somatische Erkrankungen und/oder Entwicklungsstörungen aufweisen.

Schließlich zeigen die Diagnosen auf Achse 4, dass bei den behandelten Kindern der häufigste psychosoziale Stressor in ihrer Umwelt eine psychopathologische Erkrankung eines Elternteils war. Bei mehr als der Hälfte der untersuchten Kleinkinder (60 %) lag allerdings kein psychosozialer Stressfaktor vor, der für ihre Symptome ursächlich gewesen wäre.

## References

- American Association of Child and Adolescent Association Official Action (1997): Practice Parameters for the Psychiatric Assessment of Infants and Toddlers (0-36 months). Supplement to Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 36 (10),21S-36S.
- American Psychiatric Association (1994): Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed.). Washington, DC: Author.
- Berger, M. (1994): Book review: Handbook of infant mental health, edited by Zeanah CH. British J Psychiatry, 166:425-426
- Caldwell, B.M. & Bradley, R.H. (1979): Home observation for the measurement of the environment. Little Rock: University of Arkansas.
- Cantwell, DP. (1996): Classification of child and adolescent psychopathology. J Child Psychol Psychiatry 37:3-12
- Eppright, TD., Bradley, S., Sanfacon, JA. (1998): The diagnosis of infant psychopathology: Current challenges and recent contributions. Child Psychiatry and Human Dev 28(4):213-222
- Grossman, F.K., Eichler, L.W. & Winikoff, S.A. (1980): Pregnancy, birth and parenthood. San Francisco: Jossey-Bass.
- Heinicke, C.M. (2000): Prebirth parent characteristics and early family development. In: J.D. Osofsky & H.E. Fitzgerald (Eds.), WAIMH Handbook of Infant Mental Health, Volume 3 (pp 244-267). New York: John Wiley & Sons.
- Keren, M., Feldman, R. & Tyano, S. (2001): Diagnoses and Interactive Patterns of Infants Referred to a Community-Based Infant Mental Health Clinic. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 40 (1), 27-35.
- Keren, M., Fivaz-Depeursinge, E. & Tyano, S. (2001): Using the Lausanne Family Model in Training: an Israeli Experience. The Signal, Vol. 9 (3),1-7.
- Lieberman, A.F., Silverman, R., & Pawl, J.H. (2000): Infant-Parent Psychotherapy: Core concepts and current approaches. In: C.H.Zeanah, Jr. (Ed.), Handbook of Infant Mental Health, Second Edition (pp.472-484). New York: The Guilford Press.
- Sameroff, AJ. (1997): Understanding the Social Context of Early Psychopathology. In: Handbook of Child and Adolescent Psychiatry, Noshpitz J, ed. John Wiley & Sons, Inc, pp 224-235

- Sameroff, A.J. & Fiese, B.H. (2000): Models of Development and Developmental Risk. In C.H.Zeanah (Ed.), *Handbook of Infant Mental Health, Second Edition* (pp. 3-19). New York: The Guilford Press.
- Sroufe, L.A. (1989): Relationships, Self, and Individual Adaptation. In A.J. Sameroff & R.N. Emde (Eds.), *Relationship Disturbances in Early Childhood* (pp. 70-94). New York: Basic Books.
- Stern, D.N (1985): *The interpersonal world of the infant: A view from psychoanalysis and developmental psychology*. New York: Basic Books.
- Stern, D.N. (1995): *The Motherhood Constellation: A Unified View of Parent-Infant Psychotherapy* (p. 11-18). New York: Basic Books.
- World Health Organization (1988): Mental, behavioral and developmental disorders, Clinical descriptions and diagnostic guidelines. In: *Tenth Revision of the International Classification of Diseases, 1988, Chap.5*. Geneva: World Health Organization.
- Zeanah, CH., Boris, NW., Scheeringa, MS. (1997): Psychopathology in Infancy. *J Child Psychol Psychiatr*, 38(1):81-99
- Zero to Three, National Center for Clinical Infant Programs (1994): *Diagnostic classification: 0-3 Diagnostic classification of mental health and developmental disorders of infancy and early childhood: 0-3*. Arlington, VA: Author.

- \* Community Infant Mental Health Unit, Affiliated to Geha Psychiatric Hospital and Tel-Aviv University, Sackler Medical School, Israel.
- \*\* Department of Psychology, Bar Ilan University, Israel.

Address of the correspondence author:

Miri Keren, M.D. (Director)  
 Infant Mental Health Clinic  
 Orlanski 8  
 Petah Tiqwa  
 Israel

ofkeren@internet-zahav.net

## Die Entwicklung der visuellen Sprache - Erfahrungen aus der Maltherapie

Georg Kress; Thomas Bihler (München)\*\*

The aim of this paper is to describe some of the basic structures of visual communication in man. A model is presented to illustrate the development of the visual language in the history of art and to stress some of its potentials. The use of these potentials in art therapy is demonstrated in an extensive case study. The case study also exemplifies, how the different aspects of the visual language unfold in the course of the therapeutic process.

### Die visuelle Sprache

Die Kommunikation über optische Signalreize ist in der Evolution des Lebens bereits sehr früh entstanden. Sie beschränkt sich nicht nur auf tierische Organismen, sondern findet sich z.B. auch schon bei Blütenpflanzen, bei denen intensiv gefärbte, große Blüten, die Insekten zur Bestäubung anlocken, einen wichtigen Selektionsvorteil darstellen. Optische Kommunikation über die Mustererkennung natürlicher Merkmale (wie z.B. Farbe des Gefieders, Zeichnung des Fells, etc.) ist im Tierreich weit verbreitet, vereinzelt begegnen uns aber auch schon Spezies, zu deren Verhaltensrepertoire die visuelle Kommunikation mittels der Herstellung von Artefakten gehört. Ein besonders eindrucksvolles Beispiel hierfür liefert die Vogelart des »Hüttengärtners«, die im Regenwald von Papua-Neuguinea vorkommt. Die Männchen dieser Art errichten im Kontext des Paarungsrituals kunstvolle »Liebeslauben« aus Zweigen und Gräsern, die von einem »Garten« umgeben sind, der mit Arrangements aus schillernden Käferflügeln, rostroten Schoten und leuchtend grünen Früchten dekoriert wird. Als die ersten weißen Missionare diese Lauben zu Gesicht bekamen, waren sie aufgrund deren Komplexität und ästhetischer Qualität davon überzeugt, daß sie von spielenden Eingeborenenkindern errichtet worden waren. Tatsächlich äußert sich in den ästhetischen Gestaltungen des Hüttengärtners aber ein Evolutionsprinzip, das Darwin bereits 1871 in seinem Werk »The Descent of Man and Selection in Relation to Sex« erkannt und gültig formuliert hatte: die Selektion durch sexuelle Partnerwahl. Da seine These jedoch im Gegensatz zu den viktorianischen Moralvor-

stellungen seiner Zeit stand, ist dieses zweite, nicht weniger bedeutsame Selektionsprinzip der Evolution in der Öffentlichkeit nicht so bekannt geworden, wie die 12 Jahre früher erschienen Ausführungen über die natürliche Selektion. Gemäß Darwins zweitem Prinzip der Evolution, wählen die Weibchen vieler Spezies die Männchen aufgrund deren sexueller Attraktivität als Fortpflanzungspartner. Dies führt bei den Männchen zur Ausbildung ästhetischer Merkmale (z.B. prächtiges Gefieder) und zu Paarungsritualen, wie dem geschilderten. Das Beispiel des Hüttengärtnervogels macht deutlich, daß eine Ansprechbarkeit für ästhetische Merkmale und eine Vorform ästhetischer Urteilskraft bereits bei bestimmten Tieren eine bedeutende Rolle spielt und nicht auf den Menschen beschränkt ist. Vielmehr könnte man vermuten, daß gewisse Grundlagen des ästhetischen Verstehens ein Teil des evolutionären Erbes der Gattung Mensch sind und ihr von daher als Potential zur Verfügung stehen. Obwohl visuelle Kommunikation durch die Herstellung »künstlerischer« Artefakte, ästhetisches Unterscheidungsvermögen und eine Tendenz zur Vervollkommnung der visuellen Sprache also bereits bei einigen Tierarten festzustellen sind, mangelt ihnen dennoch das Element der Freiheit: es handelt sich bei aller Kunstfertigkeit der visuellen Kommunikation letztlich doch »nur« um den Vollzug eines von genetischen Programmen determinierten Verhaltens, was solche Paarungsrituale von der ästhetischen Kreativität und individuellen Ausdruckskraft des »homo ludens« grundsätzlich unterscheidet.

Eine wesentliche Grundlage für die Kreativität des Menschen im Bereich der visuellen Sprache scheint eine angeborene Eigenschaft zu sein, die der Entwicklungspsychologe HEINZ WERNER als »physiognomische Perzeption« (vgl. WERNER 1927, 1953) bezeichnet hat. »Damit ist gemeint, dass die Gestalt, die Physiognomie eines Perzepts nicht nur wahrgenommen wird, sondern auch einen bestimmten Affekt auslöst. Es wird in Affektkategorien perzipiert« (DORNES 1993, S. 83). DORNES führt in seinem Buch zahlreiche Beispiele für physiognomische Perzeption an: so wird etwa eine aufsteigende Schnörkellinie als »fröhlich« wahrgenommen, während eine nach unten abfallende Bogenlinie »traurig« erscheint. Auch Farben werden Affektqualitäten wie »freundlich« oder »bedrückend« zugesprochen, etc. Voraussetzung für dieses In-Beziehung-Setzen unterschiedlicher Wahrnehmungen ist die Fähigkeit des Menschen zur »amodalen Perzeption« (vgl. STERN 1985). »Ihre Essenz ist, daß Wahrnehmungen, die mit Hilfe verschiedener Sinnesorgane gemacht werden, miteinander in Beziehung

gesetzt und verglichen werden« (DORNES 1993, S. 82). Die Möglichkeit zur freien Verknüpfung einer visuellen Wahrnehmung mit einem Affekt ist die Grundlage sinngebender visueller Kommunikation beim Menschen. Die Verknüpfung unterschiedlicher Perzepte aufgrund von Gemeinsamkeiten beinhaltet zudem eine bedeutsame Abstraktionsleistung. Wenn, wie in einem von DORNES wiedergegebenen Beispiel, ein viereinhalbjähriger Junge ein vom Vater aufgestelltes Fotostativ als »stolz« bezeichnet, dann abstrahiert er aus allen gegebenen Eigenschaften des Perzepts (Form, Farbe, Material, Standort in Bezug auf andere Perzepte, etc.) nur die Eigenschaft »hoch aufgerichtet«. Er verknüpft diese Eigenschaft mit dem inneren Bild eines hoch aufgerichteten Menschen und leitet daraus eine bestimmte Affektqualität ab: wenn man »erhobenen Hauptes« dasteht, dann ist man stolz. Der Affekt »Stolz« wird nun wiederum durch das tertium comparationis »hoch aufgerichtet« auf das Fotostativ übertragen.

An diesem Beispiel wird deutlich, dass Abstraktion und physiognomische Perzeption wesentliche Grundlagen der visuellen Sprache darstellen; sie ermöglichen eine emotionale Sinnggebung des visuellen Ausdrucks, verleihen ihm Freiheitsgrade und verbürgen zugleich die Voraussetzungen, ihn zu dechiffrieren. Durch die physiognomische Perzeption ist es z.B. möglich, die emotionale Qualität und Aussage eines scheinbar »sinnlosen Gekritzels« zu entziffern, wie es für die ersten Ausdrucksversuche eines Kindes in der visuellen Sprache charakteristisch ist (vgl. KRESS & BIHLER 2000), sich aber auch z.B. in den Bildern des angesehenen Künstlers CY TWOMBLY findet (siehe unten).

Die visuelle Sprache entwickelt sich bei allen Menschen in der Kindheit in einem ubiquitären Verlaufsmuster (vgl. KRESS & BIHLER 2000). Untersuchungen zur Entwicklung der visuellen Sprache an 2- bis 4-jährigen Kindern belegen, daß die Abstraktion die früheste Form des malerischen Ausdrucks ist. In diesem Alter ist die Abstraktion die einzige Möglichkeit, sich in der visuellen Sprache, in Farben und Formen, auszudrücken, Inhalte und Bedeutung zu transportieren und auszuformen. Das Kind in dem genannten Alter abstrahiert Gegenstände, Raum, Zeit und erlebte Emotion, indem es Farben und Formen in Krakeluren und Farbflächen auf dem Malgrund aufbringt. Dabei wird der Inhalt und die emotionale Ebene abstrahierend gesetzt: So kommt es darauf an, in welcher Beziehung Farben und Formen zueinander stehen. Also bedeutet Rot nicht immer »Blut« oder Schwarz nicht immer »Trauer«, sondern je nachdem, wie die Farben zueinander stehen, kann

mit Rot »Blut«, oder etwa »Liebe«, oder auch »Hausdach« gemeint sein. Das gilt auch für jede andere Farbe. Aus diesen frühen Anfängen entwickelt sich nach und nach ein breiteres Ausdrucksrepertoire, indem sich das Kind z.B. auch die Möglichkeiten des gegenständlichen Ausdrucks in der visuellen Sprache erobert. So wie sich in der Ontogenese ein Entwicklungsverlauf feststellen läßt, können auch für die Entwicklung und Ausdifferenzierung der visuellen Sprache in der Menschheitsgeschichte bestimmte markante Entwicklungslinien und Stationen benannt werden. Das in Abbildung 1 wiedergegebene Modell stellt einen Versuch dar, diese Entwicklungsprozesse zu veranschaulichen. Dabei kann und will dieses Modell - obwohl es geschichtliche und funktionale Bezüge herstellt - weder einen analytisch-systematischen, noch einen historisch-kritischen Anspruch erheben, da z.B. die frühen Stufen der Kreativitätsentwicklung der Vorgeschichte angehören und von daher nicht historisch exakt erfasst und eingeordnet werden können. Seine Aufgabe besteht vor allem darin, dem Leser durch die Visualisierung einen Eindruck von den Anfängen der visuellen Sprache, von gegenwärtigen Entwicklungstendenzen, sowie von verschiedenen Funktionen und Potentialen der visuellen Kreativität zu vermitteln. Somit ähnelt das Modell seinerseits eher einem Kunstwerk, als einem exakten wissenschaftlichen Diagramm, bedient sich damit aber einer Darstellungsform, die der Komplexität des Gegenstands angemessen erscheint.

## Die Maltherapie

Die Maltherapie ist ein wesentlicher Bestandteil des integrierten Behandlungskonzeptes der dynamisch-psychiatrischen Klinik Mengerschwaike. Als ein überwiegend nonverbales therapeutisches Verfahren, das sich visueller Ausdrucksmittel bedient, ist sie in besonderem Maße zur Behandlung von Patienten mit frühen Ich-Störungen geeignet, da durch die bildliche Darstellung pathogene Beziehungserfahrungen fassbar werden, die in der frühesten Kindheit, vor dem Erwerb der sprachlichen Symbolisierungsfähigkeit, gemacht wurden.

Die Auseinandersetzung mit dem biographisch erfahrenen Leid und den Verletzungen der Patienten, die Auseinandersetzung mit den destruktiven und defizitären Anteilen ihrer Humanstruktur und deren Integration im Sinne der nachholenden Ich-Entwicklung, sind aber nur ein Teil der Arbeit in der

Maltherapie. Das spezifische Anliegen der Maltherapie in der Dynamischen Psychiatrie besteht in der Arbeit mit den konstruktiv entwickelten, gesunden Persönlichkeitsanteilen eines Patienten. Sie stehen im Mittelpunkt des therapeutischen Handelns, sollen bewusst gemacht, gefördert und gestärkt werden, so dass sie für die Gesundung und Weiterentwicklung des Patienten wirksam werden können.

Theoretische Grundlage für dieses Verständnis von Maltherapie ist Ammons Konzeption der Kreativität als einer unbewussten, zentralen Humanfunktion. Im Gegensatz zur Alltagsauffassung von Kreativität, die in ihr eine besondere Gabe so genannter »kreativer Individuen« sieht, postulierte Ammon Kreativität als ein schöpferisches Potential, das grundsätzlich jedem Menschen für seine Entwicklung zur Verfügung steht.

In der Maltherapie kann der Patient das Vorhandensein dieses schöpferischen Potentials in sich direkt erfahren. Er kann erfahren, dass er auf dem Wege der künstlerischen Darstellung mit sich selbst und seiner Lebenswirklichkeit in Beziehung treten und gestaltend damit umgehen kann. Die Erfahrung der eigenen konstruktiven Persönlichkeitsanteile bedeutet auch, der traumatischen Vergangenheit und den damit verbundenen Gefühlen nicht wehrlos ausgeliefert zu sein, sondern ihnen neue Denk- und Lebensmöglichkeiten entgegensetzen zu können. In diesen Erfahrungen ist das eigentlich Heilende der Maltherapie zu sehen.

Die Entfaltung von Kreativität ist Ammon zufolge aber immer an das Vorhandensein einer konstruktiven umgebenden Gruppe und den dadurch möglichen sozialenergetischen Austausch gebunden. Dementsprechend findet die Maltherapie in der Klinik Mengerschwaige immer im Rahmen einer Patientengruppe unter der Leitung des Maltherapeuten statt, so dass dem einzelnen Teilnehmer für seine Entwicklung ein sozialenergetisches Feld zur Verfügung steht.

Die Erfahrungen in der Maltherapie haben gezeigt, dass die hier stattfindenden Prozesse der Kreativitätsentwicklung nicht rein zufällig sind, sondern vielmehr einen phasenhaften Verlauf aufweisen, der sich in den Veränderungen der visuellen Sprache eines Patienten, d.h. in seinem Umgang mit Farbe und Form, der Wahl der Bildthemen etc., manifestiert. Diese unterschiedlichen Phasen wurden von mir bereits in früheren Veröffentlichungen in der Form eines theoretischen Prozessmodells beschrieben. Im Folgenden soll anhand von ausgewählten Bildern eines

Patienten die Entfaltung und Veränderung der visuellen Sprache in der Maltherapie veranschaulicht und die damit verbundenen Prozesse der Kreativitäts- und Persönlichkeitsentwicklung aufgezeigt werden.

*Der 42-jährige Elektroinstallateur Herr K. wurde aufgrund einer Vielzahl körperlicher und psychischer Problemen stationär in der Klinik Mengerschwaige aufgenommen. Neben herzneurotischen Beschwerden, Schlafstörungen, allgemeiner Unruhe und Erschöpfungszuständen klagte er bei der Aufnahme besonders über Zwangssymptome, verschiedene phobische Ängste, die sich bis zu Panikattacken steigern konnten, sowie über häufige depressive Verstimmungen. Im zwischenmenschlichen Bereich erlebte er vor allem sein suchtartiges Verhalten in Beziehungen zu Frauen als sehr belastend. Aufgrund seiner starken Verlust- und Trennungsängste ging er immer wieder übermäßig enge, symbiotische Partnerschaften ein, in denen er sich von der jeweiligen Lebensgefährtin zutiefst abhängig fühlte und darunter sehr litt, sich aber trotz dieser Ambivalenz nicht lösen konnte, da er davon überzeugt war, ohne enge Beziehung nicht lebensfähig zu sein. Seine »Bindungssucht«, wie Herr K. sein Verhalten selbst bezeichnete, wird verständlich auf dem Hintergrund seiner Lebensgeschichte.*

*Herr K. wuchs als einziges Kind seiner Eltern in einer Kleinstadt auf. Die Mutter fühlte sich früh schon von der Versorgung ihres Kindes überfordert und überließ die Mutterrolle weitgehend der Großmutter, die im selben Haus wohnte. Die Großmutter band aus eigener Bedürftigkeit den Enkel stark an sich. In die Erziehung von Herrn K. mischte sich schließlich auch noch die kinderlose Schwester der Mutter ein. In seiner großen Verlassenheit und dem Hin- und Hergerissensein zwischen Mutter, Großmutter und Tante war ihm auch der Vater keine große Hilfe, der jede Gelegenheit nutzte, um aus der belasteten häuslichen Atmosphäre zu flüchten.*

*Die aus der großen emotionalen Unsicherheit und den desolaten Beziehungsverhältnissen seiner Kindheit resultierende innere Einsamkeit und Leere, seine massive Lebensangst, versuchte Herr K. schon seit frühester Jugend mit starkem Alkoholkonsum und übersteigter Aktivität zu kompensieren. Seine Bewältigungsversuche wurden aber immer wieder durch traumatische Bindungsverluste auf eine harte Probe gestellt. So nahm sich seine Großmutter das Leben, als er 16 Jahre alt war. Einige Jahre vor seinem Klinikaufenthalt verlor er völlig überraschend seine damalige Lebensgefährtin, die bei einer Operation verstarb. In der Folge dieser unverarbeiteten Verluste verstärkte sich seine multiple Symptomatik sukzessive, bis hin zu einer weitgehenden Dekompensation vor Aufnahme in die Klinik.*

*Trotz seiner stark belasteten Biographie war es Herrn K. aufgrund seiner hohen Intelligenz und ausgeprägten Kreativität möglich, einiges für sich im Leben zu erreichen. So hatte er immer eine feste Arbeitsstelle, wo er durch sein handwerkliches Geschick auch erfolgreich war. Es gelang ihm, relativ konstant zahlreiche Hobbies zu verfolgen, wobei vor allem sein künstlerisches Interesse an Malerei und Photographie im Vordergrund stand.*

*Entsprechend seiner künstlerischen Begabung und des schon zuvor bestehenden Zugangs zur visuellen Sprache und ihren Ausdrucksmöglichkeiten war für Herrn K. die Maltherapie während seines Klinikaufenthalts von besonderer Wichtigkeit. Hier war es ihm möglich, mit seinem Unbewussten in Kontakt zu treten, was er sonst durch seine Psychosomatik und zwanghafte Kontrolle abwehrte. In seinen Bildern konnte er seinen Gefühlen und den in seiner Kindheit erfahrenen Verletzungen Ausdruck verleihen und in der Auseinandersetzung damit auch zu neuen Perspektiven für sein Leben finden.*

Die ersten Bilder, die Herr K. in der Maltherapie produzierte, blieben auf einer für ihn inhaltlich unbelasteten, rein ästhetischen Ebene. Erst als ein gewisses Vertrauen zur Gruppe entstanden war, konnte er nach und nach seine vorsichtige Kontrolle aufgeben und seine kreativen Potentiale dazu nutzen, innere Verwerfungen und traumatisches Erleben aus seiner Vergangenheit malerisch umzusetzen.

Ein Ergebnis dieses Kontrollverlusts im Dienste des Ich stellt das plastische Bild dar, welches in Abbildung 2 wiedergegeben ist. Herr K. bemerkte zu diesem Bild, daß er wie ein kleiner Junge einfach mit der Farbe gespielt habe, ohne nachzudenken, und daß in diesem kreativen Prozeß eine für ihn unbekannte Freude spürbar gewesen sei. Symbolhaft bedeuten die in ungewohnter Manier verarbeiteten Materialien - der Schlüssel, ein Türschloß, eine Schraube, ein Netzstreifen, eine Art Tisch oder Stuhl - frei zu handeln und zu gestalten, ohne von (verinnerlichten) Autoritätsfiguren hören zu müssen: »Was machst du da? Laß den Unsinn, benimm dich ordentlich!«

Psychodynamisch betrachtet ist die Wiederentdeckung der Freude am kindlichen Spiel eine gelungene Abgrenzung gegen die überzogenen Ansprüche eines archaischen Über-Ichs, unter denen Herr K. immer wieder zu leiden hatte. Im Hinblick auf die Entwicklung der visuellen Sprache kann die von Herrn K. erlebte kreative Befreiung in Analogie zu den Ursprüngen kreativen Ausdrucks in der frühen Steinzeit gesehen werden: der spielerische Umgang mit vorgefundenen Gegenständen und Materialien, der zuvor

unbekannte Sinngestaltungen, Verwendungsmöglichkeiten und Gestaltungen hervorbringt, stand auch hier am Beginn der Ästhetik. Diese Wurzel des kreativen Akts erweist sich immer wieder als fruchtbar und hat auch in der Kunstgeschichte des 20. Jahrhunderts eine bedeutende Rolle gespielt, wenn man z.B. an Picassos Skulptur eines Stierkopfs aus Fahrradteilen denkt, oder an Duchamps Umgang mit vorgefundenen Objekten, der aus einem Flaschentrockner oder einem Urinal ein Kunstwerk werden ließ. Kompositorisch weist die Arbeit von Herrn K. vergleichbare Elemente zu Emilio Vedovas Bild »Absterbendes Berliner Tagebuch« auf; beide Bilder sind Ausdruck der Stufe der »emotionalen Abstraktion« im Entwicklungsmodell der visuellen Sprache. In der emotionalen Abstraktion seines Bildwerks findet sich auch eine Auseinandersetzung Herrn K.'s mit bislang noch unvermittelt nebeneinander stehenden Aspekten seiner Identität: einerseits seine erfolgreiche berufliche Existenz als Handwerker, in der es um Präzision und genau definierte Leistung geht, symbolisiert durch die Werkzeugteile, andererseits die aufgewühlte Emotionalität in seinem Inneren, die sowohl kreatives Potential wie auch Gefahr der Desorganisation bedeutet, symbolisiert durch die gemalten Bildteile.

Im nächsten Bild von Herrn K. (Abb. 3) vertieft sich die im vorangegangenen Werk einsetzende Regression. Zentrum dieser Bildkomposition ist eine ovale Form, eingefasst mit einem dicken roten Band. Innerhalb finden sich verspielte weiße Krakeluren in einer grün-blauen Fläche von beträchtlicher Tiefenwirkung. Im seitlichen unteren Teil der abgeschlossenen Form kreierte Herr K. einen surrealen Kopf. Die vom Malenden entworfene Symbolsprache weckt Assoziationen zu einem Embryo in der Fruchtblase, zu Gebärmutter und Mutterkuchen. Die emotionale Abstraktion des Bildes spiegelt offenbar auf einer unbewußten Ebene eine Auseinandersetzung mit dem Ursprung der eigenen Existenz wieder, mit archaischen Gefühlen, die bis in die früheste Lebensphase zurückreichen. Das Einlassen auf diese regressiven Gefühle erzeugt aber auch ein starkes Bedürfnis nach Abgrenzung und Schutz in einer behüteten Umgebung (so ließe sich die »Fruchtblase« ebenfalls verstehen), sowie die Notwendigkeit der Selbstvergewisserung. Als Versuch der Selbstvergewisserung könnte man die verschiedenfarbigen Handabdrücke auf hellblauem Hintergrund ansehen, welche die ovale Form umgeben. Abdrücke von Körperteilen herzustellen ist die wohl früheste Form der Auseinandersetzung und Spiegelung des Selbst mit den Mitteln der visuellen Sprache. Farbige Handabdrücke wie auf dem Bild von Herrn K. finden sich in

vielen steinzeitlichen Höhlen, als Ausdruck eines Bedürfnisses des Menschen, Spuren zu hinterlassen und mit sich selbst durch künstlerischen Ausdruck in Beziehung zu treten.

Das Einlassen auf sich selbst und das damit einhergehende Zurücknehmen von überstarker Abwehr, von dem die ersten Bilder Herrn K.'s erzählen, kann als psychische Voraussetzung für die Entstehung der folgenden Bilder verstanden werden. In der surrealistischen Alptraumphantasie des dritten Bildes (Abb. 4) findet eine direkte Auseinandersetzung des Malenden mit traumatischen Erlebnissen seiner Vergangenheit statt. Das Bild ist in einer kindlichen Ikonographie gestaltet, was darauf hinweist, daß die dargestellten Verletzungen bis in die Kindheit zurückreichen, obwohl die Bilderzählung von Ereignissen aus Herrn K.'s späterem Leben berichtet. Die Bildkomposition wird in der oberen Hälfte von geisterhaften Masken beherrscht, die an Tote erinnern. Darunter schwebt in der Bildmitte ein durchlöchertes Herz, aus dem eine gelbe Flüssigkeit fließt. Links davon liegt auf einer Art Operationstisch eine junge Frau, in deren offenem Brustkorb das Herz pulsiert. Rechts von dem verletzten Herzen eine ältere Frau, ähnlich aufgebahrt, mit einem umgedrehten Herzen an Stelle der Vagina. An den seitlichen Rändern der Bildkomposition befinden sich zwei Gruppen von Ärzten oder Pflegern in stilisierten weißen Kitteln, wobei der Gruppe neben der jungen Frau die Arme an den Schultern amputiert sind, während der anderen Gruppe, die sich bei der älteren Frau befindet, die Arme an den Ellbogen amputiert wurden.

Die sehr direkte, drastische Symbolsprache, die Herr K. in diesem Bild verwendet, erlaubt eine eindeutige Zuordnung des Gezeigten zu biographischen Daten. Dargestellt ist hier der wiederholte traumatische Verlust wichtiger Bindungspersonen, den der Patient erleiden mußte: einmal durch den Selbstmord der Großmutter in seiner Jugend, und dann etliche Jahre später durch den völlig überraschenden Tod der Partnerin bei einer Operation. Die Hilflosigkeit und Ohnmacht, die er angesichts dieser Verluste empfand, findet sich symbolisch verkleidet in den handlungsunfähigen, da amputierten Ärzten wiedergegeben. Daß diese Bindungstraumata noch nicht verarbeitet sind, deuten die geisterhaften Fratzen an, die man als »Gespenster der Vergangenheit« lesen kann, die Herrn K. innerlich bis in die Gegenwart verfolgen. Eine solche Interpretation scheint nicht zu weit gegriffen, da Herr K. durch die mehrfache Darstellung des Herzsymbols selbst eine Verbindung zu seiner später aufgetretenen Herzneurose herstellt.

Die sexuellen Konnotationen, die in dieser Darstellung auftauchen, treten im folgenden Bild (Abb. 5) deutlicher zu Tage. Hier werden vom Malenden ikonographische Spannungen als Informationsträger gestaltet. In der linken oberen Ecke des Bildes eine emotionale Abstraktion: aus einem konkreten Dreieck heraus verlaufen die Farben zufällig und machen so die Emotion deutlich. In der kompositorischen Mitte taucht eine von unten her treibende Energie auf, die die weitere Komposition bestimmt. Visuell ergibt sich dadurch eine Form, die Ähnlichkeit mit einem Finger aufweist. Inhaltlich könnte man sie auch als ein verletztes männliches Glied deuten, eine Assoziation, die durch das kräftige Strichwesen rechts davon nahegelegt wird, welches zugleich ein kleines männliches und weibliches Genitale aufweist. Die Irritation liegt in den nachträglich aufgetragenen emotionalen Übermalungen der Krakeluren, die durch Verlaufen der Farben entstanden sind, und einen aggressiven, zornigen Kopf darstellen. In einer sexuell gefärbten Bildphantasie, die in unserem Entwicklungsmodell der visuellen Sprache der Dimension des Rituals angehört, taucht hier das Thema einer übermächtigen - da männliche und weibliche Potenz vereinenden - Bindungsfigur auf, die als Bedrohung der männlichen Potenz des Malenden phantasiert wird. Im freien Spiel mit Formen und Farben entstand eine emotionale Wahrnehmung dieses Konflikts, der dadurch zum Gegenstand bewußter Auseinandersetzung werden konnte.

Als ein Ergebnis dieser therapeutischen Auseinandersetzung kann man das nächste Bild (Abb. 6) verstehen. In ihm werden die in den vorhergehenden surrealistischen Alptraumbildern aus dem Unbewußten auftauchenden Traumata in Beziehung zueinander gesetzt und erfahren somit eine vom (vor-)bewussten Ich ausgehende Integration im kreativen Akt. Schauplatz der Bilderzählung ist eine Landschaft, in der sich links unten eine Eisenbahn mit Brücke, Fluß und Bäumen befindet, zur rechten eine Stadt mit Kirchtürmen in Mitten von Feldern. Man kann vermuten, daß es sich um eine Darstellung von Herrn K.'s Heimatstadt handelt, in der er auch geboren und aufgewachsen ist, was durch die teilweise kindliche Ikonographie nahegelegt wird. Aus den Spitzen der beiden Kirchtürme brechen zwei energiegeladene Farbbänder, wobei die unterschiedliche Farbgestaltung verschiedene Assoziationen auftauchen läßt: bei dem linken Farbstrahl könnte es sich um einen Regenbogen handeln, während der rechte eher an aufschießende Flammen erinnert. So unterschiedlich wie diese Assoziationen sind auch die Bildteile, mit denen die Farbbänder in Verbindung stehen: während die Flammen in einem Friedhof münden, der sich in der rechten oberen Bildecke befindet, überspannt der

Regenbogen in der linken Bildhälfte die Darstellung eines Tisches, auf dem ein Bierkrug steht, einen lächelnden weiblichen Akt mit hohen Schnürstiefeln und eine Herzform, die ein Bett einfasst. Herr K. stellt in dieser Komposition eine kausale Verschränkung zwischen der unverarbeiteten Trauer über die erfahrenen Bindungsverluste und seinen Copingversuchen durch Alkoholsucht, suchtartiges Bindungsverhalten und Sexualisierung her. Der inhaltliche Nexus mit den Mitteln der visuellen Sprache findet sich in dem Fadenkreuz unterhalb der Herzform, in dem eine kleine rote Form gefangen ist, ein Symbol für Bedrohung und Verletzung. Kreativitätstheoretisch wurde diese Integration erreicht, indem der Malende hier fragmental verschiedene Ebenen in einer integrierenden Komplexität der visuellen Information mit den Mitteln der Komposition zu einer Einheit der Erfahrungen umsetzte. Dieser Mechanismus findet sich z.B. auch in Dalis Werk »Erleuchtete Lüste«. Die in diesem Bild gelungene Integration ermöglicht eine weitere Exploration der dargestellten Problematik. In der surrealen Abstraktion des folgenden Bildes (Abb. 7) greift Herr K. das Thema erneut auf, aber nun im Hinblick darauf, welche Auswirkungen sich aus der Spannung zwischen unverarbeiteten Traumata und destruktivem Coping für das Selbst ergeben. Dargestellt sind ein männlicher Kopf in der Mitte, der von zwei Frauen eingerahmt wird. Der Frauentorso zur Linken stellt wohl die Freundin dar: sich grämend vor Trauer, durchgestrichen. Rechts wird eine Dali-ähnliche Frauenfigur in Szene gesetzt, die in ihrer aufreizenden Nacktheit und dem Glas mit Alkohol, das sie dem männlichen Beobachter anbietet, als Verführerin inszeniert wird. Die linke Hand der Figur hält ein Messer und verweist auf die in Abb. 5 bereits auftauchende Bedrohung der männlichen Potenz und Integrität durch die verführerische Frau. Die surreale Vision verdichtet sich in der hervorhebenden Einrahmung des weiblichen Genitalbereichs, welche den lustverzerrten, verwirrten Gesichtszügen der Figur korrespondiert. Entscheidend ist in diesem Bild die Verdoppelung der Augen in dem männlichen Kopf, die einer Verdoppelung der emotionalen Wahrnehmung gleichkommt: es herrscht Irritation und Verwirrung, hin- und hergerissen zwischen kaum erträglicher und daher vermiedener Trauer und sexualisierter Abwehr ergibt sich ein Selbstzustand am Rande des »Verrücktwerdens«, wie Herr K. in der Nachbesprechung der Maltherapie äußerte.

Durch die künstlerische Gestaltung und Wahrnehmung dieses Zerrissenseins und -werdens gelang Herrn K. ein wichtiger Abgrenzungsschritt gegen diese destruktive Dynamik. Die Zeichnung ist stilistisch der

surrealen Ikonographie zuzuordnen und entspricht dem »Ungeheuer« von Mathias Grünewald.

Das Sich-Einlassen von Herrn K. auf das eigene Leid und den therapeutischen Veränderungsprozeß, wie es in den vorangegangenen Bildern dokumentiert ist, führte bei zunehmend durchlässiger werdender Abwehr zu einer tiefen therapeutischen Krise. Am Kulminationspunkt der stationären Therapie litt der Patient unter starken Ängsten, Verzweiflungsgefühlen und daraus hervorgehenden Suizidphantasien, deren Ausdruck das folgende Bild (Abb. 8) darstellt. Es ist die gemalte Verarbeitung einer konkreten Situation, in der Herr K. den fast übermächtigen Drang verspürte, sich vor die U-Bahn zu werfen, um seiner inneren Not zu entfliehen. Links im Bild steht die Figur eines kleinen, verlorenen Menschen auf einer stilisierten Treppe, die in die U-Bahnstation führt. Rechts bilden U-Bahnschienen die zweite Hälfte der Konkave, dazwischen braune Farbflecken als Symbol für Wolken. Die Bildmitte nimmt ein überdimensionaler Kopf ein, bei dem die Zähne auffallend hervortreten: man spürt förmlich, daß die Zähne vor Angst klappern. Die nach unten gewendeten Augen scheinen ins eigene Innere zu blicken, von der Beschäftigung mit der Angst absorbiert. Durch die Stirn, bzw. direkt durch die Gehirnwindungen fährt eine U-Bahn. Ein Hirnareal ist rot gekennzeichnet, wo nach den Angaben von Herrn K. der Schmerz und die Angst am intensivsten tobten, entweder verrückt zu werden, oder sich aus Verzweiflung vor die U-Bahn werfen zu müssen. Rechts auf der Stirn, unterhalb der Schienen, liegt ein kleiner menschlicher Körper, so, wie es fast geschehen wäre. Sich durch das Bild mit dieser Situation zu konfrontieren, war für den Patienten »ein Schock«, wie er selbst sagte. Allerdings, so könnte man hinzufügen, ein heilsamer Schock, von dem die Tränen zeugen, die aus dem rechten Auge des dargestellten Kopfes quellen. In ihnen kann man ein (An-) Erkennen der emotionalen Tragweite dieser Grenzsituation sehen, ein Zeichen der Trauer über die eigene Destruktivität, aber auch ein Bekenntnis zum Leben. Durch die Visualisierung dieser verschiedenen Aspekte einer existentiellen Grenzsituation ergab sich für Herrn K. nicht nur die Möglichkeit einer Distanzierung von seinen selbstzerstörerischen Impulsen, sondern auch über die Auseinandersetzung mit dem aufrüttelnden Schockerlebnis ein starker Anstoß, auf persönliche Veränderung hinzuarbeiten. Im Hinblick auf die Entwicklung der visuellen Sprache entspricht diese Zeichnung in ihrer genauen Beobachtung den im Modell abgebildeten »Zwei schwarzen Bisons«. Der aus diesem dramatischen Wendepunkt entstandene konstruktive Prozeß in

der stationären Therapie spiegelt sich auch in den folgenden Werken aus der Maltherapie wieder. Auch in Abb. 9 finden sich verfolgende Fratzen, welche pathologische Vorstellungen, Phantasien und Ängste repräsentieren. Doch erscheinen sie in der Darstellung nun ironisch gebrochen, ihrer überwältigenden Macht beraubt, als nicht mehr ganz ernstzunehmende Schreckgespenster. Aus der ins Unglück hinunterführenden U-Bahntreppe wird eine nach oben führende, freundlich surreale Vision. Palmen fliegen symbolisch durch den Himmel, eine Reminiszenz an glückliche Zeiten während Herrn K.'s ausgedehnter Reisen, die für ihn einen bedeutsamen Lebensinhalt darstellten. Darunter befindet sich eine in Schwarz und Rot eingegrenzte Figurationsgruppe, auf einem Tisch sitzend, getragen von einem doppelten Hai, der nach zwei Richtungen strebt. In die Komposition sind auch Schriftzeichen integriert. Ein kleines Kunstwerk, das die Ikonographie der Surrealisten, der konkreten Abstraktion und der Impressionisten beinhaltet. Herr K. zeigt in diesem Bild, wie er zunehmend sein kreatives Potential für konstruktive Vorstellungen nutzen kann. Er sucht Elemente für eine Zukunftsgestaltung, die einen phantasievollen Erlebnisraum öffnen.

Während in Bild 9 eine Gesamtkomposition aus disparaten Versatzstücken surrealer Imagination vorherrscht, findet im darauf folgenden Bild eine Auflösung und Zertrümmerung statt, die man in Analogie zu dem in der Therapie stattfindenden Prozeß der fortlaufenden Verstörung festgefügtter Vorstellungswelten verstehen könnte. Die surreale Abstraktion (Abb. 10) besteht aus spielerischen Formen von Dreiecken, Kreisen und Linien auf einer in drei Farben aufgeteilten Grundfläche, die als räumlicher Hintergrund dient. Inhaltlich könnte man in der linken Bildhälfte eine abstrahierte Figur mit einem tierartigen, gelben Kopf sehen, die auf einem dunkelbraunen Herzen steht, welches mit drei rechteckigen Schnitten oder Malen versehen ist. Über der Figur ein storchenähnlicher Vogel mit einem roten, ovalen Auge, dessen Körper in einer Schlangenform ausläuft. Im rechten Bildteil wiederholt ein aus blauer Fläche geschwungener Bogen die Schlangenform, die in einem gelben und einem blauen Dreieck endet. Insgesamt könnte man die Figur als Fragezeichen deuten. Um die blaue Mittelfläche windet sich eine mit richtungsgebenden roten Dreiecken versehene Linie zum rot abgegrenzten linken Bildfeld, das ebenfalls in flächigem Rot gehalten ist. Die dreiteilige abstrakte Komposition in der Mitte, in der sich reale Versatzstücke finden lassen - z.B. eine Eistüte mit Eiskugeln, ein zerbrochenes und ein ganzes Hufeisen, ein Fabelwesen, das etwas aus einem Teller saugt - karikiert

abstrahierend eine zerbrochene Vergangenheit. Die räumlich atmosphärische Stimmung des Hintergrundes könnte auf eine hellere Zukunft verweisen, doch deutet das Bruchstückhafte des Bildes auch auf ein Zerschneiden von Selbst- und Objektbildern in der Gegenwart und eine vorübergehende Phase der psychischen Desorganisation, die aber als Voraussetzung für neue Entwicklungen verstanden werden kann.

Die Komposition des sich anschließenden Bildes (Abb. 11) übernimmt die kubistischen Deformierungen, aber konstruiert neue Perspektiven. Hier begegnet eine geschlossene Komposition mit konkreten Elementen, die im Vergleich zum vorhergehenden Bild auf eine Reorganisation des Malenden hindeutet. Zentral in der Bildmitte eine Nixe am Strand, an ein surreales U-Boot gelehnt. Beide Figuren sind in Rot gehalten, durch das fließende Blau des Meeres nur unvollständig vom glühenden Abendrot abgegrenzt, mit dem sie tendenziell zu verschmelzen scheinen. Inhaltlich taucht hier wieder das Thema des Umgangs mit der Sexualität und dem ebenso bedrohlichen wie verführerischen Weiblichen auf, das in Abb. 5-7 eine so wichtige Rolle einnimmt. Anders als in diesen Bildern herrscht nun aber eine versöhnliche Stimmung vor, der Kontakt zwischen der symbolisch phallischen Form des U-Boots und der Nixe ist eng und friedfertig. Man könnte dieses Bild als den Wunsch des Malenden nach einer freundlichen Symbiose verstehen, worauf auch die farblichen Verschmelzungen hindeuten. Die deutliche Melancholie des Bildes verweist einerseits auf den Fortschritt von der paranoid-schizoiden zur depressiven Position, andererseits aber auch darauf, daß hier noch keine tragfähige Auflösung und Integration gefunden ist. Die erreichte Versöhnlichkeit und harmonische Sichtweise ist in mancher Hinsicht noch stark harmonisierend, da durch den asexuellen Fischleib der Nixe nur eine vorübergehende »Lösung« im Sinne eines eher neurotisch gefärbten Ausblendens der bedrohlichen Sexualität gelungen ist. Trotz dieser zunächst vermiedenen Untiefen kann man in diesem gegen Ende der Therapie entstandenen Bild eine deutliche Stabilisierung von Herrn K. in einem zentralen Aspekt seiner Psychodynamik erkennen und das Auftauchen neuer Perspektiven in wichtigen Lebensbereichen wie der Partnerschaft und Sexualität.

Eine Stabilisierung in einer anderen Richtung zeigt das in Abb. 12 (siehe auch Titelseite) wiedergegebene Bild an. Es weist in seiner realistischen Malweise auf einen veränderten Umgang mit biographisch erfahrenen Verletzungen und daraus entstandenen Verletzlichkeiten. Im Gegensatz zu den alptraumhaften Leidensvisionen früher entstandener Bilder hat der Schmerz

nun einiges von seiner überwältigenden, verstörenden und desorganisierenden Qualität verloren. Auch wenn er in der Darstellung des verletzten Stieres von großer Intensität ist, so erscheint das Leid jetzt doch potentiell zu bewältigen. Die Kraft des mächtigen Tieres könnte als ein Hinweis darauf gelesen werden, daß es Herrn K. in der Therapie gelungen ist, trotz aller schmerzhaften Krisen, die unverzichtbarer Teil des Prozesses sind, einen Zugang zu seinen Ressourcen zu finden und, - im Sinne der nachholenden Ich-Entwicklung -, manche seiner strukturellen Kompetenzen zu kräftigen. Im Hinblick auf das Modell der Entwicklung der visuellen Sprache ließe sich dieses Bild mit dem Wagenlenker von Delphi vergleichen.

Ein freundliches, hoffnungsvolles Bild (Abb. 13) steht am Ende der Entwicklung von Herrn K. in der stationären Therapie. In der unpräzisen realistischen Malweise dieses Bildes drückt sich eine Art Resümee seines therapeutischen Prozesses aus. Während die Tulpen inhaltlich den Aspekt des persönlichen Wachstums symbolisieren, verweisen die unterschiedlichen Bildhintergründe auf die emotionalen Prozesse, die dieses Wachstum ermöglichen. In der rechten Bildhälfte dominiert ein bedrohliches Schwarz, aus dem rote und gelbe Flammen züngeln. Demgegenüber steht die Tulpe in der linken Bildhälfte vor einem tiefen Dunkelblau, das nicht bedrohlich, sondern belebend wirkt. In der Vorstellungswelt des Malenden scheint dies auf einen transitorischen Prozess der Reinigung und Läuterung in einer Art seelischem Fegefeuer hinzudeuten, der zu einem guten Ende gebracht werden konnte. Man könnte sagen, daß sich hier ein Mensch äußert, der es verstanden hat, seine kreativen Potentiale für seine Genesung einzusetzen, und der nun eine für ihn annehmbare Lebensgestaltung in Angriff nehmen kann.

Eineinhalb Jahre nach seiner Entlassung aus der Klinik nahm Herr K. erneut Kontakt mit dem Maltherapeuten auf, um ihm über seine Entwicklung nach der stationären Therapie zu berichten. Er erzählte von deutlichen Veränderungen, aber auch davon, dass manche Lebensthemen, die ihn in die Klinik gebracht hatten, nach wie vor große Herausforderungen darstellten. So waren etwa seine großen Verlustängste immer noch ein zentrales Problem in seinen Beziehungen zu Frauen, aber insgesamt hatte er zu einem selbstbewussteren Umgang mit seinen Befürchtungen, verlassen zu werden, gefunden. Eine positive Veränderung ergab sich auch im Hinblick auf seine Suchtproblematik, insofern Herr K. hier glaubhaft berichten konnte, daß er vom übermäßigen Alkoholgenuß abgekommen sei. An seiner Arbeitsstelle gefiel es ihm gut und

er pflegte seine Interessen: er war Mitglied eines Kunstvereins geworden und bereitete eine Ausstellung neuer Arbeiten vor.

In der Maltherapie hatte Herr K. gelernt, sich in der visuellen Sprache auszudrücken, immer tiefer in ihre vielgestaltigen Dimensionen einzudringen und immer genauer ihren Nuancenreichtum wahrzunehmen. Auf diesem Wege gewann er einen wertvollen Zugang zu bislang von unverarbeiteten Traumata blockierten tieferen Schichten seiner Persönlichkeit, und die Möglichkeit, bedeutsame Aspekte seiner Lebensgeschichte und seines Wesens zur Entfaltung zu bringen.

Zu den Bildern im Modellschema (zusammenhängende Innenseite der Bildtafeln):

*Bild 1:* »Hominiden-Fußabdrücke von Laetoli«, ca. 3,6 Millionen Jahre alt

Die Hominidenfährten von Laetoli bestanden bei der Entdeckung aus 54 Trittsiegeln, die in zwei parallelen Fährten nordwärts ziehen. Die bewusste Wahrnehmung des frühen Menschen, daß sein körperliches Handeln unabsichtlich Spuren in der Umwelt hinterläßt, kann als wichtige Vorstufe dafür gesehen werden, diese Gestaltungskraft auch absichtsvoll einzusetzen.

*Bild 2:* »Natürlicher Elioth«

Bereits der Homo habilis benützte solch einen Stein als Werkzeug. Wahrscheinlich ging der Zeit, in der der Vormensch einfache Steinwerkzeuge herstellte, eine lange Periode voraus, in der er ähnliche Gegenstände verwendet hatte, die schon von Natur aus eine ihm zusagende Form oder Eignung besaßen. Vorgefundenem eine instrumentelle Funktion und damit Bedeutung zu verleihen, ist ein Akt der Kreativität, der bereits auf der Stufe der Primaten vorkommt, die ebenfalls Äste und Steine als Werkzeuge verwenden.

*Bild 3:* »Auswahl von Arbeitsgeräten der sog. Osteodontokeratischen Kultur (Knochen- Horn- Zahn- Kultur)«

Anhand von Fundstücken aus Makapansgat wird deutlich, daß der Australopithekus den logisch nächsten Schritt zu vollziehen in der Lage war,

nämlich die Verwendung von natürlich vorkommenden Fundstücken durch die absichtsvolle, kunstfertige Herstellung und Verbesserung von Werkzeugen zu ersetzen. Die Herstellung von Artefakten ist ein weiterer Schritt auf dem Weg zur Entwicklung der Kunst.

*Bild 10:* »Tanz der Frauen« Los Grojos I. Cieza, Levantin, Spanien

Zu den frühesten künstlerischen Artefakten gehören die vielfältig überlieferten Höhlenmalereien. In dieser Darstellung von Strich-Menschen befinden wir uns auf der Ebene der Umsetzungsfähigkeit von Figuren, also einer frühen Form der formgebenden Abstraktion. Die gestalterischen Möglichkeiten in der Abstraktion entsprechen im Vergleich denjenigen von Kindern im Alter von 3 bis 5 Jahren. Die Linien bleiben zweidimensional, in der räumlichen Aufteilung wird die dritte Dimension erreicht, im Ritual des Tanzes wird bereits die Vorstellung der vierten, der zeitlichen Dimension eingebracht.

*Bild 9:* »Mammutgravierung aus der Höhle La Madeleine, Frankreich«

Im Hinblick auf die künstlerischen Gestaltungsmöglichkeiten zeigt diese Gravurzeichnung ein wachsende Komplexität der formgebenden Abstraktion. In der unruhigen Strichführung wird die körperliche Anspannung und Hektik der Jagd, und die damit verbundene intensive emotionale Erregung spürbar. Zur formgebenden Abstraktion tritt als zweite künstlerische Ebene die emotionale Abstraktion. In der Verbindung der Linien zur flächigen Darstellung kommt die zweite Dimension der visuellen Sprache zum Tragen, in der emotionalen Abstraktion des Jagdgeschehens eröffnet sich die vierte Dimension.

*Bild 8:* »Stilisierte Frauenbüste« Anhänger aus Mammutelfenbein, Gravietten, Dolni Vestonice, Mähren, CR

Die gravierten Linien in den Brüsten sind sowohl der reinen, wie auch der formgebenden Abstraktion zuzuordnen. In der wirklichkeitsgetreuen Wiedergabe des anatomischen Details eröffnet sich eine neue künstlerische Perspektive. Die Nutzung der Brustoberfläche zur Verzierung mit ornamentalen Linien verweist auf die zweite Dimension der visuellen Sprache, in der plastischen Darstellung der Büste wird die dritte Dimension genutzt.

*Bild 22: »Der Wagenlenker von Delphi« Bronze, Griechenland*

Nach der ersten Revolution der visuellen Sprache vor ca. 50 000 Jahren, in der Anatomie und Perspektive aus der unbewussten Wahrnehmung heraus entwickelt wurden, trat die zweite geistige Revolution in der griechischen Antike des 8. Jahrhunderts v. Chr. ein. In den künstlerischen Gestaltungen der griechischen Antike dokumentiert sich die bewusste Kenntnis und Anwendung der Anatomie in der Kunst. Die Perspektive entstand aus der beginnenden Mathematik, der Berechnung von Entfernungen. Die Ausübung der visuellen Sprache wird zu einer auf exakten Grundlagen beruhenden Disziplin. Die dritte revolutionäre Entwicklung trat dann in der Renaissance ein, in der Wissenschaftler und Künstler ein neues Weltbild entwarfen, dem in der Kunst die Zentralperspektive entsprach.

*Bild 17: »Die Ungeheuer« Ausschnitt aus dem Isenheimer Altar von Matthias Grünewald, entstanden 1513 - 1515*

Grünewalds Bild steht stellvertretend für eine weitere zentrale Eigenschaft der visuellen Sprache, nämlich für ihr Potential, zum Ausdrucksmittel der Imagination und des daraus erwachsenden Imaginären zu werden. Durch die freie, kreative Kombination von inneren Bildvorstellungen können surreale Weltentwürfe entstehen, die keine Entsprechungen in der äußeren, materiellen Lebenswirklichkeit haben, aber auf die emotionale Wirklichkeit des Unbewussten verweisen. Die frühesten Zeugnisse surrealer Imagination in der Kunst weisen weit in die Menschheitsgeschichte zurück und stehen in Verbindung mit religiösen Vorstellungen und Ritualen des Totemismus. Ein besonders bedeutendes Beispiel dafür ist der in der Nähe von Ulm gefundene »Löwenmensch«, die Elfenbeinstatue einer menschlichen Figur mit Löwenkopf, bei der es sich wohl um die älteste Mensch-Tierplastik der Welt handelt (Beginn der jüngeren Altsteinzeit, ca. 30.000 Jahre v. Chr.). Im Bild von Grünewald vereinen sich die erste, zweite, dritte und vierte Dimension der visuellen Sprache, hervorkommend aus der emotionalen, konkreten, reinen und formgebenden Abstraktion.

*Bild 12: »Marte e l'artista« Cy Twombly, 1975*

In Twomblys Farbzeichnung finden sich Krakeluren wie bei 2- bis 5-jährigen Kindern. Sogar bei Pavianen und Schimpansen, die man zum Malen anhält, sind ähnliche Krakeluren nachzuweisen, was belegt, daß auch andere Lebewesen die erste und zweite Dimension reproduzieren können. Die emotionale Ausdruckskraft und die dadurch gegebene künstlerische Bedeutung dieser Linien wurzeln in der zuvor beschriebenen Fähigkeit des Menschen zur physiognomischen Perzeption. Daß einer der angesehensten Künstler des späten 20. Jahrhunderts auf diese einfachsten Ausdrucksmittel zurückgreift, verdeutlicht, daß die Entwicklung der visuellen, künstlerischen Sprache in der Menschheitsgeschichte nicht als ein linearer Prozeß der »Höherentwicklung« zu verstehen ist, der frühere Stufen obsolet machen würde. Vielmehr sind alle Ausdrucksmöglichkeiten als prinzipiell gleichwertige Mittel der menschlichen Kreativität anzusehen, über die der künstlerisch tätige Mensch frei verfügen kann.

*Bild 13: »Mysterienspiel - 80. Aktion, Prinzendorf, 1984« von Hermann Nitsch*

Auch im Aktionismus bzw. Mysterienspiel von Nitsch findet sich das Bemühen eines zeitgenössischen Künstlers, auf die frühesten Ausdrucksmittel der visuellen Sprache zurückzukommen. Anders als bei Twombly geht es hier jedoch um eine Begegnung mit den Wurzeln der Kunst in den Ritualen und kultischen Handlungen des Frühmenschen. Das rituelle Zerlegen von Tierkadavern ist ein wichtiges Element bei Hermann Nitschs Mysterienspielen und verweist auf eine plausible Interpretation, aus welchen Tätigkeiten die kreative Gestaltung sozialer Rituale bei unseren Vorfahren entstanden sein mag. Die Aufnahme des Mysterienspiels in das Modell der visuellen Sprache verweist darüber hinaus auf die Tatsache, daß sich diese nicht in der Herstellung materieller künstlerischer Artefakte erschöpft. Durch die Choreographie von Handlungen im Ritual werden diese aus den Handlungszusammenhängen des Alltags herausgelöst, es entsteht ein davon abgehobener, eigenständiger Sinnzusammenhang, der als eine mit den Mitteln der visuellen Sprache gestaltete soziale Skulptur verstanden werden kann. Das materielle künstlerische Artefakt kann umgekehrt zum Symbol des sozialen Rituals werden, wie Nitschs mit Tierblut gemalte Bilder, die als bleibende »Nebenprodukte« der

Mysterienspiele in Ausstellungen zu sehen sind. Einen ähnlichen Funktionszusammenhang könnte man bei dem folgenden Bild unterstellen:

*Bild 15:* »Vulvasymbol aus der Zeit des Aurignacien« aus La Ferraisse, Abricellier, Frankreich

Der Aurignacien-Künstler definiert visuell einen Körperteil, liefert also bereits als früher Homo sapiens eine gewissermaßen wissenschaftlich verifizierte Beobachtung. Ein Bezug zu Fruchtbarkeitsritualen ist vorstellbar. Die Zeichnung stellt eine formgebende Abstraktion, sowie die zweite und dritte Dimension dar.

*Bild 14:* »Plurimo No. 4 - Absterbendes Berliner Tagebuch« von Emilio Vedova, 1964

Charakteristisch für die Arbeiten Vedovas ist, daß er seine Malflächen zu Plastiken zusammensteckt oder mehrere Bilder über einen Raum hinweg korrespondieren lässt. Die Erweiterung des Bildraums in die dritte Dimension und darüber hinaus in den Ausstellungsraum wird von ihm genutzt, um vorhandene geistige und emotionale Bezüge zwischen getrennten Zeiten und Orten zu verdeutlichen. Vedovas plastische Bildwerke leben aus der zweiten und dritten Dimension und weisen in der emotionalen Abstraktion auf die vierte hin. Die Möglichkeit, räumlich und zeitlich Getrenntes, aber emotional und geistig Zusammengehöriges in der Imagination zu verbinden, kann anhand dieses Beispiels als weiteres bedeutendes Potential der visuellen Sprache verstanden werden.

*Bild 19:* »Projet d' affiche pour les montres Zenith«, Collage von Sonia Delaunay, 1914

Delaunays konkrete Abstraktion in Farbe und Form beinhaltet auch konkrete Schriftzeichen. Von der Abstraktion gelangt sie zur Dimension der Schrift; ein analoger Vorgang zur Entwicklung der Schrift vor mindestens siebentausend Jahren. Beispielhaft zeigt sich hier, wie über die Abstraktion in der visuellen Sprache Begriffsbildung unterstützt wird und sich dadurch eine Möglichkeit zur Bewusstwerdung eröffnet.

*Bild 27:* »Zwei schwarze Bisons mit eingezeichneten schwarzen und roten Pfeilen«, Niaux Salon Noir, Frankreich

Die riesige Höhle, aus der diese steinzeitlichen Malereien stammen, öffnet sich über einem Pyrenäental, 4 km von dem Städtchen Tarascon-sur-Ariege entfernt. Die Bilder sind alle in schwarzen Umrissen und einem wunderbar flüssigen Stil gezeichnet, die Behaarung der Tiere wurde durch Schraffierung wiedergegeben, die Hörner und Hufe in natürlicher Perspektive dargestellt. Vor allem die Bilder von Bisons, sodann von Pferden, Steinböcken und Hirschen zählen zu den schönsten Kunstwerken dieser Zeit. Die Wahrhaftigkeit der visuellen Sprache liegt hier in der Vorstellung und ihrer Reproduktion, in der Perspektive und den emotionalen Elementen, ein neuer Reichtum in der Entwicklung der Spezies Mensch. Die überaus gelungenen Schöpfungen der steinzeitlichen Künstler verweisen darauf, wie die visuelle Sprache durch das ästhetische Erlebnis zu einer menschlich bereichernden Erfahrung werden kann.

*Bild 25:* »Sexueller Akt«

Mit dieser Motivgabe fleht ein Paar im alten Ägypten die Götter um Kindersegen an. Es besteht ein Bezug zu Fruchtbarkeitsritualen, wie bei der Vulvadarstellung in Bild 15. Während die formgebende Abstraktion der früheren Darstellung reinen Symbolcharakter aufweist, gelingt es der zeitlich wesentlich späteren ägyptischen Plastik in der Wiedergabe des Sexualaktes eine Empfindung für die Poesie der erotischen Beziehung von Mann und Frau einzufangen. Die körperliche Reproduktion ist die dritte Dimension im Modell der visuellen Sprache, das begleitende Ritual dazu die vierte.

*Bild 7:* »Kathedrale von Rouen« von Claude Monet, 1894

Monets Kathedraleserie, aus der hier ein Beispiel gezeigt wird, verfolgt das malerische Problem, das gleiche Motiv zu bestimmten Tageszeiten mit unterschiedlicher Beleuchtung darzustellen. Dabei tritt das Motiv des Gebäudes weitgehend zurück, die Nuancierung, die Farb-Erscheinungen, die sich innerhalb der Variationsreihe abheben lassen, werden zum eigentlichen Thema. In Monets Bildkomposition aus Farben und Formen sind die vier Dimensionen vereint. Die erste Dimension: das punktierte Flimmern des Lichts; die zweite:

die in Farben entstehenden Linien; die dritte: in Farben und Formen entstandene Körperlichkeit. Schließlich die vierte Dimension: das Flimmern der Farben und Formen, das eine Raum-Zeit-Imagination erzeugt. Beispielhaft verweist Monets berühmtes impressionistisches Gemälde auf das Potential der visuellen Sprache, mit ästhetischen Mitteln eine Unendlichkeit von emotionalen Stimmungen und Empfindungen erzeugen und wiedergeben zu können.

*Bild 20:* »Frauen schlagen Seide« Hui- Tsung, 1082- 1135

Diese Darstellung des Arbeitslebens in der frühen chinesischen Kaiserzeit verdeutlicht, daß die visuelle Sprache nicht nur geeignet ist, abstrakte Stimmungen zu erfassen, sondern auch ein inhaltliches Abbild zeitgebundener sozialer Realität sein kann. Das Bild ist in drei Dimensionen aufgebaut; die zweite Dimension besteht aus der monochromen Farbfläche im Hintergrund, die dritte in der körperlichen Darstellung der Frauen und ihrer Arbeitsgegenstände. Die vierte ästhetische Dimension der Narration ergibt sich imaginär in unserer Vorstellung, durch die Abstrahierung des Körperlichen und des monochromen Hintergrunds, wo Zeit sich in der Wechselwirkung von Hintergrund und Tätigkeit äußert. Der Raum und die Zeit sind ästhetisch rein abstrakt in der monochromen Farbe dargestellt.

*Bild 33:* »Erleuchtete Lüste (auch: Illuminierte Freuden)« Salvador Dali, 1929

In der Verbindung von Imaginärem (vgl. Bild 17) und korrespondierender Simultaneität (vgl. Bild 14) entsteht in diesem Bild eine Traumvision als Begegnung des Selbst mit seiner unbewussten Identität und als Reise in die eigene Vergangenheit. Dalis surrealistisches Gemälde steht stellvertretend für das Potential der visuellen Sprache, als Mittel der Selbstbegegnung und Selbstvergewisserung zu dienen, wobei sich auch unbewusste und verdrängte Bestandteile des Selbst manifestieren können, wodurch sich die Möglichkeit der Integration, im Sinne einer Erweiterung der Persönlichkeit, eröffnet.

*Bild 34:* »Der Krebsnebel« Detailaufnahme der Zentralregion mit dem Pulsar

Der 3400 Lichtjahre entfernte Krebsnebel ist das Ergebnis einer Supernova, die im Jahre 1054 von chinesischen Astronomen beobachtet wurde. Bei der

Explosion ausgestoßener Wasserstoff leuchtet rötlich. Das blaue Licht stammt von Elektronen, die in einem großräumigen Magnetfeld kreisen. Sie werden ständig von dem Überrest des explodierten Sterns, einem Pulsar, ausgestoßen und beschleunigt. Die Aufnahme dieses Bilds in das Modell der visuellen Sprache soll auf die Veränderungen hinweisen, welche sich für die visuelle Sprache durch ihre Herstellung und Verbreitung mittels technischer Verfahren in den letzten 150 Jahren ergeben haben. Angefangen mit der Entwicklung der Photographie in der ersten Hälfte des 19. Jahrhunderts und der Möglichkeiten, Photographien durch technische Verfahren zu manipulieren, über die Entdeckung der Röntgenaufnahmen zu Beginn des 20. Jahrhunderts, bis hin zu den neuesten Möglichkeiten der Computergrafik, Radioteleskopaufnahmen und bildgebenden Verfahren der Computertomographie, entstanden neue Ausdrucksformen der visuellen Sprache, die das Selbst- und Weltbild der Menschheit verändert haben. Im Gegensatz zur Kunst, die durch die geistige Form der Imagination Zeit und Raum überwindet, scheinen z.B. Aufnahmen von Radioteleskopen ein »getreues Bild der Wirklichkeit« wiederzugeben, und sind doch, als Teil der virtuellen Realität der Medien, Bestandteil der individuellen und kollektiven Imagination geworden.

*Bild 32: »Rituelle Waschung im Ganges«* Fotografie. Technobild von Vilém Flusser.

»Der religiöse Begriff der Reinheit als Freisein von kultisch Befleckendem wandelte sich in der indischen Philosophie zur Katharsis des wahren Selbst von verdeckenden irdischen Hüllen ab.« Die Fotografie, der Film und später die Computertechnologie haben es für die Kreativitätsstrukturen in unserem Gehirn handwerklich leichter gemacht, äußere Formen wiederzugeben. Sie haben die Reproduktion bis zur Perfektion beschleunigt. So haben wir einerseits neue Werkzeuge zur Auslagerung von Informationen, die uns neue Zugänge und Ausdrucksmöglichkeiten für unsere Emotionen eröffnen, andererseits ergibt sich zunehmend das Problem einer Inflation der visuellen Sprache und der medialen Reizüberflutung. Es wird zunehmend schwieriger, die Bilderflut zu strukturieren, eigene von fremden, wichtige von unwichtigen Bildern zu unterscheiden. Es ist fraglich geworden, ob eine »Katharsis des wahren Selbst« durch authentische Bilder - angesichts der »verdeckenden irdischen Hüllen« omnipräsenter Bildbotschaften im Alltag - noch möglich ist, oder ob es nicht zu einer zunehmenden Überwältigung und Zerstreuung der

Imagination kommt, wie sie sich in den sozialwissenschaftlichen Hypothesen über das »Verschwinden des Individuums« und die »Patchwork-Persönlichkeit« abbildet.

*Bild 29: »Les Femmes d'Alger (O. J.)« Pablo Picasso, 1907*

Picassos berühmtes Gemälde steht paradigmatisch für die Wandlungen, die sich in der visuellen Sprache am Anfang des vergangenen Jahrhunderts vollzogen haben. Das 20. Jahrhundert beginnt in der Kunst mit dem Expressionismus, der Abstraktion, dem Kubismus. Ikonographisch werden jetzt alle entstehenden Stile von den Weltkulturen beeinflusst. Die Kunst öffnet sich nach allen Seiten. Kein anderer Bereich in der Gesellschaft hat sich so massiv und schnell zu einem Weltgeist entwickelt. Man könnte auch sagen, das globale Zeitalter wurde in der Kunst geboren. Der Kubismus zerbrach die Anatomie und die Perspektive; Einflüsse aus der afrikanischen, ozeanischen und asiatischen Kunst standen im Vordergrund. Durch diese globale Erweiterung der Perspektive entstanden - ungeachtet der zuvor gemachten kritischen Anmerkungen - eine Unzahl neuer kreativer Möglichkeiten, durch wechselseitige Beeinflussung, Hybridisierung und Synthese.

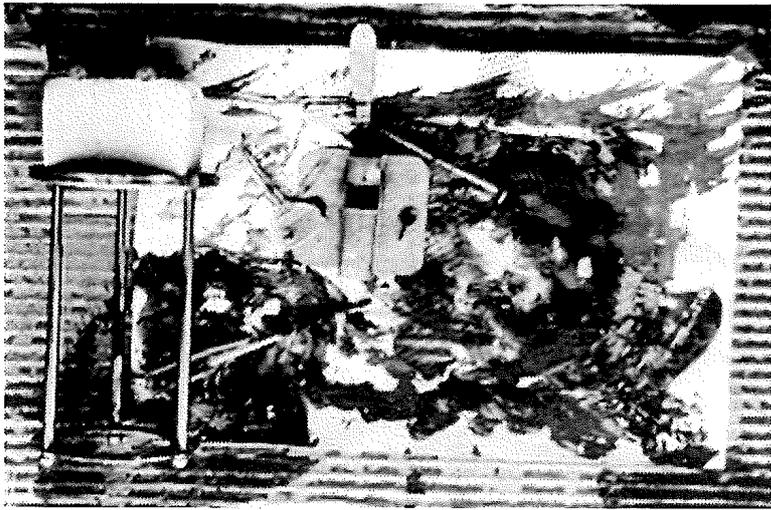


Figure 2



Figure 3



Figure 4

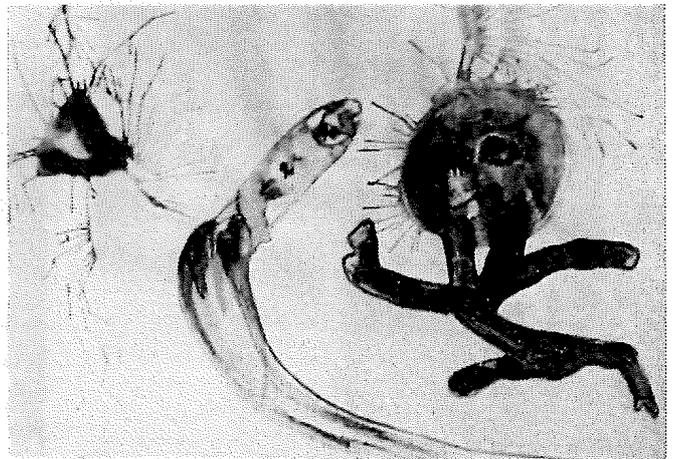


Figure 5

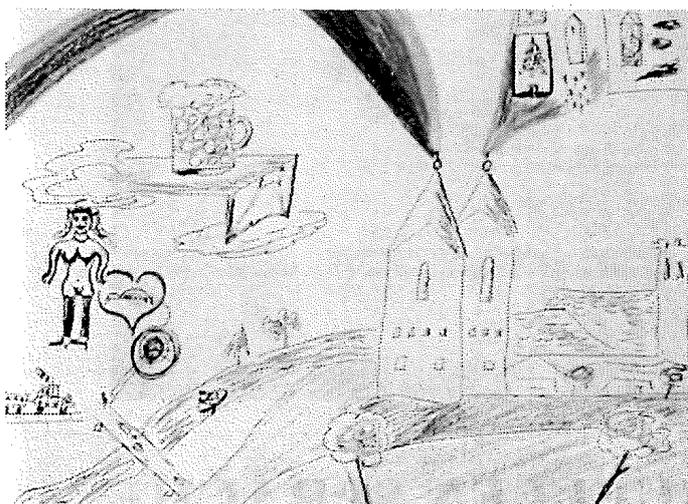


Figure 6



Figure 7

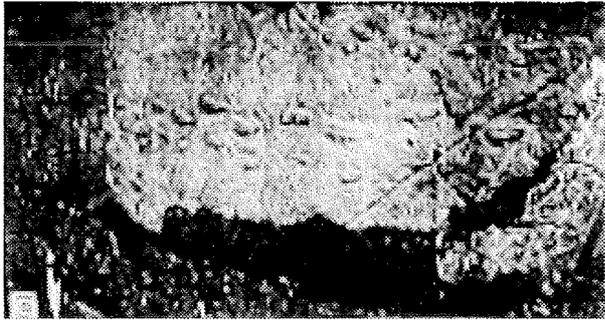
Zugang zum  
 EMOTIONALEN KRAFTFELD  
 INSTALLATION des DENKPARATES  
 DENKFORMEL INSTRUMENT  
 7,5 Mio.

FRÜHE FORMEN DER ABSTRAKTION  
 3,5 Mio.

Beginn der  
 ÄSTHETIK  
 2,5 Mio.

KOMPOSITION  
 2 Mio.

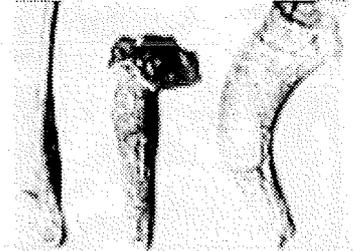
RHYTHMUS  
 RITUALE  
 AKTIONISMUS  
 1,9 Mio.



1



2



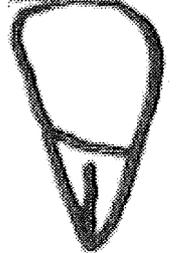
3



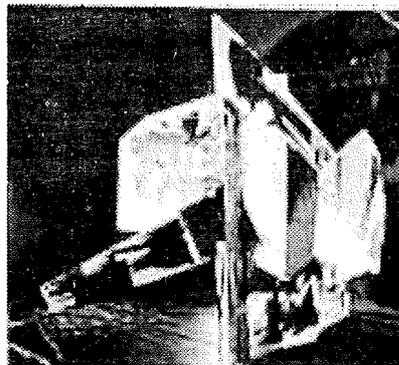
17



12



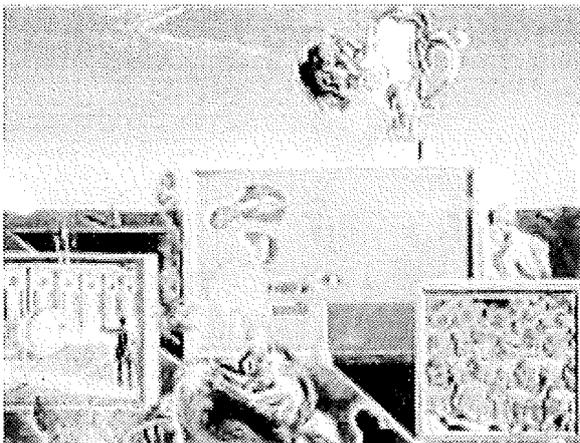
15



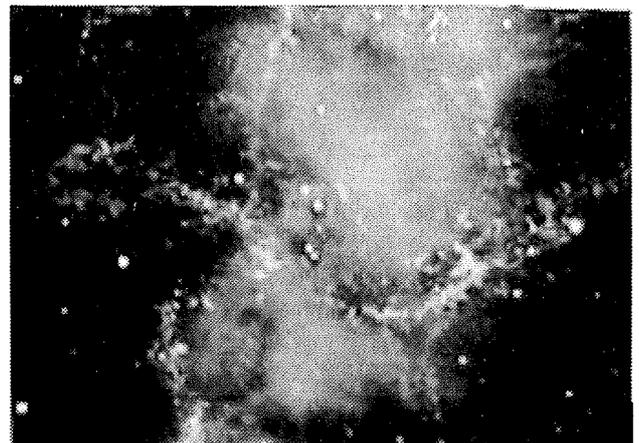
14



19



33



34

# DIMENSIONEN DER VISUELLEN SPRACHE

BEWUSSTE  
ÄSTHETISCHE  
ABSTRAKTION

KONSTRUIERTE  
ÄSTHETIK

KONKRETE  
ABSTRAKTION

Entwicklung der  
REINEN  
ABSTRAKTION

FORMGEBENDE  
ABSTRAKTION

ANATOMIE  
RAUM  
PERSPEKTIVE

1,5 Mio.

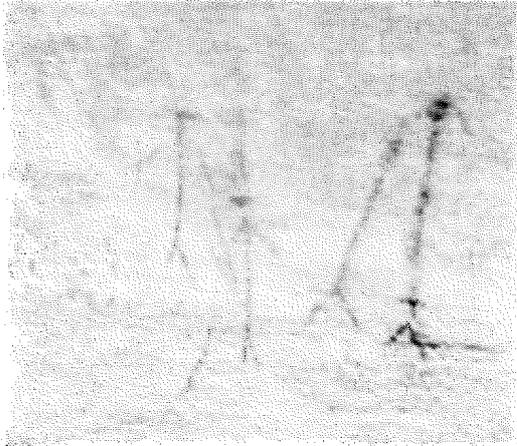
1 Mio.

900 Tausend

500 Tausend

200 Tausend

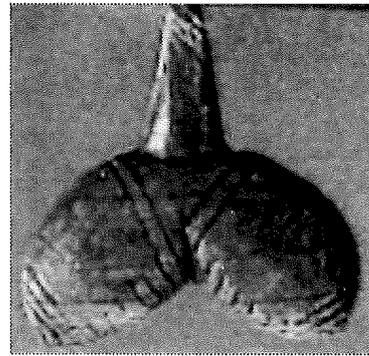
40 Tausend



10



9



8

EIN-  
DIMENSIONAL



7

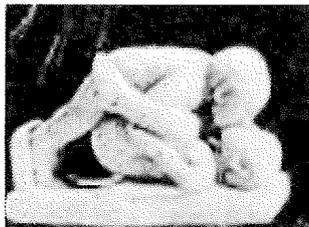


20

ZWEI-  
DIMENSIONAL



27

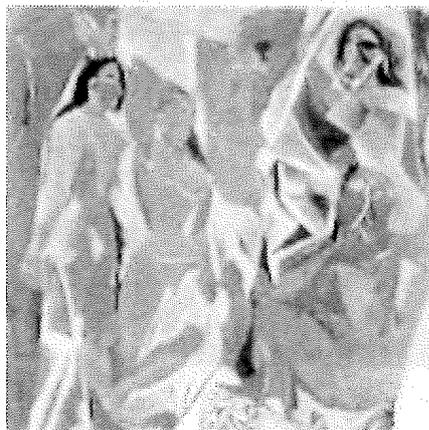


25

DREI-  
DIMENSIONAL



32



29



22

VIER-  
DIMENSIONAL

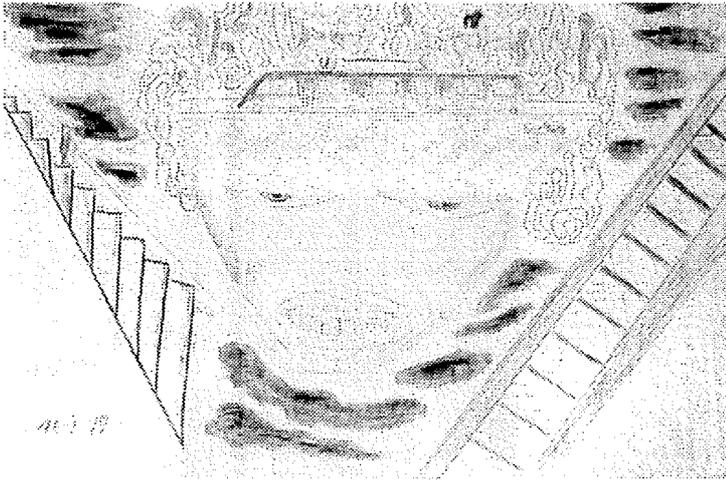


Figure 8

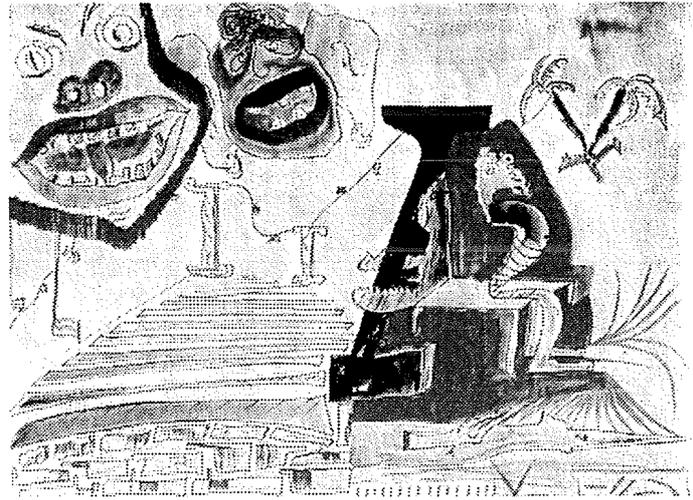


Figure 9

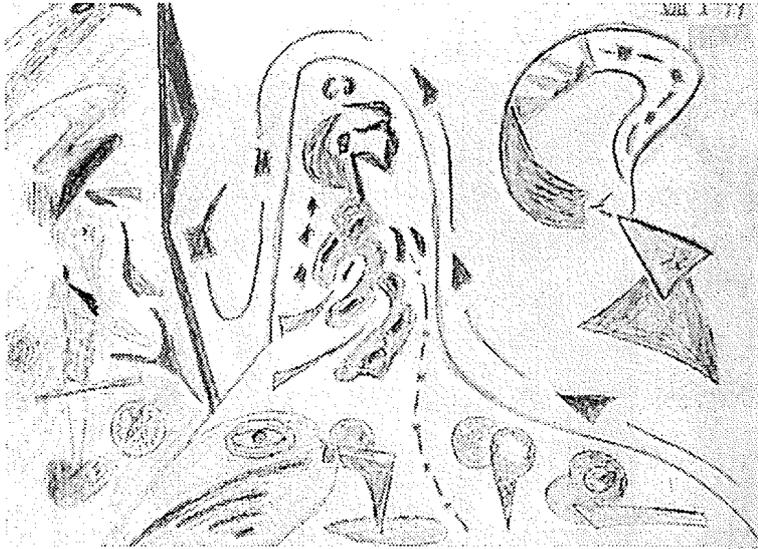


Figure 10



Figure 11



Figure 13



Figure

## The Development of Visual Communication - Experiences with Inpatient Art Therapy

Georg Kress\*, Thomas Bihler\*\*

Visual communication is an early product in the evolution of life and much older than mankind. It plays an important role in many species and is not always limited to the recognition of innate optical stimuli like the colour of feathers or the patterning of the fur. In some animal species there already exists visual communication through the production of artefacts, mostly in the context of mating rituals. The known examples of this phenomenon make it seem reasonable to suppose that certain precursors of the aesthetic sense can be found in animals. The basic human capacity to communicate with aesthetic means might therefore be part of the genetic heritage. But to give this communication the aspect of free, playful creativity, another innate potential of man is required: it is the capacity for »physiognomic perception« (WERNER 1927, 1953). Physiognomic perception means, that the form of a perception is always connected with an affective response. Perception happens in affective categories. That's the reason why e.g. some colours seem »warm« and »lively« to the observer, while others give the notion of being »cold« and »sad«. The basis for these connections of perception and affect is what STERN has termed as »amodal perception« (STERN 1985). The concept describes the ability of man to relate, compare, and transpose perceptions, which have been made by different senses. Amodal and physiognomic perception are the preconditions for creative expression in the visual language and also for the possibility to decode these communications.

The unfolding of creative expression in the visual language is an important part in the history of mankind. The model which is depicted in Fig. 1 tries to capture some of the important stages in this process. It starts with the earliest known manifestations of creativity in man, that is tools from the early Stone Age. The creative act to call a stone a tool and use it in a certain way gives sense and meaning to an aspect of the environment and is comparable to the creative approach of the 20th century artist DUCHAMPS, who declared an urinal a work of art and put it to exhibition in a museum. The logical next step for prehistoric man was to replace his dependency on accidentally found tools by the intentional production of artefacts, which also opened up the possibility to improve them. The first documents of creativity in the sense of an artistic use

of the visual language are the cave paintings from the later Stone Age. In the depiction of dancing women the abilities of physiognomic perception and abstraction are shown. The artistic means of the prehistoric artist are comparable to those of 2-5 year old children.

The emotional abstraction of early children paintings is adapted in the drawing of the contemporary artist CY TWOMBLY, which also hints at the beginning of art in prehistory. It makes clear, that the development of the visual language is not a process of linear progression, that would make earlier stages obsolete. Rather all forms of artistic expression, from the most archaic to the most complex, are equal possibilities of creativity.

Another contemporary artist who works with archaic means is HERMANN NITSCH. In his »mystery play« called performances he uncovers the roots of art in social rituals and religious cult, which are also documented in the sculpture of a vagina from the Stone Age and the sculpture of a loving couple from ancient Egypt, both presumably part of fertility rituals. In these sculptures a central potential of the visual language is exemplified: it's ability to symbolize the basic facts of life, to give them form and meaning. In Matthias GRÜNEWALDS picture »The Monsters« another potential of visual creativity is shown: the symbolization of unconscious psychic processes through the depiction of an imaginary reality.

The use of surrealistic imagination is also characteristic for DALIS paintings. Through the simultaneous depiction of different biographic situations in his painting an exploration of one's life history and identity becomes possible. An important precondition for this exploration of the self are the possibilities to express an nearly endless variety of emotional moods in the visual language.

This potential is illustrated by MONETs series of paintings, depicting the Cathedral of Rouen in a great variety of different lighting and atmosphere. Expression of important emotional situations by means of the visual language promotes reflection upon these externalized conscious and unconscious facts and helps processing these informations, e.g. through formation of concepts. Exemplary for the latter is the picture by SONIA DELAUNAY, which reminds of the development of writing out of pictorial visualization by means of abstraction.

The possibilities to express important emotional processes in the visual language, to reflect upon them, and to change their meaning through variation are also central to the therapeutic capacities of art therapy.

In the case of Mr. K., a 42 years old craftsman who was admitted in the Clinic Mengerschwaige because of panic attacks, alcohol abuse, and psychosomatic symptoms, the unfolding of these different aspects of the visual language in the therapeutic process can be shown exemplary.

*Mr. K. was the only child of his parents. His mother abdicated her caregiving responsibilities quite early and handed him over to her own mother, while his father showed little interest in family life and his son, and was away whenever possible. Mr. K. was mostly raised by his grandmother, who attached him to herself in a close symbiosis, out of own unmet needs. To compensate his loneliness and feelings of abandonment, Mr. K. began abusing alcohol as a coping mechanism early in adolescence. When he was 16 years old and trying to separate himself from the close ties to his grandmother, she committed suicide. Mr. K. was not able to resolve this attachment trauma and the related feelings of intense guilt and abandonment. Instead he developed a pattern of anxious attachment, which he himself termed his "attachment craving", that lead him to seek close, symbiotic partnerships, which nevertheless couldn't calm down his permanent fear of being abandoned. Some years before his admission in the clinic, a re-traumatization occurred, when his partner died quite unexpected in the course of an heart surgery. This lead to a long unconscious process of decompensation, which finally brought Mr. K. into inpatient psychotherapy, with the most prominent symptom of neurotic heart problems.*

Fig. 2: The first pictures Mr. K. painted in art therapy were quite neutral in emotional content and demonstrated his strong dismissing defenses. A breakthrough was achieved when he assembled this object out of accidentally found pieces. While playing like a child with the found objects he could lower his defenses and get into a state of regression and creative exploration, which was quite important for his further therapeutic process.

Fig. 3: In this picture the regression is intensified, as can be seen by the archaic pictorial elements like the hand prints, which remind of similar hand prints as part of Stone Age cave paintings. To imprint body parts on a surface can be understood as an archaic attempt to make sure of the own existence and identity. In the deep regression depicted here is an ambiguous longing at the same time for symbiosis and for demarcation. With respect to the traumata Mr. K. has suffered, this picture could also be interpreted as an unconscious

symbolization of the segregated trauma system, which opens up in the next painting.

*Fig. 4:* In this surrealistic phantasy Mr. K. depicts the traumatic losses of his grandmother and his partner. The picture shows a childlike iconography, indicating that the injuries reach beyond the depicted moment back into his early childhood.

The iconography reminds also of the tradition of religious painting: in order to find a form for his unbearable feelings concerning the losses, Mr. K. constructs the traumatic scene as a kind of ritual, with the surgeons placed like the chorus in an ancient tragedy, or a choir of angels witnessing the scene.

*Fig. 5:* The sexual connotations which are already prominent in Fig. 4 become more clear cut in this picture: a kind of injured male genital, an aggressive looking head, a hermaphroditic figure indicate Mr. K's struggle with his own masculinity and with the persecutory threat of an omnipotent attachment figure, which is phantasized as castrating. The roots of these unconscious phantasies in early childhood are once again emphasized by the archaic iconography.

*Fig. 6:* The traumata which appeared in Fig. 4 and 5 as surrealistic imagination become now more structured in a visual narrative, located in time and space and with causal connections between the different elements. The graveyard on the right symbolizes again the suffered losses, while the pictorial elements on the left symbolize Mr. K.'s coping attempts as a result of his traumata: his alcohol abuse, addiction-like attachment behaviour, and sexualized acting out. This narrative about causality is rooted in a childlike portrayal of Mr. K.'s home town, setting the place and the scene.

*Fig. 7:* The integration which Mr. K. had achieved in the last picture, opened up the possibility to further explore the disorganizing consequences the tension between unresolved loss and destructive coping had on his self. The tension between pathological mourning and sexualized defense depicted in the cross-eyed head creates a psychological state, which Mr. K. himself called »close to going crazy«.

*Fig. 8:* This painting mirrors the moment of the deepest crisis in Mr. K.'s therapeutic process, when suicidal phantasies became nearly overwhelming. In the scene depicted here, he had the barely controlled urge to throw himself in front of a subway train. The surrealistic narrative he created in art therapy helped him to transform the traumatic incident into a »healing shock« and to mourn his psychic wounds, which pushed him so close to a nearly fatal acting out.

*Fig. 9:* This dramatic experience became a turning point in Mr. K.'s therapeutic process, as can be seen in the following pictures. In the painting shown in Fig. 9 the traumatic shock in the subway station is still present, but depicted with a lot more emotional distance. The grotesque faces don't look persecutory anymore, instead they have an ironic touch to them. The stairway to the subway leads into a friendly surrealistic vision with reminiscences of Mr. K.'s travels, which were always the most happy times in his life.

The picture mirrors Mr. K.'s attempts to balance the experienced destruction with constructive memories, to find new orientations for his life, and to explore his possibilities for further development.

*Fig. 10:* The search for new meanings in his life was accompanied by phases of disorientation and disorganization, as old representations of self and object were no longer valid and new ones were only slowly taking shape. The abstract fragmentation which predominates in Fig. 10 is a clear sign of this transformatory process.

*Fig. 11:* The surrealistic portrait of a mermaid which leans against a phallic submarine once again picks up the themes of masculine identity, sexuality, and castration anxiety which were already predominant in Fig. 5-7. This work of art, which was painted at the end of Mr. K.'s inpatient therapy, mirrors in its melancholic mood his progress from the paranoid-schizoid position to the depressive position, as well as his progress from defensive splitting to repression.

*Fig. 12:* The achieved integration and stabilization during the course of therapy resulted for Mr. K. also in some ideas of different ways to handle stress, pain, and threat. In the painting of the wounded, raging bull, the pain isn't

overwhelming anymore. It has more realistic features than in the earlier pictures, and the power of the big animal suggests, that there are enough constructive resources to deal with vulnerabilities.

*Fig. 13:* The simple realistic painting of three tulips marks the end of Mr. K.'s inpatient therapy. It's a kind of symbolized recapitulation: the flowers symbolize the processes of personal growth he has made, while the backgrounds in different colours symbolize the emotional processes, which have lead up to his successful outcome.

- \* Maler und Bildhauer. Kunsttherapeut in der Dynamisch-Psychiatrischen Klinik Menter-schwaige, München.
- \*\* Diplom-Psychologe. Wissenschaftlicher Mitarbeiter an der Ludwig-Maximilians-Universität, München und der Klinik Menter-schwaige

#### Literatur:

- Dornes, M. (1993): *Der kompetente Säugling. Die präverbale Entwicklung des Menschen.* Frankfurt / M.: Fischer
- Kress, G. & Bihler, T. (2000): *Transkulturelle Aspekte in der Maltherapie.* *Dynamische Psychiatrie*, 33: 257 - 281
- Stern, D. (1985): *The Interpersonal World of the Infant. A View from Psychoanalysis and Developmental Psychology.* New York: Basic Books
- Werner, H. (1927): *On physiognomic modes of perception and their experimental investigations.* In: *Developmental Processes. Heinz Werner's Selected Writings*, ed. by S. Barten / M. Franklin. Vol. 1: *General Theory and Perceptual Experience.* New York: Int. Univ. Pr. 1978, pp. 149 - 152
- Werner, H. (1953): *Einführung in die Entwicklungspsychologie.* München: J.A. Barth (3. überarb. Aufl.)

#### Adressen der Autoren:

Georg.Kress@t-online.de  
Thomas.Bihler@campus.lmu.de

## Unsuccessful Separation from a Symbiotic Family Reflected in Group Psychotherapy in the Day Hospital

Vlasta Stalekar\*; Sanja Borovecki-Jakovljević (Zagreb)\*\*

In the course of intensive, dynamically oriented therapeutic program in the Day Hospital, the authors of the paper have encountered various pathologic maladaptive mechanisms of dysfunctional families, whose impact has a strong influence on the development of the child's personality. The lower level of self-differentiation is achieved during development, symbiotic needs are more intense - which are later transferred in all other relationships.

There are different therapeutic techniques to approach the problem of unresolved separation: dynamic individual psychotherapy, group and family therapy. According to clinical practice, we can divide patients with unsuccessful separation from a symbiotic family into three basic categories:

1. persons who left their primary families and founded secondary families, while, however, transgenerational pathology transmission has occurred ( example: treatment is sought by a middle-aged person with adolescent or already adult children);
2. persons who stay with their primary families and develop psychotic symptoms along with a permanent dependence on their parents ( family therapy with a schizophrenic member);
3. adolescents or early-adult-aged persons, with long-lasting difficulties ( in these patients miscellaneous symptoms occur, at the basis of which deeper structural disorders are found).

### Introduction

The biological birth of the human infant and the psychological birth of the individual are not coincident in time. The former is a dramatic, observable and well-circumscribed event, the latter a slowly unfolding intrapsychic process ( MAHLER et al., 1975).

As seen at any one moment in time, a family is a group of persons, but as viewed over the years of the family's evolution, a family is a process of individuation out of symbiosis (SEARLES, 1965).

A symbiotic family, with its pathogenic impacts, may slow down or even inhibit the emotional development and maturation, as well as processes of separation-individuation of its member, or in BOWEN's words, the processes of differentiation of the self. In such families independence is not encouraged, love is being conditioned, and closeness is substituted by a form of fixed

emotional distance (BROWN et al., 1999). In dysfunctional families there is a prevalent confusion of intrapsychic processes with interpersonal processes among members.

### Symbiosis versus Separation

Separation is a process between two parties: the parents and their children. Optimal separation is rather an exception than a rule, because it should occur synchronously, which rarely happens. Separation mostly develops asynchronously, either abruptly or dramatically, or prematurely or tardily, depending on what the adolescent represents for the family, and vice versa. In order to emphasize the role of others in the structuring of the self - since there is no self without others - authors today speak of the interpersonal self (PERVIN, 1990). The internalized good object comes to form the core of the ego around which it expands and develops.

The parent's contribution to separation process is significant, and if parents participate equally and synchronously, then we can talk of mature interdependence, which leads to relative independence for both parties (STIERLIN, 1974).

Separation is not about physical breakaway - as runaway or rejected adolescents try to do. They do believe that by changing their environment they have separated from the primary family. It is about intrapsychic achievement of separateness, and this sense of separateness gradually leads to clear intrapsychic representations of the self, as distinguished from the representations of the object world (JACOBSON, 1964). Being separated means being conscious of oneself and aware of one's uniqueness, as well as of one's own needs.

The symbiotic relationship is, due to its regressive level and pathologic motives, a reflection of lack of mature love, although mothers in family therapies claim that they did everything only for their children's sake, that they sacrificed themselves and loved the children even more than themselves. Due to such an attachment to the children they even jeopardized their marriages. Later, in adult age, persons from these families are not good parents either, since the story repeats itself: they are not able to give something that was not given to them. Therefore, although one may leave a symbiotic family or not, mere departure does not mean solving separation. It is therefore useful to be aware of numerous disguised or varied forms of this behavior and ways of attachment and upbringing of children.

Unsuccessful separation is indicative of deep-rooted pathological mechanisms with the family, it is their consequence, and therefore knowledge of these mechanisms is essential during family therapy, and also during individual and group therapy, when these problems are worked out with the individual.

A closed family system inhibits changes. In such families life goes on according to in advance set rules that do not undergo changes, so that the personality is adapted to the rules (SATIR, 1988). Selfesteem grows even more doubtful and depends more and more heavily on other family members. The problem arises when the family does not allow its member to realize his or her potentials. Such a family regards that development of identity threatens the entity, that is, the wholeness of the family. If it nevertheless happens, or is at least striven at, this is experienced as betrayal of the family system. Therefore we can talk of identity captured within the family (STALEKAR, 2000).

The consequences of unsuccessful separation are felt for the entire life. By deeper exploration of many emotional mid-life decompensations, exactly these problems and unresolved conflicts are discovered, regardless of the fact that patients manifest depressive, projective, anxious, phobic or any other symptoms. A patient coming from a regressive-symbiotic family said in therapy »... the attitudes of my parents have always inhibited me, so I never felt completely at peace. Sometimes I think that it was my family to generate this feeling of my insecurity and inferiority, because of their high demands on me on the one hand, and high protection on the other. Sometimes I feel that I would like to be successful more for their sake than for my own, although this would make them unhappy if they knew.«

According to STIERLIN's concept, in this case we have so-called delegating model, in which regardless whether one leaves family or not, strong ties with it and a never discontinued loyalty to the parental system remain. The delegated member, according to this concept, fulfills the mission for the parents, sacrificing thereby his or her own development and having therefore a whole series of psychological and interpersonal problems.

### The Day Hospital - Possibilities of the Therapeutic Group

In Day Hospital we are applying an intensive program of dynamic group psychotherapy in combination with sociotherapeutic activities. We are also applying individual and/or family psychotherapy, depending on the indication about the treatment-plan after the discharge from the group. During the

treatment in Day Hospital that usually lasts from 4 to 6 weeks, every day the patients spend six hours in the program, five days a week. We work with a heterogeneous group of 20 members. Although dynamic group psychotherapy is applied five times a week, the totality of whole-day activities makes the Day Hospital a special and significant therapy medium (MALETIC et al., 1984). In this interpersonal field rich in interactions, space is opened up for work : a) on basic emotional unconscious conflicts; b) on difficulties in separation; and c) on problems deriving from the way of close attachment that influence couple and family relationships. When we judge it necessary for the group member's progress, we also arrange several individual sessions. It is possible that work at the individual level will also stimulate relationship changes (PISTOLE, 1994). Group psychotherapy only brings the problems back where they belong. The family and even community is represented in the treatment room (FOULKES et al., 1984). Groups are vehicles for helping individuals. In the in-group behavior of the member we see his or her individual history (SCHEIDLINGER, 1997).

According to clinical observations, we note that patients from symbiotic families and with unresolved separation, we can divide into three basic categories:

1. persons who left their primary families and set up secondary families, while, however, transgenerational pathology transmission has occurred ( example: treatment is sought by middle-aged persons with adolescent or adult children);
2. persons who stay with their primary families and develop psychotic symptoms along with a permanent dependence on their parents ( family with a schizophrenic member);
3. children or late adolescent or early-adult-aged person, with long lasting difficulties in numerous fields of life and miscellaneous symptoms.

Patients are sent to us from all sources, mostly however after shorter or longer outpatient psychiatric treatment during which no satisfactory therapy results were achieved.

When after indication interview we accept such a patient and when his involvement in group therapy activities begins, we often pose ourselves the following question: why, for example, an anxiety disorder is of very long duration and disables the person for every-day family and work activities?

### Group 1 : Separate but Still Unseparated

During intensive work with this group of patients, we noticed that there are deeper emotional problems deriving from disorders in personality structure and dynamics, regardless of the dominating symptoms in the clinical picture. Previously these patients have neither been diagnosed nor treated, since with the help of their family and the supportive environment they lived in a relatively balanced way. They come to see a psychiatrist when changes in the network of relationships occur, on which they were depending and also emotionally investing, be it either changes in the family or at work. They have, in fact, never been autonomous nor independent, but this used to remain in the domain of their unconscious life. They see themselves as »strong and good persons«. With the onset of symptoms all of their vulnerability is disclosed, but also unknowing of themselves. They like to say that it all started all of a sudden. This »all of a sudden« is connected to a given experience or event, not considering that the cause is inside them. They remain, however, dysfunctional over a longer period than it would be appropriate for such an occurrence, and therefore instead of changing themselves, they try to change - or mostly avoid - the situations in which their weakness was disclosed and caused symptoms. Everyday practice shows that recovery is long lasting, since gain from the illness enables satisfaction of regressive - dependant needs, and therefore the abandonment of symptoms is difficult.

In group therapy, by mirroring through group members, and along with the indispensable turning to the intrapsychic, successful work can be done at recognizing these problems. Thereby possibilities for confrontation and subsequent working through of these problems are created, which also might be a precondition for some changes within the secondary family. Regardless of the mid-life age, some patients succeed in starting changes in their usual roles in their secondary families. This is favorable both for them and their adolescent children, because they can stimulate the childrens' independence, and give them a better chance than the one they had themselves. Some, however, due to mid-life crisis in which the unresolved conflicts from the past are reactivated, do not succeed in this redistribution of roles.

It is therefore important to point out that personality is developed, stagnates or is even suppressed within family whose structure is transgenerationally conveyed to the children. So, the first little group ( the family) marks all later relations which are transferred also to other social

groups during life, because the intrapsychic is reflected in the interpersonal and therefore woven into social processes.

WINNICOTT says: The family is the first grouping, and of all groupings it is the one which is the nearest to being a grouping within the unit personality. The first grouping is simply a reduplication of the unit structure (WINNICOTT, 1986).

ARIETI on the other hand says: The early environment of the child is certainly important and affects the rest of his whole life (ARIETI, 1979). The low level of self-confidence is associated with greater dependence and higher levels of relying on others.

Why can patient K., for example, not realize the fullness of her life? Because she remained attached to her primary family in a destructive way. If she chose her own way, it would mean that she decided for herself in accordance with her needs, which is not in accordance with her father's needs. So, she lives in a split, if not in an impossible situation, both inner and external one. Namely, for fifteen years she has been living in an unhappy relationship with a man whom she doesn't want to marry, because he is of another confession. She stays, however, with him in spite of this. Two times she got pregnant with him, and two times she had an abortion - she cannot have a child with the man whom she has »chosen« as her partner in life. To live with someone without being married is outside the framework of her moral values and therefore she feels guilty, thereby continuously repeating her primary experiences. She is sacrificing her life for some rigid rules that were set up long time ago, and even when she breaks them, she does not do it to her own benefit. In this division of life roles, she perceives herself as unsuccessful and never good enough, she remains locked within her family, longing for her father's love. With her current life-style (unmarried and without children) she unfortunately keeps repeating the same pattern from the past.

How, then, her anxiety, depressiveness and phobicity can be treated outside this context? She »needs« her symptoms because they represent a compromise with regard to unbearable inner tensions, and therefore she will not give them up without deeper inner progress. At the age of 40 she still has to undergo the entire adolescent period. She is wrong in assuming that she herself does not create her relationship, wrong in thinking that this is the way it has to be, or that she is not capable of having a better life. First of all, she has to solve her separation, and also to complete the mourning process after her mother's death five years ago.

## Group 2: Symbiosis versus Psychosis

In the second group, patients are found who have not succeeded in doing even that much. According to STIERLIN, these are cases of »family ghetto«, according to MINUCHIN it is the case of »enmeshment« and according to BOWEN of »undifferentiated ego mass«, while F. FROMM-REICHMANN introduced the concept of »schizophrenogeneous mother«.

Early development starts from a symbiotic relationship, but progress brings about its development and change. If inadequate mothering occurs, the symbiotic relationship turns into a vicious circle, for both - mother and child (POLLOCK, 1964). The indication of rupture of the symbiotic relationship - when there is no readiness for it - is experienced as threat to one's own integrity. L. WYNNE believes that acute schizophrenic decompensation represents the break-down of pseudomutuality.

In dysfunctional families children are assigned specific roles (role playing) in order to consolidate the parent's marriage and alleviate family tensions. As especially pernicious contradiction may be presented by mother who defines herself as a self-sacrificing martyr whose only concern is for the child. In actuality, however, her major, if not her only concern is herself, and the child is merely an instrument serving her needs (BURNHAM et al., 1969).

FAIRBAIRN makes a point that human beings prefer bad relationship to none at all. But, with introjection of bad objects, the person possesses his disturbing parents within himself (FAIRBAIRN, 1982). It is well known that the pathology of married couples has serious consequences on the involvement of children in this disrupted relationship (BERGMAN, 1985).

During family therapies of families with a schizophrenic, therapeutic progress is most difficult to achieve because of the family system rigidity. Participation of the schizophrenic member in our group program can help the patient to better perceive his own position and role, and to take over at least part of the responsibility. Attendance of group therapy alone helps the patient to better structure his activities, so it is a progress by itself.

## Group 3: How to Find One's Own Way

The third group includes young people in the late adolescent age, or entering their adult, mature age. Instead of being full of creative energy, motivated to set life goals, they lack this capability. In modern society there is an increasing

number of glowingly deep disorders. We note that there is a decrease of neuroses, while there is an increase of personality disorders. Also, at present we have four girls with borderline personality organization in the group, aged between 20 and 23, as well as several women aged between 30 and 25, which although having the same set of problems, manifest their difficulties in a different way, that is, through different symptoms. The first emphasize their disturbed self-confidence, insecurity, instability, impulsiveness, intense but unstable and short-duration relationships in friendships or emotional attachments. They doubt of their decisions to continue education, they do not pass exams, they dream of excitements that will set them in motion. The elder ones have started accepting their intimate failures, their working performance is below the level of their abilities, and they lead - in a balanced and routinised way - an unmeaningful life lacking of contents and social events. They attend the same group. In this group there are also the parents of adolescent children with the same problems. Thereby, a network of relationships is created in which identical separation problems, the pathology of the self and identity is reflected, regardless of the variety of symptoms and the differences in age and life experiences.

The reflections of the self from the outside world lead to greater self-consciousness, so that the infant Narcissus eventually learns to distinguish his own image from that of other images. The mirror reactions are, therefore, among essential mechanisms in the resolution of primary narcissism. It can be assumed that a member of any therapeutic group has had a disturbed emotional upbringing, and that a good deal of narcissism belonging to his infancy still continues to function in his adult life. The mirror reactions in the group help to counteract this morbid self-reference. By sympathizing and understanding, by identifying with, and imitating, by externalizing what is inside and internalizing what is outside, the individual activates within himself the deep social responses that lead to his definition, in the first place, as a social being (BATTEGAY, 1999).

FOULKES described the group matrix as the operational basis of all relationships and communications. The matrix has roots that reach into inner psychic experience of individuals binding them to the group as a whole. Communication flows interpersonally, transpersonal, consciously and unconsciously and resides within the matrix (HOOK, 1999).

An inquiry into the meanings of illness is a journey into relationships.

## Conclusion

The family, and primary object relations, plays an essential role (along with genetic and social factors) in the development of the inner personality structure. We can say that smooth and consistently progressive personality development is difficult, if not impossible. Therapeutic intervention can clarify and distinguish what interactions with a patient meant, and what interactions in the adult mean.

Family therapists regard that disturbances or dysfunction can take place not only in the individual but also at the level of relationships within the family (Shields et al., 1994). Up to now, however, disturbances at the family level have not been included in existing classifications. It remains unmentioned that it is the family to be ill, pathologic or pathogenic, since such qualifications are felt accusatory, as questioning the confidence in the family and its competence. Exactly therefore good knowledge of these mechanisms and family dynamics is imperative. The pathogenic influence threatens the development of the child's individuality (the individual self), which is sacrificed (scapegoating), exposed to confused double-bind messages, and exposed to marital conflicts in which the child is forced to take side for and against his or her parents (the question of loyalty). Separation from such a family is always dramatic.

Why is the understanding of these mechanisms important for clinical practice? Because it is essential for the preparation of the therapeutic approach and plan, and because mere treatment of symptoms is not sufficient without covering the cause of the disturbance. Without knowledge of the dynamics of emotional problems the disorders recur, last longer, therapy results are less effective and treatment more expensive. Finally also because comorbidity disorders may mask the clinical picture. This, in addition prolongs also the course of the disease, that is, social and working dysfunctionality, whereby the problem turns also into a social one.

## Nicht geglückte Trennung aus einer symbiotischen Familie und deren Widerspiegelung im Rahmen der Gruppenpsychotherapie in einer Tagesklinik

Vlasta Stalekar (Zagreb)\*, Sanja Borovecki-Jakovljević (Zagreb)\*\*

Im Laufe eines intensiven, psychodynamisch orientierten therapeutischen Programmes in einer Tagesklinik, sind die Autoren auf verschiedene pathologische, dysfunktionale Anpassungsmechanismen gestörter Familien gestoßen, deren Wirkung einen starken Einfluss auf die Persönlichkeitsentwicklung des Kindes hatte. Je niedriger das Niveau der Differenzierung des Selbst ist, welches im Laufe der persönlichen Entwicklung erreicht wird, desto intensiver sind die verbleibenden symbiotischen Bedürfnisse, welche in alle anderen Beziehungen getragen werden.

So gehen die Autoren von der Feststellung aus, dass unter den Mitgliedern derartiger Familien eine Konfusion von intrapsychischen Prozessen mit interpersonellen Vorgängen vorherrscht. In Anbetracht der oft zahlreichen und »getarnten« Manifestationen dieser Prozesse, sollte sich der Kliniker im Klaren über deren Einfluss sein, sowohl auf das Leben des Patienten, als auch auf den therapeutischen Prozess.

Die Autoren haben verschiedene therapeutische Techniken in Erwägung gezogen, um sich dem Problem der ungelösten Trennungsaufgabe zu nähern, und sie untersuchen die Behandlungsmöglichkeiten im Rahmen verschiedener dynamisch orientierter Therapieformen, sei es Einzeltherapie, sei es Gruppentherapie oder Familientherapie. Ihrer klinischen Praxis entsprechend, können die Autoren Patienten, welche mit einer ungelösten Trennungproblematik aus ihrer symbiotischen Familien belastet sind, in drei grundlegende Kategorien eingeteilt werden:

1. Personen, welche ihre Primärfamilie verlassen und nachfolgende Familien gegründet haben. Während dieses Vorgangs hat dennoch eine die Generationen überschreitende Krankheitsübertragung stattgefunden. (Zum Beispiel: die Behandlung wird von einer Person mittleren Alters mit heranwachsenden oder bereits erwachsenen Kindern aufgesucht.)
2. Personen, die in ihren Primärfamilien geblieben sind und psychotische Symptome neben einer ständigen Abhängigkeit von ihren Eltern

entwickelt haben. Hier ist eine Familientherapie mit dem schizophren reagierenden Familienmitglied angezeigt.

3. Heranwachsende oder Personen im frühen Erwachsenenalter mit lang anhaltenden Schwierigkeiten. Bei diesen Patienten treten verschiedenartige Symptome auf, deren Basis in tieferen strukturellen Störungen gefunden werden kann.

Die Autoren sind von folgenden Überlegungen bei ihren Untersuchungen ausgegangen:

Die Familie und damit primäre Objektbeziehungen spielen eine wesentliche Rolle, neben genetischen und sozialen Faktoren, bei der Entwicklung der inneren Persönlichkeitsstruktur. Eine sanft und beständig vorwärtsstrebende Persönlichkeitsentwicklung wird man nach Meinung der Autoren schwerlich vorfinden, aber mit Hilfe therapeutischer Interventionen erhält man einen Maßstab zur Feststellung des Grades an Reife und Gesundheit der Interaktionen, welche die einzelne Person imstande ist einzugehen.

Familientherapeuten haben eine Betrachtungsweise eingeführt, welche Störungen oder Dysfunktion nicht nur auf der individuellen, sondern auch auf der Ebene des familiären Beziehungsgeflechts ausmacht. Bis heute jedoch sind für die Störungen auf der Familienebene kein hinreichend zufriedenstellendes Klassifikationsschema erstellt worden. Es bleibt meist unerwähnt, dass es die Familie ist, welche krank, pathologisch oder pathogen ist, weil derartige Qualifikationen als anklagend erlebt werden und das sonst übliche Vertrauen in die Familie und ihre Kompetenz in Frage stellen. Genaue Kenntnisse dieser Mechanismen und der Familiendynamik sind daher unerlässlich. Der pathogene Einfluss bedroht die Entwicklung der Individualität des Kindes, des individuellen Selbst des Kindes, welches möglicherweise geopfert, zum Sündenbock gemacht, verwirrenden Doublebind-Botschaften und ehelichen Auseinandersetzungen ausgesetzt wird, in denen das Kind gezwungen wird, für oder gegen ein Elternteil Partei zu ergreifen, im Sinne der Loyalitätsfrage. Eine Trennung von einer solch gearteten Familie verläuft zumeist höchst dramatisch.

Warum ist das Verständnis dieser Mechanismen so bedeutend für die klinische Praxis?

Weil es für die Vorbereitung des therapeutischen Ansatzes und Plans essentiell ist, und weil die bloße Behandlung von Symptomen nicht ausreicht, wenn nicht die Ursache der Störung aufgedeckt wird. Ohne Kenntnis der

dynamischen Vorgänge bei emotionalen Problemen erhöht sich die Wahrscheinlichkeit, dass die Störung häufiger wieder auftritt, länger andauert, die Therapieresultate weniger effizient sind und die Behandlung kostspieliger wird. Schließlich ist eine genaue Kenntnis auch erforderlich, weil häufig Komorbiditätsstörungen das klinische Bild verschleiern können. Dies kann zusätzlich dazu beitragen, dass der Krankheitsverlauf verlängert wird, was die Wiedererlangung sozialer Kompetenz und die Arbeitsfähigkeit gefährdet, wodurch sich schließlich das Problem in ein soziales verwandelt.

#### Literatur:

- Arieti, S. (1979): *Understanding and Helping the Schizophrenic*. London: Penguin Books.
- Battegay, R. (1999): *The Group-as-a-Whole in the Interpretation*. *Group Anal.* 32 (3): 309-318.
- Bergman J.S. (1985): *Finishing for Barracuda. Pragmatics of Brief Systemic Therapy*. New York: W.W.Norton and Co.
- Brown J.H., Christensen D.N. (1999): *Family Therapy: Theory and Practice*. Brooks/Cole Publ.Co. ITP.
- Burnham D.L., Gladstone A.I., Gibson R.W. (1969): *Schizophrenia and the Need-Fear Dilemma*. New York: Int.Univ.Press.
- Fairbairn W.D.R. (1982): *Psychoanalytic Studies of the Personality*. Zagreb: Naprijed.
- Foulkes S.H., Anthony E.J. (1984) *Group Psychotherapy - The Psychoanalytical Approach*. London: Marshfield Rep.
- Hook B. (1999): *When is a Group not a Circle?* *Group Anal.* 32(3):443-458.
- Jacobsen E. (1964): *The Self and the Object World*. New York: Int.Univ.Press.
- Mahler M.S., Pine F., Bergman A. (1975): *The Psychological Birth of the Human Infant*. London: Hutchinson of London.
- Maletic A., Zimonja-Krskovic J. (1984): *Karakteristike grupnog rada s bolesnicima dnevne bolnice Psihijatrijske klinike Medicinskog fakulteta u Zagrebu*. *Zbornik radova: Grupni proces u psihoterapiji*. Plitvice: 248-254.
- Pervin L.A. (1990): *Handbook of Personality, Theory and Research*. New York: The Guilford Press.
- Pistole M.C. (1994): *Adult Attachment Styles: Some Thoughts on Closeness - Distance Struggles*. *Fam.Proc.*33:147-159.
- Pollock G.H.(1964): *On Symbiosis and Symbiotic Neurosis*. *Int.J.Psychoanal.* 45:1-28.
- Satir V. (1988): *The New Peoplemaking*. Science and Behavior Books, Inc.Cal.
- Scheidlinger S. (1997): *Group Dynamics and Group Psychotherapy Revisited: Four Decades Later*. *Int.J.Group Psychoth.* 47 (2): 141-159.
- Searles H.F. (1965): *The Contributions of Family Treatment to the Psychotherapy of Schizophrenia*. In: Boszormenyi-Nagy I., Framo J.L. *Intensive Family Therapy, Theoretical and Practical Aspects*: New York: Harper and Row Publ.
- Shields C.G., McDaniel H., Wynne L.C., Gawinski B.A. (1994): *The Marginalization of Family Therapy : A Historical and Continuing Problem*. *Jour.Marit.Fam.Therapy.* 20(1):117-138.
- Stierlin H.(1974): *Separating Parents and Adolescents*. New York: Quadrangle/ The New York Times Book Co.
- Stalekar V. (2000): *Identitet zarobljen u obitelji. Psihoterapija - Zbornik znanstvenih radova*. 18.hrvatski psihoterapijski seminar. Zagreb: 157-164.
- Winnicott D.W. (1986): *Home is where we start from*. London: Penguin Books.

- \* Primarius, Psychiatrist, Family and couple psychotherapist, Family therapy educator, University Medical Centre, Clinic of Psychiatry, Zagreb, Croatia
- \*\* Family psychotherapist, IPA Direct membership candidate, University Medical Centre Rebro, Clinic for Psychological Medicine, Zagreb, Croatia

Address of the corresponding author:

Prim. Vlasta Stalekar, M.D.  
Clinic of Psychiatry  
University Hospital Centre Zagreb Rebro  
Kispaticeva 12, 10000 Zagreb, Croatia  
e-mail: [vstalekar@inet.hr](mailto:vstalekar@inet.hr)

## Destructive Social Energy in the Formation of Terrorism\*\*\*

David Zurabashvili\*; Irakli Burduli (Tbilisi)\*\*

In the light of dynamic psychiatry it is elaborated which dynamics cause the enormous increase of terrorist acts and which components transform individuals to terrorists.

The concept of social energy gives insight how moral, volitional and affective components of personality are developed and hence how human behaviour is influenced.

The heaviest form of aggressive behaviour is terrorism. Any terrorist act is a result of wrong imagination of reality, which obliges the individual world view and is influenced by each social milieu. A terrorist is therefore convinced of the rightness of his deed. The logic of terrorist behaviour can be understood as a result of analysing the social-psychological dynamics behind it. Ammon postulates, that in any case human rights have to stand over cultural and ideological rights.

The question how a terrorist personality evolves, and which psychosocial conditions, antisocial views, convictions, social attitudes etc. are characteristic for leading to a decay of moral categories, is elaborated in the light of dynamic psychiatry. The critical time period when terrorist activity starts, the pace of its development and phases of formation are determined.

In the author's view, gaining an insight into the causes of the rise and development of terrorism, as well as of the recent drastic increase of terrorist acts, call for a systematic approach based on socio-psychological and socio-personal principles of dynamic psychiatry.

Social energy is the strength and the power which human beings can give to each other and which manifests itself in all spheres of the ego structure (G. AMMON, 1983). This energy forms the moral, volitional and affective traits of character and interest of personality, directing one's actions and behavior. Social energy can be constructive, destructive or deficient, depending on the group dynamic context in which the human contact takes place (G. AMMON, 1983).

In the case of destructive social energy development occurs in a perverted cycle in the shape of affective reactions, ending up to anti-social acts. Each form of anti-social acts has its »critical« period of origin, pace of development and character of manifestation.

Negative social energy is the matrix of psychic illness, criminality, aggressiveness and many kinds of distorted behaviors, as a result of very complicated and, in a certain way, malignant group dynamics, which should be understood in order to set up possible treatments (M. KNOBEL, 2001).

Aggressive behavior is a peculiar process, unfolding both in space and in time. It involves acts altering the environment and psychological processes preceding these acts and determining the genesis of the aggressive act. Aggression is also part of individual and group behavior (M. AMMON, 1998). Terrorism is the heaviest form of aggressive behavior.

Terrorism is not only an action that ends with an act of violence. Terrorism is a way of thinking that gives rise to antisocial activity. The antisocial nature of any terrorist act becomes apparent in the loss this act inflicts on the interests of society. This loss cannot be considered only as the damage caused to a concrete group of people or an individual. It inflicts enormous moral damage to society as a whole. »This is a strike directed at the heart of the entire civilized community«, as President George Bush noted in his address on 11 October 2002. One must not forget about the eternal and exclusively important contradiction between personal and concrete reality, including that between imaginary and actual reality. The anomalous, hypertrophied form of this contradiction is clearly seen in terrorist acts in which divorce from the objective demands of social life comes to the fore.

The cause of terrorism should be sought at the level of integral society, on the one hand, and it is a remnant of individualistic psychology emerging against the background of disproportion and contradiction within various social groups, on the other.

Society as a human structure follows its own laws, regulations, modalities of human behavior in a permanent dynamic movement and with variations according to traditions, geographical localization, ethnicity, religiousness, economic structures and political-ideological predominance (M. KNOBEL, 2001).

Conflict situations usually arise in dealing with moral or legal issues. Forms of conflicts are very diverse. However, there are common criteria. The common question for all conflicts concerns the price at which the desired result can be obtained. This question is normally solved in the aspect of moral ideal, ethical position, the line of thought and orientation of the person. Any terrorist act is invariably the product of an inadequate conception of the real situation. The assessment of the actual situation is largely subjective, depending on one's

direction of views, interests and inclinations. In this respect motivationally indifferent and motivationally important situations are generally distinguished. A motivationally important situation may serve as a cause for perpetrating a terrorist act. In the case of a motivationally indifferent situation the character of its elements does not affect the terrorist's activity.

The mechanism of a terrorist act involves three basic elements: motivation, planning the critical act and its execution. Most important from the psychopathological point of view is the first link involving the terrorist's demand, his plans and interests. Interacting with the system of personality orientations, this link engenders a motive of terrorist activity. We recognize that there is a normal aggression, necessary for survival, but what we consider outrageous is how human life is vulgarized. Killing a person becomes a common fact that has a strong hedonistic component, and many times this killing obeys economic, politic, or just social apparent reasons (M. AMMON, 1998).

In this aspect, the following psychological phenomena are of special significance: conviction in the rightness of one's acts, conviction in the conformity of one's actions to the demands set to the terrorist by the organization to which he belongs, conviction in the significance of the norms, ideas and ideal he has adopted. The energetic activity of the terroristic individual is always linked to the personal meaning ascribed by the terrorist to the act committed by him. The form of personal assessment of the terrorist act determines the depth of his life position. Conviction is a special quality of personality, determining the general direction of his activity and value orientations. It regulates his consciousness and behavior. At the same time conviction reflects the person's subjective attitude to his own acts. Unlike conviction, inherent in terrorism, fanaticism constitutes an unshakable confidence that rejects any alternative. Fanaticism is combined with intolerance of differently minded people and defiance of ethical norms that stand in the way of attaining one's end. The psychologically activating role of conviction in the motivation of actions is well known. Its presence and social direction are a sine qua non of psychological preparation for a terrorist act, or abstaining from it. Thus, in the mechanism of a terrorist act the process of motivation simultaneously performs both repulsive and inductive-regulatory functions. The repulsive function plays a major role in the value orientation of personality, its social need and in the transformation of the external determinants into a direct inducement. The inductive-regulatory function stimulates the volitional energy to energetic activity-volitional acts.

Any volitional decision has its semantic content that determines the purpose and motive of action. An internal process of motivation precedes the performance of a volitional act. At the same time, an inducement prior to its execution in action - is realized as a motive for action, while the performance of a volitional act is regulated in accordance with the purpose.

From the standpoint of dynamic psychiatry any terrorist act should be considered in the aspect of a volitional decision with motivational mechanisms, whereas terrorist activity is a sum of complex volitional acts, being formed of a number of actions or episodes. Personality factors, characteristics and intellectual peculiarities, the psychosocial emotions experienced by the subject at the given moment, the impact of the concrete situation, etc. are involved in a conflict of motives. In each individual this conflict takes place with differing degrees, rate and intensity of manifestation of its elements. That is why the individual subject feels he is entitled to rape, to be violent and aggressive, to accept corruption or any kind of discrimination that can provide an immediate pleasure (M. KNOBEL, 2001). The function of a motive at the stage of preparation differs from that at the stage of execution of a terrorist act. In the former case the motive takes the decision and engenders the will. At the stage of performing the terrorist act, the motive defines the content of the formed will, being its semantic side. Thus, it may be said with certainty that terrorist behavior is caused essentially not by separate motives but by the socio-psychological quality of the terrorist's personality as a whole, his personal orientation and his social milieu (small social group).

A person's social orientation is closely linked with his world view, his system of views and convictions. One's world view determines the basic direction of man's aspirations, subordinating all other types of motives and forming the logic of behavior. In this connection special importance has to be paid to aggression and creativity, because they contribute to the determination of the group dynamic field (M. AMMON, 1998).

In order to understand the terrorist's logic of behavior one must determine the specificities and characteristics of his spiritual world in the past, present and future time dimensions. Creating one's subjective world is a dynamic process running from the past, through the present, to the future. In the course of interaction with the environment some components of the spiritual world appear, others change or disappear completely. In G. AMMON's view (1998), each component of personality structure plays its own role in the formation of his personal credo. Need, interests and feelings constitute the immediate

motive of human behavior. Emotions, desires, ideals, goals, plans and dreams point out the way to the future. Knowledge, ability, skills and habits serve as means of attaining the task set. Perception of social phenomena are linked to the social set in a certain direction and from a certain standpoint, and give orientation to these or those social values. An antisocial terrorist set may be characterized as a tendency to act in accordance with one's own views, needs, and interests against the interests of society. Such an anomalous attitude takes shape as a result of a negative social experience, antisocial views and bad influences on the part of individuals or a group of antisocial trend.

The concept of social attitude is closely connected with the broader concept of social orientation. Social orientation generally implies the vector of man's social behavior, being linked to the social milieu and the character of the social field surrounding it. The group dynamic social energetic field may be developed destructively (G. AMMON, 1970). The social attitude constitutes the basis for the choice of this vector.

The purpose is the psychological form of implementing the motive of behavior. This is the important and desired result aimed at by the terrorist in the course of his criminal behavior. At the same time it is the internal model of the outcome sought. The image of goal fulfils the functions of foreseeing and of programming behavior. The image of goal adjusts the terrorist's action on the basis of juxtaposing the goal with the actual reality. A subjective image of the goal is present in each volitional act of behavior. Turning the subjective aim into an achieved result is turning elements of consciousness into objective reality. Hence, in dynamic psychiatry the motive of terrorist behavior and its terrorist aim should be considered as independent concepts. The motive leads to setting an aim but is not independently an aim. Motive only precedes the behavioral act. But this cannot be considered isolated, because »the three areas (of the ego) are not strictly demarcated but permeable, i.e. there is a synergism of unconscious, conscious, mental and bodily activities, which must always be seen in a dynamic context« (G. AMMON, 1979).

Aggressive behavior is not only a form of terrorist's acting. In the first place, it is a form of his or her thinking (D. ZURABASHVILI, 2002). The terrorist's thinking rests on the demonstration of the superiority of force or use of force in order to inflict a social or physical loss. The forms of aggression are most varied. The form of manifestation of aggression depends on the level of socialization, the type of orientation to cultural-social norms and the character of interpersonal social energy possessed by the terrorist. »Social energy is

interpersonal psychic energy; it means" contact, conflict solving, security, reliability, love, demands and encouragement for doing, and being active and for taking tasks« (G. AMMON, 1986).

The character of social energy always depends on the level of civilization, culture, scientific-technological progress and the social contradictions arising as a result of disproportion between social structures. The interaction of the culture of law with other spheres of social culture takes place on the basis of inter-complementarities of the political, economic and moral spheres. At each concrete period of time the socio-legal peculiarities of society may be evaluated only with account of preceding socio-cultural influences and traditions.

Socio-legal feelings and responsibilities do not take shape by themselves but develop on the basis of convictions, evaluative relations, attitudes and other formations emerging as a result of a complex interaction of the human personality's intellectual, emotional and volitional components. The character of these components determines the direction of behavior, the individual's goal and value orientations depending on each other. It is on this basis that one chooses the way of his or her achievement and the type of positive or negative social environment.

Following LAMBERTINO, pathological guilt feelings prevent the development of morality and psychological maturity (A. LAMBERTINO, 1989). The actual set, as an integral socio-psychological state of human being, constitutes the basis of his/her socially oriented activity. This activity is capable of transformation into socially positive or socially negative forms of activity, each being an assertion of a life position.

- From the standpoint of dynamic psychiatry, social-psychological correction of the terrorist's life position may be solved in the following ways:
- timely correction of value orientations, views, as well as of the developed inclinations;
- correct selection of interpersonal relations in small social groups and in large social systems;
- development of a new, renovated status of the personality in the sphere of ethical and moral responsibilities;
- rendering individual assistance to each person to find a way out of the complex life situation that has taken shape.

The way out should not wound the person's dignity and feeling of self-respect, on the one hand, and should be legally correct, on the other. Man's capacity to preserve his moral positions in diverse extreme situations and to overcome external and internal difficulties forms the basis of his/her moral stability. Ammon requires that the rights of man have to be higher than the cultural and ideological rights (G. AMMON, 1989).

### Destruktive soziale Energie im Hinblick auf die Herausbildung des Terrorismus\*\*\*

David Zurabashvili (Tbilisi)\*, Irakli Burduli (Tbilisi)\*\*

Unter dem Gesichtspunkt der Dynamischen Psychiatrie wird eruiert, welche Dynamik hinter dem drastischen Anstieg von terroristischen Taten steht und welche Beweggründe einen Menschen zum Terroristen machen. Dabei gibt das Konzept der Sozialenergie Aufschluss darüber, wie moralische, willentliche und emotionale Komponenten der Persönlichkeit geformt und so menschliche Verhaltensweisen beeinflusst werden. Die schwerste Form von Aggressionsverhalten ist der Terrorismus. Jeder terroristische Akt ist in einer falschen Vorstellung von der Realität begründet, welche der individuellen Weltanschauung unterliegt und vom jeweiligen sozialen Milieu beeinflusst ist. Ein Terrorist ist somit von der Richtigkeit seiner Tat überzeugt. Es zeigt sich, wie durch das sozial-psychologische Gefüge die Logik des terroristischen Verhaltens verstanden werden kann. AMMON forderte, dass das Menschenrecht unter allen Umständen über kulturellen und ideologischen Rechten stehen muss.

Das Aggressionsverhalten ist ein eigenartiger Prozess, der sich in Raum und Zeit entwickelt. Dieser Prozess schließt Taten ein, die unser Milieu (soziale Umgebung) und die ihm zugrundeliegenden Faktoren ändern. Diese Taten bestimmen (definieren) die Genese des obengenannten Aggressionsverhaltens. Die höchstkomplizierte (schwerste) Form des Aggressionsverhaltens kommt in Form von Terrorismus zum Ausdruck. Der Terrorismus ist nicht nur eine Tat, die sich auf eine Gewalttat beschränkt. Der Terrorismus ist eine Denkweise aus der ein antisozialer Charakter entsteht (D. ZURABASHVILI, 2002). Die Ursache des Terrorismus ist einerseits in der Gesellschaft zu suchen, andererseits ist sie ein Überbleibsel der individuellen Psychologie, die im widerspruchsvollen und unverhältnismäßigen Kern verschiedener sozialer Gruppen entsteht.

Die Formen der Konflikte sind sehr unterschiedlich. Aber es gibt auch allgemeine Kriterien. Allen Konflikten liegt eine gemeinsame Frage zugrunde: Um welchen Preis kann das angestrebte Resultat erreicht werden? Diese Frage entscheidet sich in den sittlichen und ethischen Positionen der persönlichen Orientierung.

Jede terroristische Tat gründet in einer falschen Vorstellung über die Realität. Die Einschätzung der Realität ist in vielen Dimensionen subjektiv. Sie hängt von den Ansichten, Interessen und Neigungen des Menschen ab. In dieser Beziehung gibt es einige Verhaltensweisen: das Verhalten ohne gerichtete Motivation und das mit einer gerichteten Motivation. Letztere kann ein Anlass zur Vollziehung eines terroristischen Aktes sein. Aus psychopathologischer Sicht ist die Motivationshaltung wichtig, die seine Bedürfnisse, Pläne und Interessen einschließt. Im Zusammenwirken mit dem System der persönlichen Orientierung bildet sie das Motiv des terroristischen Aktes. Auf der sozial-psychologischen Ebene des Bewusstseins charakterisiert sie Meinungen, Überzeugungen und Beziehungen zur umgebenden Wirklichkeit. In dieser Hinsicht sind folgende psychologische Erscheinungen besonders wichtig: die Überzeugung von der Richtigkeit seiner Taten, die Überzeugung von der Übereinstimmung seiner Taten mit den Anforderungen, welche die Organisation stellt, zu der er gehört, die Überzeugung von der Bedeutung geeigneter Normen und Ideale. Die Form der persönlichen Einschätzung des terroristischen Aktes bestimmt die Überzeugungstiefe des Terroristen in Bedeutung seiner von ihm eingenommenen Position.

Bekannt ist die psychologisch-aktivierte Rolle der Überzeugung bei der Motivation der Taten und ihrer sozialen Richtung. Aus der Position der dynamischen Psychiatrie (G. AMMON, 1970) muss jeder terroristische Akt als individuelle Willensentscheidung betrachtet werden. Die Funktion der Motive ist im Vorbereitungsstadium und im Stadium der Vollziehung des terroristischen Aktes nicht gleichartig. Im Anfangsstadium beeinflusst sie die Entscheidung und entbindet den Willen; im Stadium der Vollziehung des terroristischen Aktes bestimmt sie den Inhalt des Willens. Auf diese Weise wird das terroristische Verhalten im wesentlichen nicht von vereinzelt hervorgerufenen Beweggründen hervorgerufen, sondern von der sozial-psychologischen Eigenschaft der Persönlichkeit des Terroristen, seiner persönlichen Orientierung und der sozialen Umgebung (kleine soziale Gruppen), zu der er gehört. Die soziale Umgebung ist mit der Weltanschauung des Menschen, mit dem System seiner Ansichten und Überzeugungen eng verbunden. Die Weltanschauung

bestimmt die Grundlage des Bestrebens des Menschen, ordnet alle anderen Motive unter sich, und formiert die Verhaltenslogik (M. KNOBEL, 2001). Um die Logik des terroristischen Verhaltens zu verstehen, mussten Besonderheiten und Charakter der sozialen Stellung des Terroristen in folgenden Zeitrunden definiert werden: Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft.

Die sozial-rechtlichen Gefühle und Pflichten formieren sich nicht selbstständig, sondern entwickeln sich auf der Basis der Überzeugungen, eingeschätzten Beziehungen und anderer gesellschaftlichen Erscheinungen, die als Ergebnis einiger Verpflichtungen intellektueller, emotionaler und willensbezogenen Komponenten der Persönlichkeit entstehen. Ihr Charakter definiert die Richtung des Verhaltens, und den Grund ihrer sozial-rechtlichen Aktivität. Die sozial-orientierte Aktivität kann aber durch sozial-positive und sozial-negative Tätigkeitsformen transformiert werden. Jede von ihnen ist die Bestätigung der Lebensposition des Menschen (A. LAMBERTINO, 1989).

Aus der Position der dynamischen Psychiatrie kann die sozial-psychologische Berichtigung der Lebensposition des Terroristen auf folgendem Wege gelöst werden:

- die rechtzeitige Korrektur der Wertvorstellungen, Ansichten und ausgearbeiteten Neigungen,
- die richtige Wahl zwischenmenschlicher Beziehungen in den kleinen sozialen Gruppen und großen gesellschaftlichen Systemen,
- die Formierung eines neuen, veränderten Status der Person im Sinne moralischer und sittlicher Verpflichtungen,
- individuelle Hilfe zu jedem Menschen geben, um ihm einen Ausweg aus schwersten Lebenssituationen zu finden.

G. AMMON (1989) fordert: »Das Menschenrecht muss über kulturellen und ideologischen Rechten stehen«.

Literatur

- Ammon, G. (1970): Gruppendynamik der Aggression (Berlin: Pöhl Publikationen, 1973, München: Kindler),
- (1979): Was ist Dynamische Psychiatrie? In: *Dyn. Psychiat.* (12) 113-120
  - (1983): Das Prinzip der Sozialenergie im holistischen Denken der Dynamischen Psychiatrie. In: *Dyn. Psychiat.* (16) 169-191
  - (1989): Gesellschaft, Kultur und Schuldgefühl. In: *Dyn. Psychiat.* (22) 307-319
- Ammon, M. (1998): Ethics in Dynamic Psychiatry. In: *Dyn. Psychiat.* (Heft 170/171) 162-170
- Knobel, M. (2001): Negative Social Energy as a Result of group Dynamics in Postmodernism. In: *Dyn. Psychiat.* (Heft 188/189) 167-182
- Lambertino, A. (1989): Pathologie des Gewissens. In: *Dyn. Psychiat.* (22) 307-319
- Zurabashvili, D. (2002): *Terrorism - a Mode of Thinking* (Monograph). Georgia, Tbilisi, Public house »Tbilisi«.

- \* Prof. M.D. Psychiatrist, Research Institute of Psychiatry of Georgia - Director, Georgian International Psychical Care association of Children and Young Generation - President.
- \*\* Lawyer, Ltd »Lawyerland«.
- \*\*\* Paper presented at the 18-th National Congress and General Assembly of ANDECO and Consular Forum of the Americas (ANDECO and FICAC), Cancun, Mexico, November 6 - 11, 2001.

Address of the authors:

Prof. David Zurabashvili (M.D., Psychiatrist)  
9 Radiani str.  
380079, Tbilisi  
Georgia

Irakli Burduli (Lawyer)  
19/b Alexander Kazbegi str.  
380068, Tbilisi,  
Georgia

## Zum gegenwärtigen Stand der klinischen Bindungsforschung - Bericht vom 26. Ulmer Workshop zur empirischen Forschung in der Psychoanalyse

Vom 23. bis 25. Mai 2003 fand am Universitätsklinikum Ulm der 26. Internationale Workshop zur empirischen Forschung in der Psychoanalyse statt. Thema der Tagung waren aktuelle Problemstellungen der klinischen Bindungsforschung. Im Mittelpunkt des von Anna Buchheim (Ulm) konzipierten Programms stand die Frage nach dem Nutzen verschiedener neuer Bindungsforschungsverfahren wie dem Adult Attachment Projective (George & West 2001) und der Reflective Function Scale von Fonagy et al. (Daudert, 2002) für die klinische Forschung und Praxis. Über diesen methodischen Schwerpunkt hinausgehend wurden in den Vorträgen und Diskussionsbeiträgen zahlreiche übergreifende Themen angesprochen, die insgesamt einen guten Überblick über den gegenwärtigen Stand der klinischen Bindungsforschung und zukünftige Aufgaben boten.

Neben der Aussicht auf eine empirische Fundierung psychoanalytischer Erkenntnisse ist es vor allem die Hoffnung auf empirisch abgesicherte, anhand der Bindungskategorien »maßgeschneiderte« Therapiekonzepte, die das anhaltend große Interesse an diesem Forschungsgebiet begründet. Programmatisch formuliert wurden diese Hoffnungen von Bernhard Strauß (Jena) in seinem Einführungsvortrag zur Tagung. Das von ihm skizzierte Modell beruht auf der Annahme, daß ein bestimmtes Bindungsmuster (sicher; vermeidend; verstrickt; desorganisiert) mit spezifischen Interaktionsformen in der therapeutischen Beziehung einhergeht. Diese Interaktionsformen mit spezifisch daran angepaßten Interventionen beantworten zu können, schließt die Hoffnung mit ein, dadurch ein besonders günstiges Outcome für den Patienten zu erreichen.

Eine wesentliche Voraussetzung zur Verwirklichung dieser Programmatik wären aber Messverfahren der Bindungsforschung, die den Bindungsstatus eines Patienten anhand klinisch relevanter Dimensionen abbilden. Ob dies beim bislang gültigen Standardverfahren, dem Adult Attachment Interview (AAI) (Main & Goldwyn, 1985 - 1998; Gloger-Tippelt, 2001) in ausreichender Weise der Fall ist, wird in jüngster Zeit zunehmend in Zweifel gezogen. Die Fokussierung des AAI auf linguistische Kohärenzkriterien zur Ermittlung des

Bindungsstatus scheint für Normalstichproben angemessen, führt aber bei klinischen Stichproben unter Umständen zu methodischen Artefakten, die wiederholt Gegenstand der Diskussionen während des Workshops waren. Eine interessante Alternative zum AAI scheint das neue projektive Bindungsforschungsverfahren AAP (Adult Attachment Projective) zu bieten, das von Carol George (Oakland) in Ulm vorgestellt wurde. Neben den herkömmlichen Kohärenzkriterien operationalisiert das AAP als bislang einziges Bindungsforschungsverfahren Abwehrprozesse, wie sie von John Bowlby in einer bindungstheoretischen Perspektive konzeptualisiert wurden. Darüberhinaus bildet das AAP auch Aspekte des Bindungsverhaltens von Erwachsenen ab, wie das Vorhandensein einer »verinnerlichten sicheren Basis«, die Möglichkeiten eines Probanden, andere Menschen als »sicheren Hafen« in Stresssituationen zu nutzen, seine Kompetenzen, »zielkorrigierte Partnerschaften« im Sinne Bowlbys einzugehen, etc. Die Autoren des AAP konnten anhand eigener Studien die klinische Relevanz dieser Kategorien überzeugend belegen.

Die klinischen Anwendungsmöglichkeiten des AAP waren auch Thema des Vortrags von Malcom West (Calgary). Darüberhinaus berührte er in seinem Referat zahlreiche allgemeine Problemstellungen der klinischen Bindungsforschung, wie etwa die Frage einer Integration von Psychoanalyse und Bindungstheorie. Er sprach sich in diesem Zusammenhang gegen eine einfache »Übersetzung« bindungstheoretischer Konstrukte in die Sprache der Psychoanalyse aus, wie es bislang häufig der Fall war. Solche vereinfachenden Gleichsetzungen, welche z.B. die positive Übertragung und den Effekt der Sicheren Basis vorschnell in eins setzten, würden die spezifischen Charakteristika der Bindungstheorie, etwa ihre biologische und evolutionstheoretische Fundierung, verschleiern und dazu beitragen, die Konzepte in vage Allgemeinplätze zu verwandeln. Eine solche Vorgehensweise sei auch deshalb nicht angemessen, weil die Bindungsforschung bereits durch genuin eigene Konzepte das klinische Verstehen in bedeutsamer Weise bereichert hat. Als wichtige Beiträge nannte West die Unterscheidung von einheitlichen vs. desorganisierten mentalen Zuständen in bezug auf Bindung, Fonagys Konzept der Reflexiven Kompetenz und Bowlbys Ausführungen zur pathologischen Trauer (Bowlby, 1983), die West zufolge einen Kern darstellen, um den herum sich die Ziele einer bindungsorientierten Psychotherapie organisieren lassen. Für ihn ist bindungsorientierte Psychotherapie wesentlich Hilfe zur Trauerarbeit, durch die verfestigte Muster pathologischer Trauer allmählich gelöst und durch aktives Abtrauern konstruktiv verflüssigt werden. In diesem

Zusammenhang sieht West die Auffassung, der Therapeut solle für den Patienten eine »Ersatzbindungsfigur« darstellen, kritisch. Als wichtiger erachtet er es, daß der Therapeut dem Patienten dabei hilft, seine inneren Quellen sicherer Bindung, in Form von verdrängten Repräsentationen sicherer Bindungserfahrungen in der Vergangenheit, wieder zu entdecken, also ressourcenstärkend und damit den notwendigen Trauerprozeß befördernd arbeitet. Entsprechend seinem Fokus auf Trennungs- und Trauerarbeit plädierte West für eine verstärkte Erforschung des ungelösten / desorganisierten Bindungsstatus, da es sich dabei um eine noch zu wenig differenzierte Sammelkategorie handle. Forschungsbemühungen in dieser Richtung könnten auch dazu beitragen, ein allgemeines Manko der bisherigen Bindungsforschung zu beheben, nämlich ihre Orientierung an übermäßig vereinfachten Beschreibungen der verschiedenen Bindungsgruppen, die der Komplexität der Wirklichkeit nicht gerecht würden.

Die Erforschung des ungelösten Bindungsstatus war auch ein Schwerpunkt der Studie, die Anna Buchheim und Henrik Walter (Ulm) auf dem Kongreß präsentierten. In einem interdisziplinären, zukunftsweisenden Design gingen sie zunächst der allgemeinen Frage nach, ob sich für Aktivierungen des Bindungssystems spezifische neuronale Aktivierungsmuster nachweisen lassen, um dann zu überprüfen, ob sich diese bei Borderline-Patienten und Kontrollprobanden ohne klinische Diagnose in bedeutsamer Weise unterscheiden. Zu diesem Zweck wurden die AAP-Bilder als bindungsrelevante Stimuli gegeben, während die neuronale Aktivierung der Probanden bei der Produktion projektiver Bildgeschichten mit FMRT erfasst wurde. Anhand des bildgebenden Verfahrens konnten die Referenten belegen, daß sich bei Aktivierung des Bindungssystems typische Aktivitätsmuster im Gehirn ergeben, und daß Interaktionseffekte von Diagnose und bindungsbezogener neuronaler Aktivität auftreten.

Pionierarbeit auf einem anderen Forschungsfeld präsentierte Kenneth Levy (New York) in seinem Beitrag. Bislang gibt es noch sehr wenige Studien, in denen Bindungsforschungsverfahren zur Erfassung von Prozeß und Outcome in der Psychotherapieforschung eingesetzt wurden. In der New Yorker TFP-Studie, in der die Effektivität der »Transference-Focused-Psychotherapy« nach Otto Kernberg erforscht wird, wird unter anderem der Ansatz verfolgt (vgl. Diamond et al., 1999), phänomenologische, neurokognitive und Verhaltensveränderungen bei Borderline-Patienten als Funktion von Veränderungen des Bindungsstatus und der Reflexiven Kompetenz im Verlauf der Behandlung

zu erfassen. Bei 33 Borderline-Patienten wurde der Bindungsstatus zu Beginn der Behandlung und erneut nach 12 Monaten Psychotherapie mit dem AAI erfaßt. Zur Baseline waren nahezu alle Patienten unsicher gebunden, wobei die Klassifikationen eines ungelösten Bindungsstatus und die »Can't Classify«-Kategorie deutlich überwogen. Nach einem Jahr zeigte sich bei etwa der Hälfte der Patienten bedeutsame Veränderungen in den Bindungsrepräsentationen, wobei 12 der 33 Patienten nunmehr eine sichere Bindungsklassifikation erhielten und sich bei ca. 80 % der anfänglich mit einem »unverarbeiteten Bindungstrauma« klassifizierten Patienten eine Lösung des Traumas ergab. Für die gesamte Stichprobe waren signifikante Erhöhungen der Reflexiven Kompetenz und der narrativen Kohärenz zu verzeichnen.

Diese überraschend positiven Veränderungen wurden von Levy selbst kritisch hinterfragt, indem er die Frage aufwarf, wie eine so rasche Veränderung des Bindungsstatus bei Patienten zu verstehen sei, die unter einer chronifizierten Störung litten, für die schwere Dysregulationen des Affekts und des Verhaltens normativ seien. Der Verdacht liegt nahe, daß die Ergebnisse durch die einseitige Konzentration des AAI auf narrative Kohärenz verzerrt sein könnten, d.h. daß die Patienten zwar nach einem Jahr Therapie in der Lage sind, kohärenter über ihre zurückliegenden Bindungserfahrungen zu sprechen, sich darin aber nicht eine bedeutsam veränderte Bindungssicherheit abbildet. Diese Vermutung wird durch einige Auffälligkeiten gestützt, von denen Dr. Levy berichtete. So würden manche Patienten trotz eines veränderten Bindungsstatus im AAI nach wie vor Verhaltensweisen zeigen, die mit der Vorstellung einer sicheren Bindung nur schwer in Einklang zu bringen sind, wie etwa ihrem Therapeuten Selbstverletzungsabsichten zu verschweigen. Auf der anderen Seite ergaben sich in der TFP-Studie aber auch deutliche Korrelationen zwischen einer Veränderung des Bindungsstatus und Verhaltensänderungen, die als Indizien für positiv veränderte Bindungssicherheit verstanden werden könnten. So fanden sich z.B. eine negative Korrelation zwischen positiven Veränderungen im AAI und dem Ausagieren der Patienten, sowie negative Zusammenhänge mit der Anzahl von Notaufnahmen in Kliniken, der Anzahl von stationären Behandlungen und ihrer Dauer. Ein vorläufiges Fazit könnte also lauten, daß Veränderungen der narrativen Kohärenz im AAI teilweise klinisch relevante Veränderungen widerspiegeln, für ein vollständiges Bild aber wohl nicht ausreichen. Dieser Befund kann als Unterstützung für die Forderung von George und West gewertet werden, die Erfassung des Bindungsstatus zukünftig auf eine breitere

Basis bindungsrelevanter Dimensionen zu stellen, die auch klinische Bedeutsamkeit aufweisen.

Der zweite Tag des Workshops widmete sich schwerpunktmäßig Fonagys Konzept der Reflexiven Kompetenz (RK) und seiner Operationalisierung in Form der »Reflective Function Scale«. Peter Fonagy und Mary Target (London) gingen in ihrem Beitrag der wichtigen Frage nach, wie sich der Zusammenhang von frühkindlichen Bindungsverhaltensmustern und mentalen Repräsentationen von Bindungserfahrungen bei Erwachsenen konzeptualisieren läßt. Die herkömmliche bindungstheoretische Auffassung geht davon aus, daß frühe Repräsentationen von Bindungsbeziehungen die Repräsentationsmuster von Erwachsenen determinieren. Als vermittelnder Mechanismus werden neuronale Verbindungen im impliziten Gedächtnis angenommen, die durch geeignete Stimuli aktualisiert werden. Dieser Ansatz wurde von Fonagy und Target kritisch bewertet: zum einen sei die Stärke des empirischen Zusammenhangs zwischen frühen Bindungsmustern und dem Funktionieren der erwachsenen Persönlichkeit eher bescheiden, zum anderen weise das Innere Arbeitsmodell von Bindung eine geringe Stabilität auf und besitze wenig prädiktiven Wert. Die essentialistische, an Inhalten von Inneren Arbeitsmodellen orientierte Position sollte aus diesen Gründen durch ein an Funktionen und Strukturen orientiertes Modell ersetzt werden, das den Schwerpunkt auf jene neurokognitiven sozialen Funktionen legt, die in den frühesten Bindungsbeziehungen erworben und ausgebildet werden. Diese Funktionen, die der Selbstregulation und der Regulation von Beziehungen dienen, sind Fonagy und Target zufolge die »Erben« der frühen Bindungsbeziehung und prägen auch entscheidend das Funktionieren der erwachsenen Persönlichkeit. Drei wesentliche Funktionen wurden von den Vortragenden beschrieben und im Modell der »Interpersonalen Interpretativen Funktion« (IIF) konzeptualisiert: Kapazitäten der Affektrepräsentation, Mechanismen der Aufmerksamkeitssteuerung und Kapazitäten der Mentalisierung. Bezogen auf die klassische Auffassung der Bindungstheorie kann man also nach Fonagy und Target davon ausgehen, daß es nicht der Inhalt eines Inneren Arbeitsmodells ist, der durch die frühen Erfahrungen bestimmt wird, sondern vielmehr das Vorhandensein, die Qualität und die Stabilität eines Modells, das durch die Interpersonale Interpretative Funktion erzeugt wird. In ihrem entwicklungspsychologischen Verständnis ist für eine positive Entwicklung aller drei Funktionen die Erfahrung einer sicheren Basis in der frühen Bindungsbeziehung von entscheidender Bedeutung. Wesentlich für den

Secure-Base-Effekt ist das Vorhandensein Reflexiver Kompetenz. Zum einen sagt die reflexive Kompetenz der Mutter in hohem Maße die Bindungsqualität des Kindes voraus, zum anderen besteht ein deutlicher empirischer Zusammenhang zwischen der Bindungssicherheit des Kindes und der Entwicklung seiner eigenen reflexiven Kompetenzen, wie der Theory of Mind. Die klinische Relevanz des Mentalisierungskonzepts und seiner Operationalisierung in der RK-Skala wurde von Fonagy und Target anhand empirischer Untersuchungen für unterschiedliche Aspekte aufgezeigt. So wirkt etwa eine hohe Reflexive Kompetenz bei einer traumatisierten Mutter als Schutzfaktor, der verhindert, daß sie ihr eigenes Trauma an ihr Kind weitergibt, indem sie negative Verzerrungen in der Art, wie das Kind wahrgenommen wird, verhindert. Ein hohes Maß an RF kann aber anscheinend auch die Auswirkungen von Traumata auf die eigene Person moderieren: in einer Studie an mißbrauchten Personen wies die Gruppe mit hoher reflexiver Kompetenz nur einen geringen Anteil an Borderline-Störungen auf, während dieser Anteil in der Gruppe mit niedriger reflexiver Kompetenz extrem hoch war. Umgekehrt gibt es aber auch zahlreiche Belege, daß frühe Kindheitstraumata einen verzerrenden, negativen Einfluß auf die Entwicklung reflexiver Kompetenzen ausüben. Nach dem Modell von Fonagy sind es gerade die Verzerrungen und Defizite in der Interpersonalen Interpretativen Funktion, die wesentlich zur Entstehung von schweren Persönlichkeitsstörungen beitragen. So wird die Diagnose einer Persönlichkeitsstörung am besten vorhergesagt durch eine Kombination von geringer Mentalisierung eigener negativer Affekte, niedriger RF und einem Mangel an höheren Abwehrmechanismen. Dementsprechend liegt es nahe, die RF-Skala auch als Veränderungsmaß für die Evaluation von Therapien bei Persönlichkeitsstörungen einzusetzen. In einer Studie an stationären Psychotherapiepatienten ergaben sich signifikante negative Zusammenhänge zwischen einer Erhöhung der RF im Verlauf der Therapie und einer Borderline-Diagnose nach Abschluß des stationären Aufenthalts, sowie der Häufigkeit selbstverletzenden Verhaltens danach.

In der Schlussdiskussion der Tagung ging es unter anderem um die Probleme, die sich aus der starken Popularisierung bindungstheoretischer Konzepte in den vergangenen Jahren ergeben haben. Horst Kächele (Ulm) betonte, daß in der empirischen Forschung die Konzepte an entsprechende Messverfahren gebunden seien, während sie in der klinischen Praxis ohne entsprechende Messungen flexibel an die jeweiligen Bedürfnisse angepaßt

würden. Daraus resultiere ein oft idiosynkratischer Gebrauch der Bindungskonzepte durch die Praktiker, mit der Gefahr einer zunehmenden Unschärfe und Beliebigkeit der Begriffe. In eine ähnliche Richtung wies der Diskussionsbeitrag von Carol George (Oakland). Sie hob hervor, daß eine Verwendung von Bindungskonzepten nur im theoretischen Bezugsrahmen der Bindungstheorie sinnvoll sei. Die Forscher sollten den Klinikern jedoch Hinweise geben, wie sich die Konzepte der Bindungstheorie in der praktischen klinischen Arbeit identifizieren ließen, und wie damit umzugehen sei. Die Notwendigkeit einer solchen anwendungsbezogenen klinischen Bindungsforschung, neben der empirischen Grundlagenforschung, wurde durch die weitere Diskussion belegt. Während einerseits die Vorteile der Bindungsforschung betont wurden, daß z.B. ein Wissen über die verschiedenen Bindungsmuster dem Kliniker bereits im Erstgespräch eine vorläufige Orientierung geben könne, wurden von anderer Seite die vielen offenen Fragen der praktischen Anwendung hervorgehoben, z.B. daß die Bindungsforschung bislang keine Aussagen über den Schweregrad von Bindungsstörungen oder Bindungstraumata mache, obwohl gerade diese Fragen von größter Wichtigkeit für die klinische Arbeit wären.

Dipl.Psych. Thomas Bihler

#### Literatur:

- Bowlby, J. (1983): Verlust, Trauer und Depression. Frankfurt / M.: Fischer
- Daudert, E. (2002): Die Reflective Self Functioning Scale. In: Strauß, B., Buchheim, A. & Kächele, H. (Hrsg.) (2002): Klinische Bindungsforschung. Theorien - Methoden - Ergebnisse. Stuttgart: Schattauer, S. 54 - 67
- Diamond, D. et al. (1999): Borderline Conditions and Attachment: A Preliminary Report. *Psychoanalytic Inquiry*, 19: 831 - 884
- George, C. & West, M. (2001): Das Erwachsenen-Bindungs-Projektiv (Adult Attachment Projective): Ein neues Messverfahren für Bindung im Erwachsenenalter. In: Gloger-Tippelt, G. (Hrsg.): Bindung im Erwachsenenalter. Ein Handbuch für Forschung und Praxis. S. 295 - 321. Bern: Hans Huber
- Gloger-Tippelt, G. (2001): Das Adult Attachment Interview: Durchführung und Auswertung. In: Gloger-Tippelt, G. (Hrsg.): Bindung im Erwachsenenalter. Ein Handbuch für Forschung und Praxis. S. 102 - 120. Bern: Hans Huber
- Main, M. & Goldwyn, R. (1985 - 1998): Adult attachment scoring and classification systems. Unpublished Manual, Version 6.3 - May, 1998, University of California, Berkeley.

## 25 Jahre Klinik Menterschwaige, München Jubiläumsfeier am 25. Juni 2004

Mit reger Beteiligung von über 150 geladenen Gästen - ehemalige Mitarbeiter und Patienten, Vertreter der Krankenversicherungen, der Politik und anderer psychiatrischer Einrichtungen fanden am 25 Juni 2004 in den Räumen der Klinik die Feierlichkeiten zum 25jährigen Bestehen statt. »Jubilare« bedeute »vor Freude schreien«, so Chefarzt Egon Fabian bei der Begrüßung der Gäste. »Feiern bringt näher, Feiern ist eine ganz alte Art des menschlichen Kontaktes. Ein Jubiläum ist ein Zeitpunkt, an dem Gegenwart, Vergangenheit und Zukunft sich treffen.«

Zahlreiche Glückwünsche und Grußworte aus aller Welt waren eingegangen - so u.a. von Juan Mezzich (New York), dem President Elect der WPA, Modest Kabanov (St. Petersburg), dem Präsidenten der WADP und Raymond Battegay (Basel), dem ehemaligen Direktor der dortigen Poliklinik.

Eine »Psychiatrische Klinik der offenen Türen - Patienten können sich in Münchens neuestem Krankenhaus frei bewegen« - so hatte am 16.5.1979 die Schwäbische Zeitung getitelt. Und weiter geschrieben: »... es gibt keine weißen Kittel und an jeder Tür Klinken. Patienten und Besucher können sich frei bewegen.« Dies ist auch noch heute so. Trotzdem hat sich in der Klinik wie auch in der gesundheitspolitischen Landschaft im letzten Vierteljahrhundert viel verändert.

Einen Hauptaspekt formulierte Chefarzt Dr. Egon Fabian in seinem Festvortrag: »Behandlungsdauer soll rapide reduziert, Therapieeffizienz nach primär wirtschaftlichen Kriterien gemessen werden, die auf kurzfristige Ergebnisse abzielen; das Wort ‚Versorgung‘ ersetzt das Wort ‚Behandlung‘. All das bedeutet für Psychiatrie und Psychotherapie - auch für die Dynamische Psychiatrie - eine Herausforderung.« Er führte aus, dass insbesondere der Faktor Zeit bei der Therapie früh gestörter Patienten eine große Rolle spiele. Dies beziehe sich auch auf die Dauer der stationären Therapie. Bei den schwer kranken Patienten der Klinik, die in ihrer frühen Kindheit und Entwicklungszeit reale Verlassenheit erlebt haben, benötige die Herstellung des therapeutischen Bündnisses eine längere Zeit von Annäherung, Kennenlernen und Wiedererleben alter Konflikte in der Übertragung. Eine unter Zeitdruck stehende Besserungserwartung trage der Tatsache keine Rechnung, dass bei schwer kranken Patienten eine Verschlimmerung der Symptomatik in den

ersten Wochen nicht nur möglich ist, sondern oft Zeichen einer beginnenden strukturellen Veränderung, und damit eines längerfristigen therapeutischen Erfolges sein könne. »Viele unserer Patienten haben in ihrem Leben selten oder nie erlebt, dass jemand für sie Interesse zeigt, dass jemand ihnen Zeit gibt. Sie sagen es oft ausdrücklich. ‚Zeit geben‘, schreibt Ammon, ‚ist der Inbegriff des therapeutischen Prozesses.‘«

Die therapeutische Geschäftsführerin Maria Ammon widmete ihre Rede insbesondere dem Einfluss und Werk Günter Ammons, dem Begründer der Klinik:

»Es war sein Anliegen, die Dynamische Psychiatrie, die er 10 Jahre in den USA an der Menninger Foundation studiert hatte, in Deutschland einzuführen und mit der Klinik Mengerschwaige in München eine Modellklinik zu schaffen mit einer konzeptionellen Integration von Psychoanalyse, Gruppendynamik und Psychiatrie. Die Klinik sollte einen wichtigen Beitrag im Sinne einer humanistischen und therapeutischen Psychiatrie in Bayern und ganz Deutschland leisten. Sie sollte eine verstehende Psychiatrie sein, die den Menschen in seiner Einzigartigkeit, seinen Bedürfnissen, Wünschen und Zielen, mit seinem Standpunkt und mit dem Recht auf eigene Persönlichkeit sieht und dem Patienten hilft, seine kranken und zerstörerischen Bereiche abzugrenzen. Da in diesem Sinne psychiatrische Krankheiten als Identitätsstörungen verstanden werden, sollte das gesamte Behandlungsfeld der Klinik als Identitätsentwicklungsfeld konzipiert und aufgebaut werden. Günter Ammon, der ein humanistischer, ganzheitlicher Wissenschaftler, Psychiater, Psychoanalytiker und Therapeut war, war von Anfang an als Chefkonsiliarier der Klinik tätig und half in diesem Sinne ein konstruktives, sozialenergetisches Feld unter Einbeziehung des gesamten Behandlungsteams mit allen Mitarbeitern und Patienten zu schaffen. Zentral war und ist das Arbeiten an den gesunden, kreativen Ressourcen der Patienten. Viele Patienten haben ausgehend von dieser Behandlung in der Klinik wichtige Lebensziele erreicht.«

Ilse Burbiel, Leitende Psychologin der Klinik, widmete ihren Vortrag der Geschichte der Klinik, die sie von Beginn an persönlich miterlebt und -gestaltet hat und wies darauf hin, dass die Klinikgründung in eine Zeit fiel - vier Jahre nach der Veröffentlichung der Deutschen Psychiatrieenquete und ein Jahr vor dem ersten bayerischen Psychiatrie-Landesplan - des Aufbruchs der Psychiatrie in Deutschland nach jahrelanger Stagnation und noch nicht begonnener Vergangenheitsbewältigung.

Von Beginn an sei die Klinik als ein großgruppendynamischer, milieuthérapeutischer, die gesunden und kreativen Kräfte der Patienten fördernder, Entwicklungsraum konzipiert, in den zunächst die analytische Milieuthérapie mit ihren Projektgruppen, die Einzel- und Gruppenpsychotherapie sowie die Großgruppentherapie und zahlreiche Interessensgruppen eingepflanzt wurden. Nach und nach kam es dann zur Entwicklung milieudifferenzierender Prozesse, wie beispielsweise der Aufbau einer Theatertherapiegruppe. Es seien vor allem die nonverbalen und rekreativierenden Therapieansätze gewesen, die aus behandlungsmethodischen Notwendigkeiten heraus für die Patienten schon sehr früh in das Therapiespektrum aufgenommen wurden, wie z.B. die Mal- und Kunsttherapie mit all ihren beeindruckenden Einzel- und Gruppenausstellungen, auch außerhalb der Klinik auf den zahlreichen internationalen Kongressen der DAP und WADP. 1982 geschah dann die Entwicklung der humanstrukturellen Tanztherapie durch Günter Ammon, die mittlerweile zu einem festen Bestandteil nicht nur der stationären, sondern auch der ambulanten Therapie und Selbsterfahrung wurde, wenig später dann die Entwicklung der Musiktherapie durch Rolf Schmidts und dem heutigen neuen Chefarzt Egon Fabian. Wichtig war auch der Aufbau einer psychiatrischen Mutter-Kind-Station in den Jahren 1983-85, damals ein Novum in der Deutschen Psychiatrielandschaft.

Später kam es dann zur Ausdifferenzierung der körpertherapeutischen Arbeiten und in den letzten Jahren zur Integration traumatherapeutischer, behavioral-kognitiver und psychoedukativer Ansätze. Dass die Klinik von anfänglich ca. 260 Tagen durchschnittlicher Behandlungsdauer auf heute 70 Tage reduzieren konnte, so Ilse Burbiel, liege sicherlich auch am kontinuierlichen Ausbau des ambulanten Behandlungsnetzes (1981 Gründung der therapeutischen WG La Casa, 1992 Hamburger Strasse und 1996 Grünwald) und der Intensivierung der Zusammenarbeit mit ambulanten Einrichtungen anderer Träger sowie der in den letzten Jahren fortschreitende Umstrukturierung des therapeutischen Konzeptes von der Krisenintervention über die Kurzzeitbehandlung (6 - 8 Wochen) zur Intensiven Akuttherapie von durchschnittlich 3 - 4 Monaten, besonders für Patienten mit hoher Multimorbidität und Persönlichkeitsstörungen.

Aber auch den schwärzesten Punkt in der Geschichte der Klinik sprach Ilse Burbiel an, als »am 10. Dezember 1985 in der Klinik eine Großrazzia unter Einsatz von 150 Polizei- und Kripobeamtinnen, Steuerfahndern, Beamten der Gesundheitsbehörde sowie Staatsanwälten durchgeführt wurde, zu dem

Zweck, sämtliches Schrift-, Bild- und Videomaterial zu beschlagnahmen. Erst nach fast drei Jahren existentieller Kämpfe um den Bestand der Klinik konnte die Klinik Akteneinsicht und damit Kenntnis der konkreten Anschuldigungen erhalten und den Hintergrund für eine solche unverhältnismäßige Polizeiaktion erfahren: Die Klinik und ihr Hauptangeschuldigter Günter Ammon wurden verdächtigt, obdachlose Jugendliche zu Terroristen auszubilden und RAF-Terroristen zu behandeln. Das im Jahre 1990 eingestellte Verfahren hinterließ neben großen finanziellen Einbußen, anhaltende Rufschädigungen, traumatisierte Patienten und ein traumatisiertes Team.«

Diese Schädigung konnte in kleinen Schritten nach und nach überwunden werden. Die Anerkennung der Klinik als Arbeitspartner in der psychiatrischen und psychotherapeutischen Versorgung und die Würdigung ihrer Offenheit zog sich wie ein roter Faden durch die Grußworte der geladenen Gäste.

So sagte Prof. Dr. G. Nagler (AOK Bayern Zentrale): »Wir feiern heute das 25-jährige Bestehen einer Einrichtung, die für ein qualitätsgesichertes Behandlungsspektrum bekannt ist. ... Dies wird u. a. an Ihrem sehr umfangreichen Therapieprogramm deutlich. Ihr Konzept der dynamischen Psychiatrie, das auf Behandlung der Ursachen der Erkrankungen setzt und daher Medikamente zur Symptomdämpfung nur sehr begrenzt einsetzt, verdient Anerkennung und Respekt. Hervorzuheben sind in diesem Zusammenhang u. a. die nonverbalen Therapien wie Tanz, Kunst und Reittherapie. Zielsetzung Ihrer Strategie war und ist es, Ihren Patienten die Wiedereingliederung in ein alltägliches Leben zu ermöglichen, so zu sagen lediglich den ins Stocken geratenen Motor wieder lauffähig zu machen.«

Dr. F.-J. Freisleder, Chefarzt der Heckscher Klinik, München, sprach zunächst die Geschichte an: »Ihr Haus und seine Mitarbeiter sind in den zurückliegenden 25 Jahren oft eigene, besondere Wege in der hiesigen Psychiatrielandschaft gegangen, die in der Anfangszeit nicht immer ganz unumstritten waren. Aber zweifellos hat sich die Klinik Mengerschwaige mit ihrer dynamisch psychiatrischen Orientierung gerade in den letzten Jahren durch ihre erfolgreiche Arbeit ein neues klinisches Profil erworben. Sie nimmt mittlerweile einen festen Platz in der Münchner Psychiatrieszene ein. Die Klinik Mengerschwaige bietet vor allem Patienten mit neurotischen Störungen, mit endogenen Psychosen, affektiven Erkrankungen und speziell solchen mit Borderline-Persönlichkeitsstörungen ein fast einmaliges therapeutisches Setting an, in dem sie einerseits von tiefenpsychologisch

ausgerichteter Psychotherapie profitieren, andererseits auch etwa auf eine bewährte moderne Psychopharmakotherapie nicht verzichten müssen. Wir Kinder- und Jugendpsychiater mussten in den letzten 10 Jahren dramatisch Fallzahlenzunahmen in unseren Kliniken registrieren. Nicht zuletzt wegen unserer oft überbelegten Stationen schätzen wir es deshalb sehr, dass wir immer wieder einmal ältere Jugendliche an der Schwelle zur Volljährigkeit etwa mit einer Borderlineproblematik auch an Ihre Klinik weitervermitteln können, was gar nicht so selten der Fall ist.«

Dr. G. Schleuning, die Ärztliche Leiterin des Psychiatrischen Krisenzentrum Atriumhauses in München, sagte, dass durch die Patienten, die einmal in der Menterschwaige, einmal in Haar, einmal im Atriumhaus oder an anderer Stelle behandelt wurden, schon immer wahrgenommen werden konnte, dass »eine therapeutische Arbeit geleistet wird in der Menterschwaige, die von großer menschlicher Nähe geprägt ist und von einer Achtung vor jedem Menschen, wenn er auch zunächst noch so fremdartig und eigenartig erscheint, einer Haltung großer Achtung und Wertschätzung. Und genau diese Achtung und Wertschätzung des anderen - auch des Fremdartigen und zunächst sehr verschiedenartigen Anderen -spüren wir auch jetzt, wenn wir die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Menterschwaige in den Gremien und Arbeitskreisen der Gemeindepsychiatrischen Verbände wahrnehmen. Das tut uns allen sehr gut, das freut uns und dafür möchte ich mich ganz herzlich bei Ihnen bedanken.«

Zum Abschluss überreichte Frau Dr. Schleuning einen Lorbeerbaum als Geschenk: »Ich habe mir sagen lassen, dieser Lorbeerbaum ist sehr Witterungsbeständig und hält auch schärferen klimatischen Bodenbrüchen stand. Er soll ein Symbol sein für Ihre Arbeit.«

Im Anschluss an Grußworte von Gyorgy Körmendy, der Leiterin des ungarischen Zweigs der WADP (Budapest) und Ingeborg Urspruch, der ersten Chefärztin der Klinik und jetzige Vorsitzende des Beirats der Klinik sprachen zwei ehemalige Patienten sehr persönlich, aber auch mit Humor und gewonnenem Abstand über die Bedeutung der Klinik für ihre eigene Entwicklung: Am wichtigsten sei für ihn gewesen, sagte Sascha B., dass er, als er sich in einer Lebenskrise befand, sehr schnell in der Klinik Hilfe bekommen habe. Er sei nicht durch »Vorurteile oder Schubladendenken eingestuft worden, sondern als Mensch behandelt« worden. Sowohl durch diese Sicherheit und Menschlichkeit, aber auch durch Grenzen, die gesetzt wurden, habe er sehr

viel gelernt. Dabei sei speziell die Milieuthherapie in Paestum sehr wichtig gewesen, und es sei sehr schade, dass dies heute nicht mehr möglich sei. Inzwischen ist Herr B. Student und Vater eines kleinen Sohnes - es sei doch sehr vieles passiert, sagte er, was ohne die Klinik wohl nicht möglich gewesen wäre.

Sie habe eigentlich immer daran gezweifelt, ob die Behandlung in der Klinik ihr etwas bringe, sagte Barbara H., »ein paar bunte Bildchen malen, ein Tänzchen hier, ein bißchen Theaterspielen dort, ein bißchen auf dem Pferd hoppeln«. Nahezu täglich habe sie ihrem Unmut lautstark Gehör verschafft. Dahinter habe jedoch die pure Verzweiflung gesteckt, die Angst, das es nicht besser werden würde. Durch die Rückmeldung der Therapeuten und vor allem der Mitpatienten habe sie es dann aber schließlich auch selbst glauben können, dass sie sich veränderte. »Es war für mich existentiell, dass die anderen die Hoffnung aufrecht erhalten hatten, so lange ich noch keine eigene hatte.«

»Was macht die Klinik so besonders?« fragte Frau H. Es seien erstens die Vielfalt und Intensität der Gruppen; dann die immer wieder unkonventionelle und flexible Vorgehensweise, die auf die Individualität eines jeden Patienten eingehe, wobei von den Mitarbeitern viel abverlangt werde, deren Engagement Frau H. besonders hervorhebt. Und als letztes die starke Einbeziehung der Außenwelt in die Therapie, die sozialen, familiären und beruflichen Kontakt des Patienten, so dass der Aufenthalt nicht zum Zusammenbruch der alten Existenz führe. »Äußeren Luxus wirst du hier nicht finden, dafür aber umso mehr inneren Reichtum.« Mit dieser Klinik habe man eine reale Chance, in sein Leben zu finden oder zurückzufinden.

Am Rahmenprogramm der Feier waren auch die Patienten die Hauptprotagonisten. Die Musiktherapiegruppe zeigte sich mit musikalischen Improvisationen; die Theatertherapiegruppe führte Szenen aus ihrem aktuellen Projekt »Momo« auf. So schloss sich auch der zeitliche Kreis: Momo von Michael Ende war bereits 1981 zum ersten Mal in der Klinik aufgeführt worden, heute ist die Thematik der Grauen Herren - Zeitdiebe, die den Menschen Zeit wegnehmen - von beklemmender Aktualität. Wobei die Zeit nur denen gestohlen werden kann, die sie zersplittert in Stunden, Minuten und Sekunden sparen wollen.

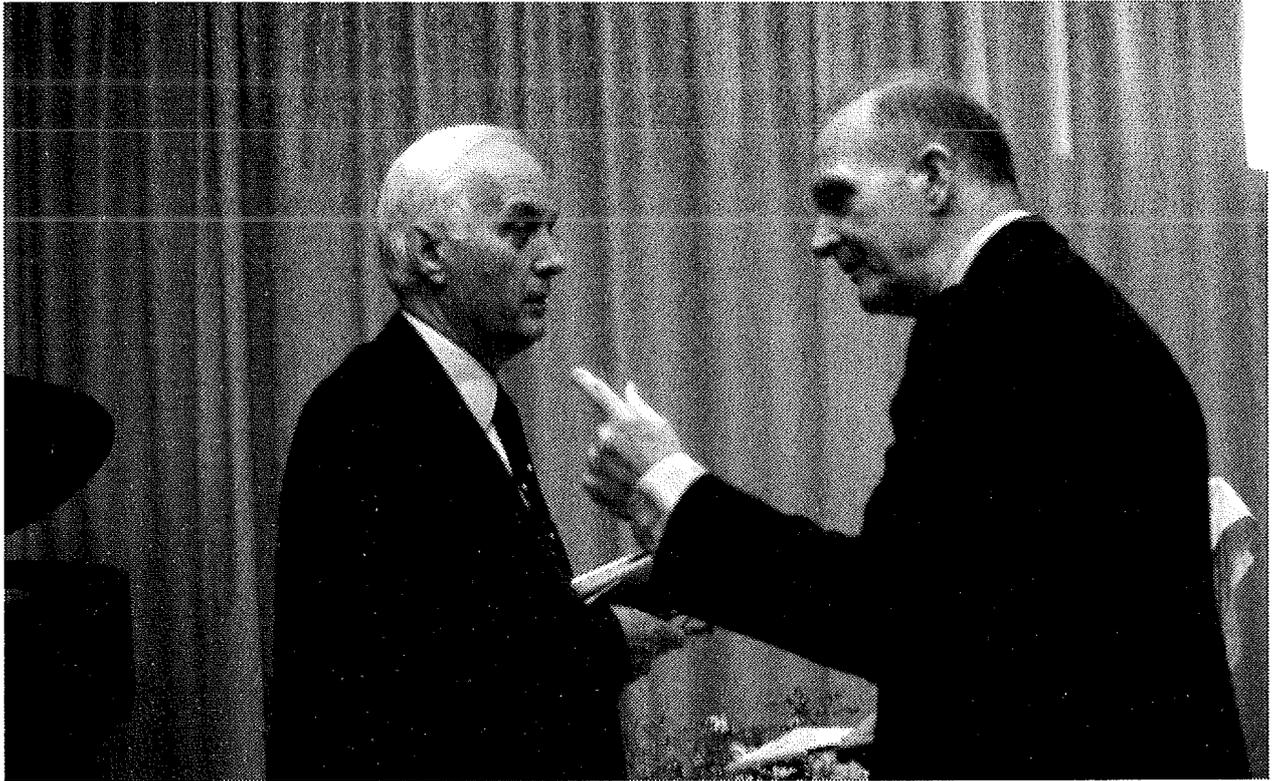
Dipl. Psych. Gisela Finke, München



von links nach rechts: Herr Dziakowski, Herr Dr. Fabian, Frau Dr. Ammon, Frau Dr. Burbiel



Der frühere und der heutige Chefarzt der Klinik Mengerschwaige, Herr Dr. Schmidts und Herr Dr. Fabian, betreten die Klinik zu Beginn der Veranstaltung



von links: Herr Fahn, ehemaliger Direktor der AOK Bayern, im Gespräch mit Herrn Bertermann



erste Reihe von links: Frau Dr. Urspruch, Herr Dr. Schmidts und Frau Schmidts



vordere Reihe von links: Frau Schmidts, Frau Dr. Burbiel, Herr Dr. Fabian, Herr Dziakonski, Herr Fahn, Frau Dr. Körmendy



Herr Dr. Freisleder, Chefarzt der Heckscher Klinik, München



Frau Dr. Schleuning, ärztliche Leiterin des Psychiatrischen Krisenzentrums Atriumhaus, München



Frau Dr. Schleuning bei der Überreichung des Lorbeerbaumes an Frau Dr. Ammon; neben dem Flügel sitzend: Fr. Dr. Meisenzahl, Oberärztin der Psychiatrischen Klinik an der Nussbaumstraße

## »Tag der Offenen Tür« in der Klinik Menterschwaige, München

Zum Samstag, den 24. Juli lud die Klinik Menterschwaige die Bevölkerung der benachbarten Stadtbezirke mit Plakaten und auch Postwurfsendungen zu einem »Tag der offenen Tür« ein. Geboten wurde ein buntes Programm mit einer Filmvorführung, einem Vortrag über das Konzept der Klinik, einem Auftritt des Patientenchores und der Trommelgruppe und einer abschließenden Führung durch das Klinikgelände. Ein Kuchenbuffet und Getränke sorgten für das leibliche Wohl der Gäste.

Obwohl dieses Ereignis an einem Wochenende stattfand, erschien das Klinik -Team fast vollzählig, um die Besucher in Empfang zu nehmen und für informierende oder beratende Gespräche bereit zu stehen, und trotz schlechten Wetters mit teilweise strömendem Regen machten an die 100 Gäste von dem Angebot Gebrauch. So z.B. Menschen, die seit z.T. Jahrzehnten in der Nachbarschaft leben und sich immer fragten, »was denn da Geheimnisvolles in dieser Klinik« vorgehe. Aus Grünwald kam eine pensionierte Krankenschwester, die bis 1967 in der ehemaligen LVA - Lungenklinik gearbeitet hatte. Aber auch verschiedene niedergelassene Ärzte und Psychologen machten von dem Informationsangebot Gebrauch und - last not least - auch Menschen, die für sich oder Angehörige einen Therapieplatz suchten.

Wie Chefarzt Dr. Egon Fabian feststellen konnte, brach das Eis spätestens bei der Führung durch das Klinikgelände, wo sich die Besucher beeindruckt von den vielen Milieuprojekten zeigten: der Gaudi-Bank, der Sonnenuhr, der Mauer des Unbewussten- und hier ohne viele Worte das Wesen der Milieuthherapie verstanden. Doch auch schon die Lieder des Patientenchores (»Looking on the Bright Side of Life«, »Über den Wolken«) und die Darbietungen der Trommler wurden mit intensivem, herzlichen Beifall bedacht.

Tage der Offenen Tür, so das Fazit des Teams, machen nicht nur die Klinik bekannter und ihr Konzept verstehbarer, sondern leisten auch einen wichtigen Beitrag gegen die Stigmatisierung psychisch Kranker.

Dipl. Psych. Gisela Finke, München



Mitarbeiterinnen Frau Kron und Frau Dr. Primbas



Stellwände der Milieugruppen

aufmerksames Publikum



## Ankündigungen

### **7th International Conference on Philosophy, Psychiatry and Psychology**

Thema: Time, Memory and History  
Datum: 23.-26.09.2004 Heidelberg, Germany  
Infos bei: Scientific Secretariat: PD Dr.Dr. T. Fuchs, Psychiatrische  
Universitätsklinik Heidelberg, Vossstr. 2, D-69115  
Heidelberg  
Tel: +49-6221-564422  
Fax: +49-6221-565998  
e-mail: ppp.2004@med.uni-heidelberg.de

### **3. Fachtagung für klinische Sozialarbeit**

Datum: 08. - 09.10.2004  
Ort: Berlin, Germany  
Veranstalter: Alice-Salomon-Fachhochschule, Berlin  
Information: Marc Butzbach  
e-mail: butzbach\_AT\_asfh-berlin.de  
Internet: www.asfh-berlin.de

### **6th Delphi International Psychoanalytic Symposium**

»Psychoanalysis and the Human Body: Beyond the Mind-Body Dualism«

Datum: 27. - 31.10.2004  
Ort: Delphi, Greece  
e-mail: delphi\_AT\_med.upatras.gr  
Internet: http://delphi.med.upatras.gr

**Kongress: »Ritual & Grenzerfahrung - Dynamik und Wirksamkeit von Ritualen**

Datum: 14.-17.10.2004

Ort: Stadthalle Heidelberg, Germany

Veranstalter: Abteilung für Medizinische Psychologie des Universitätsklinikums Heidelberg und der Sonderforschungsbereich Ritualdynamik der Deutschen Forschungsgemeinschaft ([www.ritualdynamik.uni-hd.de](http://www.ritualdynamik.uni-hd.de)) an der Universität Heidelberg.

Kongressleitung: Prof. Dr.med. Dipl.-Psych. Rolf Verres, Dr. Henrik Jungaberle und Dipl.-Psych. Dörthe Verres.

Internet: [www.ritual-kongress.de](http://www.ritual-kongress.de)

**16th Residential Group Relations Conference in the Tavistock Tradition**

Datum: 19.-23.01.2005

Ort: Holyoke, Massachusetts, USA

Veranstalter: The Center for the Study of Groups and Social Systems

Kongressleitung: Danielle Kennedy, Ph.D., LICSW, Director  
Marc Kessler, Ph.D., Associate Director for Administration

e-mail: [marc.kessler@uvm.edu](mailto:marc.kessler@uvm.edu)

**14. Weltkongreß der World Association for Dynamic Psychiatry WADP XXVII. Internationales Symposium der Deutschen Akademie für Psychoanalyse**

Datum: 16. - 19.3.2005

Leitung: Prof. Modest M. Kabanow M.D.; Dipl.-Psych. Dr. phil. Maria Ammon

Titel: Trauma, Bindung und Persönlichkeit – Dynamische Aspekte

Ort: Jagellonian Universität Krakau, Polen

Information: Lehr- und Forschungsinstitut der Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP); c/o Dipl.-Psych. Sylvelin Römisch, Goethestr. 54, D-80336 München;

e-mail: [lfi-muenchen@dynpsych.de](mailto:lfi-muenchen@dynpsych.de)

Internet: [www.dynpsych.de](http://www.dynpsych.de)

**11th Annual Research Conference**

Datum: 20.-21.05.2005  
Ort: Birmingham, United Kingdom  
Veranstalter: British Association for Counselling and Psychotherapy  
info: Angela Couchman  
e-mail: [angela.couchman\\_AT\\_bacp.co.uk](mailto:angela.couchman_AT_bacp.co.uk)

## Impressum

### *Verlag, Sitz und Geschäftsstelle/Publisher:*

»Pinel« Verlag für humanistische Psychiatrie und Philosophie GmbH  
 Berlin, Kantstraße 120 / 121, D - 10625 Berlin  
 Tel.: 0 30 / 3 13 28 93, Fax: 0 30 / 3 13 69 59  
 Amtsgericht Charlottenburg HRB 64279, pinelverlag@web.de

### *Geschäftsführer des Verlages:*

Dipl. Psych. Gabriele von Bülow, Kantstraße 120/121, D-10625 Berlin

### *Hauptgesellschafter (mit einem Anteil von über 5%):*

Dr. Maria Ammon, Dipl. Psych., Berlin (14%)  
 Gabriele von Bülow, Dipl. Psych., Berlin (7%)  
 Deutsche Akademie für Psychoanalyse e.V., München (11%)  
 Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin e.V., München (10%)  
 Klinik für Dynamische Psychiatrie GmbH, München (10%)

### *Herausgeber/Editor:*

Dr. phil. Dipl. Psych. Maria Ammon, Kantstraße 120/121, D-10625 Berlin  
 (verantwortlich für den wissenschaftlichen Teil)

### *Abonnenntenabteilung/Subscription Management:*

Werner Feja, Kantstraße 120 / 121, D - 10625 Berlin,  
 Tel. u. Fax: 0 30 / 3 13 69 59, pinelverlag@web.de

### *Mitglieder der Redaktion/Members of the editorial staff:*

Dr. phil. Dipl. Psych. Maria Ammon, Eva Aralikatti, Dipl. Psych. Thomas Bihler, Dr. med. Anette Binder, Dr. phil. Ilse Burbiel, Dipl. Psych. Gabriele von Bülow, Dipl.-Psych. Hellmuth Cox, Dr. med. Dorothee Doldinger, Dr. med. (Univ. Tel Aviv) Egon Fabian, Dr. med. Ulrike Fabian, Dipl. Psych. Saskia Heyden, Dr. phil. Gertraud Reitz, Dipl. Psych. Gerhard Wolfrum

### *Redaktionsleitung:*

Dipl. Psych. Hellmuth Cox  
 Eva Aralikatti

*Nachrichtenteil/News:*

Verantwortlich Dr. phil. Ilse Burbiel, Presse- und Informationsreferentin im Executive Council der World Association for Dynamic Psychiatry WADP, Gaißacherstr. 5, D- 81371 München

*Buchbesprechungen/Book reviews:*

Dipl. Psych. Saskia Heyden, Auenstraße 14, D-80469 München  
saskiaheyden@tiscali.de

*Übersetzung, Lektorat, Satzerstellung / Translation, Editing, Typesetting:*

Eva Aralikatti, Word.Art.Work, Lehrer-Götz-Weg 20, D-81825 München,  
Tel.: 0 89 / 45 46 16 68, mobil: 01 73 / 9 26 12 14  
word.art.work@t-online.de

*Druck:* Offset-Druckerei Gerhard Weinert GmbH, Saalburgstr. 3, 12099  
Berlin, Tel.: 0 30 / 60 08 62 - 0, Fax -22, <http://www.weinert-druck.de>  
[info@weinert-druck.de](mailto:info@weinert-druck.de)

***Einreichung neuer Manuskripte bitte an folgende Adresse:  
please submit your Manuscript to our editorial office:***

[redaktion@dynpsych.de](mailto:redaktion@dynpsych.de)

Die veröffentlichten Artikel geben nicht unbedingt die Meinung der Redaktion wieder. Manuskripte werden in Deutsch und Englisch ausschließlich in elektronischer Form entgegengenommen. Der Umfang des Manuskriptes sollte nach Möglichkeit 20 doppelzeilige Din A4 Seiten nicht überschreiten soll. Dem Manuskript muss ein englisches Abstract (etwa 100 Worte) beigefügt werden, sowie eine deutsche und englische Zusammenfassung von etwa einem Drittel Länge des Textes. Die Literaturangaben sollten den üblichen Standards der Zeitschrift entsprechen. Bilder und graphische Darstellungen sind einzeln einzureichen, entweder im Word-Format oder als Powerpoint Datei. Zu weiteren Fragen zur Formatierung Ihres Manuskriptes wenden Sie sich bitte per e-mail an das Redaktionsbüro.

**Einreichung von Manuskripten bitte ausschließlich per E-mail an das Redaktionsbüro:**

**redaktion@dynpsych.de**

In der Regel dürfen nur Arbeiten eingereicht werden, die vorher weder im In- noch im Ausland veröffentlicht worden sind. Der Autor verpflichtet sich, das Manuskript auch nachträglich nicht an anderer Stelle zu publizieren. Arbeiten können nur ohne Zahlung von Honorar zur Veröffentlichung entgegengenommen werden. Mit der Annahme des Manuskripts und seiner Veröffentlichung geht das Verlagsrecht für alle Sprachen und Länder einschließlich des Rechts der photomechanischen Wiedergabe oder einer sonstigen Vervielfältigung an den »Pinel« Verlag für humanistische Psychologie und Philosophie GmbH München über. Der Autor erhält kostenlos 5 Beleghefte. Für unverlangt eingesandte Manuskripte, Fotos etc. wird keine Haftung übernommen.

Die Dynamische Psychiatrie erscheint 3x jährlich. Jahresabonnement Euro 60,- (zzgl. Porto), für alle Mitglieder der DAP, der DGG, der DGPM, der WADP und der DGDP, für Ärzte im Vorbereitungsdienst, Mitarbeiter der Psychoanalytischen Kindergärten gegen Nachweis nur in Deutschland Euro 48,- (zzgl. Porto). Studenten Euro 32,- (zzgl. Porto). Einzelheft Euro 10,-, für Bibliotheken wird ein Rabatt von 15 % gewährt, d.h. Euro 51,- (bei Direktbestellung).

Porto:	innerhalb Deutschland	- Euro 4,-
	Europa Landweg	- Euro 6,50
	Europa Airmail	- Euro 10,-

Das Abonnement verlängert sich jeweils um ein Jahr, wenn es nicht vier Wochen vor Ablauf des Bezugsjahres gekündigt wird. Zahlung des Jahresabonnements bis zum 1. April. d.J. auf folgendes Konto: Berliner Commerzbank (BLZ 100 400 00), Kto.-Nr. 507 056 000.

The author's opinion does not necessarily reflect the opinions of the editorial staff. Manuscripts should be limited to 20 double-spaced typed pages, will be accepted in German and English by e-mail only. All manuscripts should have an english abstract (about 100 words) and a summary in German and English (one third of the entire manuscript). Literature references should be adapted to those of the journal. Pictures and graphic illustrations should be submitted in separate files, either in MsWord or as Powerpoint files. For further details regarding the formatting of your submission, please kindly contact the editorial office by e-mail prior to submission.

**Please submit you manuscript to our editorial office by e-mail only:  
redaktion@dynpsych.de**

Only previously unpublished manuscripts, which are also not under consideration for any other journal / publication can be submitted. Articles published in this journal may not appear in any other publication. With the acceptance of the manuscript and its publication, the »Pinel« Verlag für humanistische Psychiatrie und Philosophie GmbH München reserves the copyright for all countries and languages. There can be no remuneration for contributions.

This journal, or parts thereof, may not be reproduced in any form, by photocopy or any other means without written permission from the publishers. The author receives 5 voucher copies of the journal. We do not undertake any liability for manuscripts, photos etc. which were not requested by us.

The »Dynamic Psychiatry« is published three times a year. Annual subscription rate Euro 60,- for WADP - members Euro 48,- for students 32,- (postage additional), per individual copy Euro 10,-.

postage: Europe, surface mail	- Euro 6,50
rest of the world, surface mail	- Euro 6,50
Europe, Airmail	- Euro 10,00
rest of the world, Airmail	- Euro 10,00

The subscription is prolonged for one year, if it has not been cancelled four weeks before the end of the year. The annual subscription rate should be paid by the 1st of April. The money should be remitted on the account of the »Pinel« Verlag für humanistische Psychiatrie und Philosophie GmbH, Berliner Commerzbank (swift code: 100 400 00), account # 507 056 000.



*Lektorat & Korrektorat  
Ghostwriting · Werbetexte  
Übersetzung · Satz*

*» Vernachlässigen Sie nichts, arbeiten Sie,  
schreiben Sie neu und  
lassen Sie das Werk erst aus der Hand,  
wenn Sie die Überzeugung haben,  
dass Sie es zu dem Grad von  
Vollkommenheit gebracht haben,  
den ihm zu geben Ihnen möglich war.«*

*GUSTAVE FLAUBERT AN LOUISE COLET*

*... und den Rest überlassen Sie uns.*

*word. Art. work*

*Eva  
Aralikatti*

*Lehrer-Götz-Weg 20  
81825 München  
Germany*

*phone: (089) 45 46 16 68  
mobil: (0173) 9 26 12 14  
word.art.work@t-online.de*