

Dynamische Psychiatrie

Begründet von
founded by
Günter Ammon

Internationale Zeitschrift für Psychotherapie, Psychoanalyse und Psychiatrie
International Journal for Psychotherapy, Psychoanalysis, and Psychiatry

Vol. 40. Jahrgang

2007•1-2

Nr. 219-220

Dynamic Psychiatry

Trauma–Attachment–Personality 3

Maria Ammon, Thomas Bihler

Die transgenerationale Transmission psychischer Traumata

N. G. Neznanov, A. V. Vassilyeva

Die Beziehungspsychologie nach V. N. Myasischtev und die Dynamische Psychiatrie von G. Ammon

John L. Cox

Antenatal and Postnatal Mental Disorder: Dynamic and Cultural Perspectives

Vadim S. Rotenberg

The Asymmetry of the Frontal Lobe Functions and the Fundamental Problems of Mental Health and Psychotherapy

Georg Kress, Thomas Bihler

Die Arbeit mit Traumata in der Maltherapie – Ein Fallbericht

Kam-Shing Yip

Bowlby's Attachment Theory and Depression: Its Implications in Interventions (Essay)

Martin Urban (München)

Compensatory Attachment Development – A New Paradigm in Psychotherapy and Psychiatry?

Ulrich Rüth

Medard Boss: „Es träumte mir vergangene Nacht, ...“ – wiedergelesen

ISSN 0012-740 X

Dynamische Psychiatrie • *Dynamic Psychiatry*

Internationale Zeitschrift für Psychotherapie, Psychoanalyse und Psychiatrie
International Journal for Psychotherapy, Psychoanalysis, and Psychiatry
Vol. 40. Jahrgang, 2007, Nr. 219-220, pp. • S. 1-140.

Inhalt • Contents

Maria Ammon, Thomas Bihler (München)

Die transgenerationale Transmission psychischer Traumata	1
Summary	13

N. G. Neznanov, A. V. Vassilyeva (Sankt Petersburg)

Die Beziehungspsychologie nach V. N. Myasischtev und die Dynamische Psychiatrie von G. Ammon	26
Relationship Psychology of V. N. Myasischtev and Dynamic Psychiatry of Günter Ammon	34

John L. Cox (Stoke-on-Trent)

Antenatal and Postnatal Mental Disorder: Dynamic and Cultural Perspectives	37
Zusammenfassung	47

Vadim S. Rotenberg (Tel Aviv)

The Asymmetry of the Frontal Lobe Functions and the Fundamental Problems of Mental Health and Psychotherapy	51
Die Asymmetrie der Funktionen des rechten Gehirnlappens im Zusammenhang mit fundamentalen Problemen psychischer Gesundheit und Psychotherapie	65

Georg Kress, Thomas Bihler (München)

Die Arbeit mit Traumata in der Maltherapie	69
Working with Traumata in Art Therapy – A Case Study	89

Kam-Shing Yip (Hong Kong)

Bowlby's Attachment Theory and Depression: Its Implications in Interventions (Essay)	101
Zusammenfassung	116

Martin Urban (München)

Compensatory Attachment Development – A New Paradigm in Psychotherapy and Psychiatry?	119
Zusammenfassung	130

Ulrich Rüth (München)

Medard Boss: „Es träumte mir vergangene Nacht, ...“ – wiedergelesen (Essay)	134
---	-----

Nachrichten • News

Ankündigung	140
Erratum	140

Die transgenerationale Transmission psychischer Traumata

Maria Ammon, Thomas Bihler (München)

Transgenerational transmission of psychic trauma plays an important role in the etiology of many psychic disorders. First, the development and recognition of this concept in psychoanalysis is reviewed. Second, mechanisms of transgenerational transmission taking place in everyday interactions between parents and children are described. Third, family dynamics built around parental trauma are analyzed. Then an own study is reported, in which the interplay between parental trauma, transmission processes in the family, and schizophrenia of a child in later life was investigated (M. AMMON 2002). Finally, recommendations for the psychoanalytic treatment of patients with transgenerational traumata are given.

Keywords: psychic trauma, transgenerational transmission, psychoanalysis, schizophrenia, family dynamics

Die transgenerationale Übertragung psychologischer Merkmale von den Großeltern auf die Eltern und von den Eltern auf die Kinder ist ein wohlbekanntes Alltagsphänomen. Die Alltagsweisheit war sich der psychischen Ähnlichkeiten zwischen den Generationen immer bewusst. Dies lässt sich an Sprichwörtern wie 'der Apfel fällt nicht weit vom Stamm' oder 'wie der Vater, so der Sohn' leicht erkennen. Die möglichen genetischen Einflüsse auf diese Transmissionsprozesse sind Gegenstand bedeutender Forschungstraditionen in der akademischen Psychologie wie auch in der biologischen Psychiatrie, sollen aber in diesem Kontext nicht behandelt werden. Stattdessen soll der Fokus auf den psychologischen Übertragungsmechanismen liegen, die in den alltäglichen interpersonellen Austausch zwischen Eltern und Kindern eingebettet sind, wie es einer genuinen psychoanalytischen Sichtweise entspricht. Tatsächlich kann die Auffassung einer transgenerationalen psychischen Übertragung von Traumata bis zu den frühen Schriften von Sigmund FREUD zurückverfolgt werden. In 'Totem und Tabu' beschrieb FREUD (1912), wie der traumatische Mord am mythischen Vater der Urhorde die Überich-Formationen der folgenden Generationen entscheidend gestaltete.

Doch ähnlich wie der Einfluss realer Traumata auf die Ätiologie psychopathologischer Probleme, spielten diese Spekulationen im Bereich der Ethnopsychanalyse keine zentrale Rolle im Denken FREUDS. Dies mag eine Erklärung

dafür sein, weshalb die Psychoanalyse so lange benötigte, um das Konzept einer transgenerationalen Transmission des psychischen Traumas zu integrieren. Es ist häufig bemerkt worden, dass die Psychoanalyse für lange Zeit eine 'Ein-Personen-Psychologie' geblieben ist. In ähnlicher Weise könnte man auch behaupten, dass die Psychoanalyse für die meiste Zeit ihres Bestehens eine 'Ein-Generationen-Psychologie' gewesen ist.

Die Gründe für die Psychopathologie eines Patienten wurden fast ausschließlich in seiner persönlichen Lebensgeschichte gesucht; die realen Traumatisierungen seiner Eltern und Großeltern, sowie deren Einflüsse auf die Biographie des Patienten, blieben größtenteils am Rande der Aufmerksamkeit von Analytikern. Diese Einschätzung erscheint zutreffend, trotz der Tatsache, dass ab den 1960er Jahren ein systemischer Ansatz in Teilen der psychoanalytischen Gemeinschaft an Popularität gewann, und die psychoanalytische Familienpsychologie anfang, einen mehrgenerationalen Ansatz für das Verständnis psychischer Probleme zu entwickeln. Dennoch blieb der Einfluss dieser Theoriebildungen auf die allgemeine Psychoanalyse relativ gering.

Wesentlich bedeutsamer für die allmähliche Entwicklung eines Bewusstseins bezüglich der transgenerationalen Phänomene waren die Publikationen von Analytikern, die mit Überlebenden des Holocaust arbeiteten. Die Fallgeschichten, die seit den frühen 1960er Jahre veröffentlicht wurden, spielten nicht nur eine entscheidende Rolle für die schrittweise Anerkennung der verheerenden psychischen Folgen extremer Traumatisierung, sondern gaben auch wichtige Hinweise auf die fortdauernden Auswirkungen des Traumas für die folgenden Generationen. Dieser Aspekt wurde zunehmend deutlich, als die ersten Angehörigen der zweiten Generation von Holocaustopfern, die nicht selbst unter der Verfolgung durch die Nazis gelitten hatten, sondern größtenteils durch die psychischen Folgen des Leidens ihrer Eltern traumatisiert waren, in den späten 1960er und frühen 1970er Jahren in psychoanalytische Behandlung kamen. Seit diesem Zeitpunkt wurden schätzungsweise mehr als 400 Artikel über das Thema der Traumaübertragung von Eltern, die den Holocaust überlebt hatten, auf ihre Nachkommen veröffentlicht (KELLERMANN 1999). Diese Forschungsarbeiten wurden ab den 1980er Jahren durch eine Reihe von Veröffentlichungen ergänzt, die eine komplementäre Sicht auf die transgenerationale Transmission von sadistischen Verbrechen und Kriegstraumata in den Familien von deutschen Nazitätern eröffneten (BOHLEBER 1997).

Angesichts der großen Zahl von Artikeln, die zu diesem Thema veröffentlicht wurden, überrascht es nicht, dass die Übertragung von Traumata, die mit

dem Holocaust in Verbindung stehen, zu einem Paradigma für die Erforschung der transgenerationalen Transmission von Traumata geworden ist. Erst in den letzten Jahren hat sich der Blickwinkel geweitet, indem andere Formen der Traumatisierung, z. B. Kindesmisshandlung und sexueller Missbrauch, in das Konzept mit einbezogen wurden. Es hat nun den Anschein, dass sich allmählich eine allgemeine psychologische Theorie der transgenerationalen Transmission entwickelt.

In diesem Zusammenhang haben sowohl die Bindungsforschung als auch die psychoanalytische Säuglings- und Kleinkindforschung, die sich auf mikroanalytische Beobachtungsparadigmen stützen, wichtige Beiträge geliefert, insofern sie in der Lage waren, die Mikroprozesse der transgenerationalen Übertragung zu verdeutlichen, die in den alltäglichen Interaktionen zwischen traumatisierten Eltern und ihren Kindern stattfinden (FONAGY 1999).

Die Popularisierung des Traumabegriffs hat zu einem inflationären und häufig undifferenzierten Gebrauch des Konzepts geführt. Deshalb erscheint es notwendig, auf einige Charakteristika des psychischen Traumas einzugehen, bevor die transgenerationalen Übertragungsprozesse näher betrachtet werden können. Psychisches Trauma kann definiert werden als die psychischen Folgen einer objektiv oder subjektiv wahrgenommenen lebensbedrohlichen Situation, in welcher der oder die Betroffene extreme Furcht und Vernichtungsangst erfährt. Das Individuum hat keine Kontrolle über die bedrohliche Situation. Der wahrgenommene Kontrollverlust führt zu einem emotionalen Zustand der durch Ohnmacht, Verlassenheit und Hilflosigkeit gekennzeichnet ist.

Erfahrungen von extremen Traumata haben häufig die Tendenz, das psychische Funktionieren zu desorganisieren und zu lähmen. Aus diesem Grund ist es äußerst schwierig und häufig unmöglich, solche Erfahrungen in die Kontinuität der persönlichen Geschichte und die psychische Struktur der Persönlichkeit zu integrieren. Stattdessen versucht das Ich, sein psychisches Überleben meist durch extreme Abwehrvorgänge sicher zu stellen, welche die destruktiven Einflüsse der überwältigenden Erfahrung minimieren sollen. Dissoziation ist eine häufig zu beobachtende Abwehr unter diesen Voraussetzungen, doch scheint es, dass die Bildung von abgespaltenen Introjekten der traumatischen Situation die am meisten destruktiven und andauernsten Folgen für das Individuum und seine Beziehungen hat. Ein abgespaltenes Introjekt kann als eine Art intrapsychischer Container verstanden werden, in den Aspekte des ursprünglichen Traumas 'verstaubt', und durch intensive Abwehrvorgänge vom Alltagsbewusstsein getrennt werden. Doch können diese traumatischen Einschlüsse in

die Struktur der Persönlichkeit durch innere oder äußere Reize, die zu ihrem Inhalt passen, leicht ausgelöst, und erneut aktualisiert werden, so dass das Ich von Affekten, Gedanken und Verhaltensweisen überwältigt wird, die mit der ursprünglichen traumatischen Situation verbunden sind, so dass es erneut um sein Überleben fürchten muss.

Günter Ammon hat diese Prozesse eindringlich in seinem Konzept des 'Lochs im Ich' beschrieben (G. AMMON 1974), in welchem die psychischen Kompetenzen traumatisierter Patienten zu verschwinden scheinen, sobald sie in intensive Stresssituationen geraten. Um die permanente Gefahr des Zusammenbruchs seiner Abwehrorganisation zu kompensieren, versucht das Ich von vorneherein alle möglichen auslösenden Reize zu vermeiden, ein Phänomen, das von einigen Autoren als 'Befestigung des Ich' beschrieben wurde, oder ihren Einfluss durch Abwehrvorgänge wie Dissoziation, Projektion oder projektive Identifikation zu neutralisieren.

Diese Mechanismen der Traumakompensation ähneln sehr stark der paranoid-schizoiden Position, wie sie in der kleinianischen Psychoanalyse beschrieben wurde. Die paranoid-schizoide Position eines traumatisierten Elternteils spielt eine entscheidende Rolle für die transgenerationale Übertragung von Traumata auf einer mikroprozessualen Ebene, da sie die Möglichkeiten der Fürsorge des Elternteils für seine Kinder in erheblichem Maße einschränkt. Es steht außer Frage, dass der unmittelbare emotionale Ausdruck und die weniger kontrollierten Verhaltensweisen von Kindern, insbesondere das Bindungsverhalten von Säuglingen und Kleinkindern, eine große Zahl möglicher Auslöse-reize für das unverarbeitete Trauma eines Elternteils bereitstellen. Zum Beispiel kann das Weinen eines Kindes den Elternteil daran erinnern, wie er als Kind selbst weinte, während er von seinen Eltern misshandelt wurde, oder der Gesichtsausdruck eines traurigen Kindes kann die ungelöste Trauer eines Elternteils um eine eigene verlorene Bindungsfigur triggern etc..

Da ein Kind auf diese oder ähnliche Weise leicht die abgespaltenen traumatischen Introjekte eines Elternteils triggern kann, repräsentiert es unbewusst eine permanente Bedrohung für die Abwehrorganisation des Elternteils, der sich aus diesem Grund gegen sein Kind 'schützen' muss. Von daher führt die paranoid-schizoide Position eines Elternteils zu Fehlinterpretationen der Absichten des Kindes. In alltäglichen Interaktionen wird das Kind deshalb häufig vom Elternteil als angsterregend, verfolgend, feindselig, zurückweisend oder überwältigend erlebt. Der Elternteil ist oft nicht in der Lage, im Sinne der Realitätsprüfung zu klären, ob seine verzerrte Wahrnehmung des Kindes als Aggressor

zutreffend ist oder nicht, da traumatische Erfahrungen die Tendenz haben, die Fähigkeiten der Symbolisierung, Verbalisierung und die allgemeine reflexive Kompetenz im starken Maße einzuschränken, wie die Trauma- und Bindungsforschung gezeigt haben.

Aber Erfahrungen über die nicht reflektiert werden kann, werden leicht ausagiert. Aus diesem Grunde wird der traumatisierte Elternteil auf sein 'bedrohliches' Kind häufig mit Kampf- oder Fluchtverhalten reagieren, d. h. der Elternteil wird entweder das Kind auf die eine oder andere Weise angreifen (z. B. durch aggressives oder kontrollierendes Verhalten) oder vor ihm fliehen (z. B. sich zurückziehen oder dissoziieren). Das furchterregende oder verängstigte Fürsorgeverhalten des Elternteils erzeugt im Kind eine wiederholte desorganisierende Erfahrung, die den Charakter eines kumulativen Traumas im Sinne von Masud KHAN (1963) besitzt, und zur Bindungsdesorganisation beim Kind führen kann.

Desorganisierte Bindung wurde von MAIN und HESSE als 'ein Zustand intensiver Furcht ohne Lösungsmöglichkeit' (1990) definiert – eine Definition, die eindeutig auf den traumatischen Charakter dieses Phänomens verweist. Die transgenerationale Transmission des Traumas auf dem Wege der Bindungsdesorganisation spiegelt sich in der Metaanalyse von VAN IJZENDOORN (1995) wieder, in der 60% der Eltern mit einem ungelösten Trauma ein Kind hatten, das desorganisierte Bindung aufwies.

Die empirischen Ergebnisse der Bindungsforschung unterstützen die Ansicht, dass transgenerationale Übertragung nicht gleichzusetzen ist mit einer Eins-zu-Eins-Übertragung der ursprünglichen traumatischen Erfahrung des Elternteils. Stattdessen werden die traumatischen Erfahrungen der Eltern oder Großeltern üblicherweise als kumulative Entwicklungstraumata in den Kindern aktualisiert, wobei die eingeschränkten Fürsorgefunktionen der Eltern eine vermittelnde Rolle spielen.

Doch die Transmission von Traumata findet nicht nur in spezifischen Interaktionen mit einem traumatisierten Elternteil in der frühen Kindheit statt. Das Bedürfnis von traumatisierten Eltern, sich vor Re-Traumatisierung zu schützen, kann in signifikanter Weise die Dynamiken des ganzen Familiensystems beeinflussen und strukturieren, was wiederum die Persönlichkeitsstrukturen und Psychodynamik aller Mitglieder dieses Systems prägt. Durch seine Arbeit mit den Familien von Überlebenden des Holocaust hat DANIELI (1981) wertvolle Einsichten in die Dynamiken von Familien gewonnen, deren unbewusste Struktur sich um ein zentrales elterliches Trauma gebildet hat. Die Erkenntnis-

se von DANIELI sind nicht auf den Spezialfall von Holocaustüberlebenden beschränkt, sondern lassen sich in den meisten Aspekten generalisieren. Die von ihm beschriebenen Typen traumabezogener Familiendynamiken umfassen unter anderem:

- die 'emotional taube oder abgestumpfte Familie', die charakterisiert ist durch Schweigen über die traumatische Vergangenheit, innere Leere, Verlust von Vitalität und Spontaneität, Resignation, das wechselseitige Anklammern der Familienmitglieder etc.,
- die 'Kämpferfamilie', die um eine kontraphobische Reaktion auf die Erfahrung des Traumas herum aufgebaut ist. Das zentrale Ziel dieses Familiensystems ist es, die traumatische Position des Opfers ein für alle mal zu vermeiden. Das unbewusste Motto lautet: „Nie wieder!“ und die Familienwerte sind dementsprechend: Stärke, Willenskraft, bewusste oder unbewusste Omnipotenzfantasien, massive narzisstische Delegationen auf die Kinder, latente, paranoide Stimmung etc..
- Die 'Opferfamilie', die vor allem durch eine depressive und angsterfüllte Atmosphäre geprägt ist. Die Familienmitglieder klammern aneinander und reagieren zugleich mit Misstrauen gegenüber der äußeren Realität. Aggressive Impulse, die aus dieser Atmosphäre erwachsen, werden auf dem Wege der Projektion aus dem Familiensystem 'evakuiert'. Alle Konflikte und Familiengeheimnisse müssen innerhalb der Familie verbleiben und kein Fremder darf in der Familie Fuß fassen.

Es fällt nicht schwer sich vorzustellen, wie Familiensysteme dieser Art eine Vielzahl von potenziell traumatischen Erfahrungen für Kinder schaffen und so die transgenerationale Weitergabe des elterlichen Traumas befördern.

Ein Aspekt von Familiendynamiken, die um ein elterliches Trauma herum entstehen, muss hervorgehoben werden, da er eine besondere Rolle bei der transgenerationalen Weitergabe spielt: die Art und Weise, in der traumatische Erfahrungen der Eltern gegenüber den Kindern kommuniziert werden. Forscher, die mit Überlebenden des Holocaust arbeiteten, haben hier festgestellt, dass traumatisierte Eltern im Hinblick auf diese Kommunikation gegensätzliche Verhaltensweisen zeigen. Viele traumatisierte Eltern behandeln die traumatischen Erfahrungen der Vergangenheit als eine Art Tabu. Sie brechen fast niemals ihr Schweigen über das Familiengeheimnis und den Kindern ist es nicht erlaubt, Fragen zu stellen, nach dem, was tatsächlich geschehen ist.

Die andere Gruppe von Eltern vermittelt dagegen eine offene Obsession in

Bezug auf das Trauma. Ihre Verstrickung mit den Schmerzen, die sie zu erleiden hatten, führt zu einem beständigen Sprechen über die traumatischen Ereignisse der Vergangenheit. Obwohl diese Reaktionen so gegensätzlich erscheinen, haben Forscher herausgefunden, dass ihre destruktiven Auswirkungen auf die Kinder im Endeffekt sehr ähnlich sind. Wie kann dies möglich sein? Die Antwort auf diese Frage scheint in den besonderen Identifikationsprozessen zu liegen, die in Familien stattfinden, in denen eine transgenerationale Weitergabe von Traumata geschieht.

In diesem Zusammenhang ist es wichtig zu beachten, dass auch in Familien, in denen eine Atmosphäre der Verleugnung vorherrscht, eine Kommunikation der traumatischen Vergangenheit stattfindet. Zum einen sind das Schweigen und die zugrunde liegenden Abwehrprozesse niemals perfekt bzw. vollständig. Es wird immer Situationen geben, in denen die Abwehrprozesse der Eltern geschwächt sind und ein Stück Information oder ein unerwarteter Affekt die Mauer des Schweigens durchbricht. Zum anderen erschaffen die stille Verstrickung und Verleugnung der Eltern ein emotionales Klima in der Familie, ein Gefühl, dass etwas Bedrohliches und Verfolgendes 'in der Luft liegt', das unbewusst die Kinder beeinflusst, die in dieser Atmosphäre aufwachsen. Dementsprechend werden Kinder – auch wenn ihnen wesentliche Informationen über die tatsächliche Vergangenheit der Eltern fehlen – Fantasien darüber entwickeln, was passiert sein könnte.

Die vagen Wahrnehmungen über die unausgesprochene Realität der elterlichen Traumata sind der Stoff, aus dem furchterregende Fantasien konstruiert werden. Doch dürfen diese Fantasien, die häufig sehr wenig historische Wahrheit enthalten, aber sehr viel an emotionaler Wahrheit, nicht ausgesprochen werden, da sie die Verleugnung der Eltern gefährden. Wenn sie doch gelegentlich geäußert werden, wird die Wahrnehmung der Kinder von den Eltern meist zurückgewiesen und entwertet. Diese Zurückweisung hat in zweifacher Hinsicht schädliche Folgen. Zum einen werden die furchterregenden Fantasien von den Eltern nicht 'contained' und entschärft, so dass sie ihre destruktive emotionale Macht nicht nur behalten, sondern darin sogar noch verstärkt werden. Die Folge davon ist, dass diese Fantasien das Unbewusste der Kinder beherrschen, in einem Ausmaß, das oft der destruktiven Kraft des ursprünglichen elterlichen Traumas vergleichbar ist. Zum anderen entsteht durch die elterliche Verleugnung der Wahrnehmung des Kindes ein andauerndes Problem für das Kind, zwischen Fantasie und Realität zu unterscheiden. Schließlich ist es so, „dass 'Schweigen' im Sinne von 'Sprachlosigkeit' nicht 'stumm' ist“, wie KAHN

bemerkt. (2006, S. 79)

Die Sprachlosigkeit der Eltern vermittelt dem Kind häufig nonverbale Botschaften, die eindeutig zielorientiert sind, und die Abwehr des Kindes auf dem Wege der projektiven Identifikation und Re-Introjektion überwinden. Diese nonverbal vermittelten Delegationen an das Kind können z. B. die Anweisung umfassen, sich mit dem Schicksal des Elternteils zu identifizieren, den traumatisierten Elternteil zu retten, Rache für sein Leiden zu nehmen, seine Schuld zu teilen usw. Die Rollenzuweisung, die zwischen einem traumatisierten Elternteil und seinem Kind auf dem Wege von mikroprozessualen Interaktionen, wie sie zuvor beschrieben wurden, stattfindet, kann dazu führen, dass das Kind bestimmte Rollen übernimmt, die der Elternteil für sein psychisches Gleichgewicht benötigt, z. B. die Rolle des Opfers oder die des Täters. Auf diese Weise rufen die Gefühle und Handlungen eines traumatisierten Elternteils – in viel größerem Ausmaß als seine expliziten Äußerungen – Gefühle und Verhaltensweisen in seinen Kindern hervor, die eine wunscherfüllende Funktion für die Anstrengungen des Elternteils im Hinblick auf ‘Selbstheilung’ besitzen. In jedem Fall wird jedoch die Container-Contained-Beziehung zwischen Elternteil und Kind auf eine Weise umgekehrt, in der das Kind als Container für das projizierte, traumabezogene Material des Elternteils fungiert. Somit wird deutlich, dass im Falle von schwer traumatisierten Eltern das Kind nicht nur eine Bedrohung für die Abwehrorganisation des Elternteils darstellt, wie zuvor beschrieben, sondern zugleich ein wesentlicher stabilisierender Faktor für dessen Abwehr ist, was die ambivalenten und desorganisierenden Fürsorgeverhaltensweisen vieler traumatisierter Eltern erklären mag.

Die Externalisierung von traumatischen Anteilen der elterlichen Persönlichkeit in das Kind und die Umkehrung der Container-Contained-Beziehung (ROSENBERG 2005) lässt sich sehr klar in den Familien studieren, in denen traumatisierte Eltern eine offene Obsession mit ihrer traumatischen Vergangenheit zeigen und das Kind durch endlose Erzählungen traumatischer Ereignisse überwältigen. Der Druck auf das Kind, sich mit der Geschichte des Elternteils und seinen traumakompensatorischen Operationen zu identifizieren, ist in diesen Fällen offensichtlicher. Das gleiche gilt für die Erfahrung des Kindes, sich in einem Zustand zwischen Realität und Fantasie zu befinden, da sie durch die offene Verstrickung der Eltern mit vergangenen Traumata ständig dazu gezwungen werden, in einer doppelten Realität von Vergangenheit und Gegenwart zu leben.

KESTENBERG (1982) hat diese Vermischung von Vergangenheit und Gegen-

wart in ihrem Konzept der 'Transposition' beschrieben, einer extremen Form von Identifikation mit elterlichen Traumata, die in der zweiten Generation von Holocaustüberlebenden häufig zu finden ist. In diesen Fällen identifiziert sich ein Kind so extrem mit der traumatischen Vergangenheit seiner Eltern, dass es in mancher Hinsicht sein eigenes Selbst durch dasjenige des Elternteils ersetzt und eine Art 'Pseudo-Wahnvorstellung' erschafft, in der sich die Vergangenheit des Elternteils wirklicher anfühlt, als seine eigene Gegenwart.

Das komplementäre, von Ilany KOGAN (1995) entwickelte Konzept der 'Konkretisierung' verweist auf das Phänomen, dass bewusste oder unbewusste Identifikation mit elterlichen Traumata oft Psychodynamiken erzeugt, die Kinder dazu drängen, Aspekte des elterlichen Traumas in ihrer eigenen Lebensgeschichte auszuagieren, auf eine Art, als ob die Handlungen, die sie begehen, ihre eigenen wären. Durch die Konkretisierung werden Aspekte des ursprünglichen Traumas oft Generationen später in einer konkreten, nicht-symbolisierten Form ausgedrückt. Konkretisierung erschafft nicht nur die Illusion, die transgenerational weitergegebenen traumatischen Erfahrungen der ersten Generation kontrollieren und bewältigen zu können, sondern befriedigt auch unbewusste Wunschfantasien, den unzugänglichen, häufig dissoziierten Eltern nahe kommen zu können, in dem das Kind unbewusst eine wichtige Aufgabe für seine Eltern erfüllt, z. B. ihre ungelöste Schuld oder Trauer zu tragen.

Es ist offensichtlich, dass die transgenerationalen Delegationen und Prozesse der Rollenumkehr starke unbewusste Verpflichtungen bei den Kindern erzeugen, sich gegenüber den Bedürfnissen ihrer traumatisierten Eltern loyal zu verhalten. Dementsprechend ist es für diese Kinder oft extrem schwierig, die normativen Entwicklungsprozesse von Separation und Individuation zu bewältigen. Normale Trennungsschritte erzeugen häufig große Ängste und extreme Schuldgefühle, die schwachen und verletzlichen Eltern 'im Stich gelassen zu haben'. Stattdessen unternehmen Kinder oft größte Anstrengungen, um den (un-)bewussten Erwartungen ihrer Eltern gerecht zu werden, sind damit aber meist überfordert. Dementsprechend ist ein grundlegendes Gefühl der Schuld auf Seiten der Kinder in Prozessen der transgenerationalen Übertragung sehr verbreitet. Sich dafür schuldig zu fühlen, dass man den traumatisierten Elternteil nicht 'retten' kann, und dem entsprechende Schuldgefühle für die eigene 'wertlose' Existenz, bindet das Kind jedoch um so mehr an den Elternteil und trägt zu seinen bereits gegebenen Trennungsproblemen noch bei. Trennungsprozesse werden darüber hinaus auch durch die Beschädigungen beeinträchtigt, die in der Identitätsentwicklung dieser Kinder durch Identifikation mit dem el-

terlichen Trauma, Delegationen und frühe Desorganisation der Bindung entstanden sind. Separation und Individuation werden nicht zu letzt durch die großen Hemmungen untergraben, die diese Kinder im Hinblick auf das Erleben und den Ausdruck normaler, gesunder Aggression aufweisen. Charlotte KAHN (2006) bemerkt im Hinblick darauf:

Schließlich wird ein Kind von traumatisierten, verstrickten und emotional eingeschränkten Eltern, oder ein Kind eines psychisch instabilen Elternteils, als Resultat seiner Erfahrungen nicht verstanden zu werden, ein großes Maß an Aggression in sich tragen. Und doch wird ein solches Kind sich davor fürchten, diesen oder andere negative Affekte auszudrücken, damit der Elternteil sich nicht entfremdet oder davon überwältigt wird. (S. 77, Übers.: Th. Bihler)

All diese Faktoren erschaffen eine psychische Vulnerabilität bei Kindern, die Opfer der transgenerationalen Weitergabe von Traumata geworden sind. Dies bedeutet, dass das Aufwachsen mit einem traumatisierten Elternteil das Risiko weiterer Traumatisierungen im späteren Leben deutlich erhöht, wie die empirische Forschung gezeigt hat.

In einer Studie von PORTNEY (2003) bestand für die Kinder von Kriegsveteranen und Überlebenden des Holocaust eine deutlich größere Wahrscheinlichkeit, mit PTSD-Symptomen zu reagieren, nachdem sie Zeugen eines gewaltsamen Ereignisses geworden sind. Insbesondere wiesen in einer Untersuchung an israelischen Soldaten Kinder von Überlebenden des Holocaust wesentlich häufiger PTSD-Symptome auf als andere. Doch ist die Vulnerabilität, die durch transgenerationale Weitergabe entsteht, nicht nur auf ein erhöhtes Risiko, im späteren Leben eine posttraumatische Störung zu entwickeln, beschränkt. Stattdessen scheint es angemessen, von einem erhöhten Risiko für eine Vielzahl von psychopathologischen Problemen auszugehen.

In einer eigenen Studie (M. AMMON 2002) wurde das Zusammenspiel zwischen elterlichem Trauma, Transmissionsprozessen in der Familie und einer schizophrenen Erkrankung des Kindes im späteren Leben untersucht. Aufgrund der komplexen Natur transgenerationaler Übertragungsprozesse wurde ein qualitatives Forschungsdesign benutzt, das auf biographischen Interviews mit allen Mitgliedern der Familien der untersuchten schizophrenen Patienten beruhte. Die empirischen Ergebnisse dieser Studie standen im Einklang mit den Faktoren, die in der Literatur zur transgenerationalen Weitergabe diskutiert werden. Alle Familien, die an der Studie teilnahmen, hatten schwere Traumata durch den zweiten Weltkrieg erlitten. Die Eltern waren nicht in der Lage gewesen, ihre Traumatisierungen durcharbeiten und zu lösen, sondern hatten sie an ihre Kinder weitergegeben. In den Familien, in denen der Vater ernsthafte

Kriegstraumata aufwies, waren die Übertragungsprozesse vor allem durch aggressives Verhalten gegenüber den Kindern gekennzeichnet, in Form von enormem emotionalen Druck und strikten Regeln. Im Gegensatz dazu waren Mütter, die Traumatisierung als Kriegsflüchtlinge erfahren hatten, zumeist überkontrollierend, zurückweisend und zeigten zugleich exzessives Fürsorgeverhalten gegenüber ihren Kindern. Die 'Befestigung' des elterlichen Ich gegen Re-Traumatisierung trat ebenso in den Familien der schizophrenen Patienten offen zu Tage: in jeder untersuchten Familie charakterisierten die Kinder ihre Eltern als emotional unzugänglich und unerreichbar.

Die Furcht der Eltern vor Re-Traumatisierung gestaltete auch das Familienklima und die Familiendynamiken in einer Art und Weise, die den von DANIELI beschriebenen Typen stark ähnelte. In allen Familien, die an der Studie teilnahmen, herrschte die Ideologie einer 'idealen Welt' vor. Diese Ideologie schreibt den Familienmitgliedern vor, dass alle Aspekte des Familienlebens von Harmonie geprägt sein müssen, dass Konflikte und Aggressionen verleugnet werden sollen, und dass die 'ideale Welt' gegen Einflüsse aus der äußeren Realität geschützt werden muss, der mit Misstrauen begegnet wird. Die Verleugnung von Gefühlen und einer traumatischen Vergangenheit, zusammen mit der komplementären Erschaffung von Familienmythen und -Legenden, qualifiziert diese Familien als 'Pseudo-Gemeinschaften', wie sie in der Literatur zur Schizophrenie beschrieben werden.

Diese Charakteristika stehen in klarer Übereinstimmung mit Familienmustern, in denen transgenerationale Weitergabe stattfindet. Ebenso konnte in den untersuchten Familien eine Verwischung der Grenzen zwischen den Generationen festgestellt werden. Dies traf nicht nur auf die Beziehungen zwischen Eltern und Kindern zu, in denen es die Ideologie einer 'idealen Welt' den Kindern sehr erschwerte, ihre eigene Identität von den elterlichen Projektionen und Erwartungen abzugrenzen, sondern galt ebenso für die Beziehungen zwischen Eltern und Großeltern. Die Eltern waren immer noch in exzessiver Weise mit ihren eigenen Herkunftsfamilien verstrickt, was in den meisten Fällen die Gründung einer eigenen Familie sehr erschwerte. Die mehrgenerationalen Konflikte, die für diese Familien typisch waren, erzeugten zusammen mit den Traumatisierungen der Eltern ein instabiles, defizitäres und destruktives Fürsorgemilieu, das signifikant zu den Problemen der späteren Patienten mit Separation und Individuation beitrug. In den Familien gab es für die Patienten kaum Forderung, altersangemessene Autonomie zu entwickeln. Stattdessen wurden ihre Individuationsprozesse durch Verwöhnung, zu starke Kontrolle und über-

triebene Ängste, insbesondere von Seiten der Mütter, untergraben. In der Folge lösten normative Trennungsschritte, wie der Eintritt in den Kindergarten oder die Schule, bei den späteren Patienten große Ängste aus. Typischen Herausforderungen der Identitätsentwicklung in der Adoleszenz folgte dann in den meisten Fällen eine erste psychotische Reaktion. Diese ersten psychotischen Episoden lassen sich dementsprechend als gescheiterte Trennungsschritte aus einer traumatisierenden Familienumgebung interpretieren.

Die Themen von Separation und Individuation sollten folgerichtig auch in der psychoanalytischen Behandlung von Patienten, die unter den andauernden Folgen der transgenerationalen Weitergabe leiden, eine zentrale Rolle spielen. Damit diese Ziele erreicht werden können, muss jedoch das Standardverfahren der psychoanalytischen Therapie in bestimmten Aspekten modifiziert werden, um den besonderen Bedürfnissen dieser Patienten genügen zu können (BOHLER 1997). Trotzdem sich die Psychoanalyse allgemein von der Rekonstruktion der Vergangenheit weg entwickelt hat, hin zu einer Interpretation der Übertragung im Hier und Jetzt, ist die Rekonstruktion ein äußerst wichtiges therapeutisches Instrument in der Behandlung von transgenerationalen Traumata.

Die Rekonstruktion der Vergangenheit in der therapeutischen Situation sollte den Patienten dabei helfen, allmählich den Schleier des elterlichen Schweigens und der Verleugnung zu lüften, Familienmythen und Familiengeheimnisse zu durchschauen, und schließlich eine Vorstellung über die tatsächlichen Lebensgeschichten und Traumatisierungen der Eltern- und Großelterngeneration zu entwickeln. Der Patient sollte seine Eltern und Großeltern wirklich kennen lernen, damit er in der Lage ist, Realität von Fantasie, und Gegenwart von Vergangenheit zu unterscheiden. In diesem Prozess kann es ihm Schritt für Schritt gelingen, sein eigenes Selbst von denjenigen seiner traumatisierten Eltern zu differenzieren. Im Hinblick darauf kann es hilfreich sein, bestimmte systemische Elemente in den psychoanalytischen Behandlungsprozess zu integrieren, z. B. in Form von biographischen Interviews mit Eltern, Großeltern und anderen Familienmitgliedern, die wertvolle Informationen über die Familiengeschichte erbringen können.

In den Fällen, in denen die Traumata früherer Generationen mit sozialen Katastrophen, wie Krieg oder Verfolgung von Minderheiten, in Verbindung stehen, ist es häufig erforderlich, dass die Rekonstruktionen im therapeutischen Setting auch die exakten Umstände der Sozialgeschichte umfassen. Schließlich bedeutet rekonstruktive Interpretation in der psychoanalytischen Behandlung dieser Patienten auch, dass die Mechanismen, durch welche die traumatischen

Erfahrungen auf den Patienten übertragen wurden, so präzise wie möglich zu rekonstruieren sind. In diesem Sinne ist es erforderlich, dass die transgenerationalen Identifikationsprozesse, unbewussten Delegationen und kumulativen Traumata aus der Kindheit des Patienten durchgearbeitet werden, so dass es ihm möglich wird, seine eigene Identität von den fremdartigen, traumatischen Introjekten, die in seinem Selbst untergebracht wurden, zu unterscheiden, und er die übermäßigen Identifikationen mit seinen Eltern auflösen kann.

Erst wenn dieser Teil der therapeutischen Arbeit weitgehend erfolgreich bewältigt wurde, erscheint es möglich, dass auch die 'normale' psychoanalytische Behandlung, d. h. die Interpretation der Übertragung im Hier und Jetzt, gelingen kann. Da die Entwicklung und Abgrenzung der Identität des Patienten der entscheidende Punkt in der Behandlung transgenerationaler Traumata zu sein scheint, ist es erforderlich, diese Entwicklung in jeder möglichen Art und Weise zu fördern. Deshalb ist es nicht nur sinnvoll, die Schäden, welche der Identitätsentwicklung des Patienten in der Vergangenheit zugefügt wurden, zu rekonstruieren, sondern sie auch im Hier und Jetzt zu fördern, in dem das psychoanalytische Standardverfahren durch andere therapeutische Ansätze ergänzt wird, z. B. Milieuthérapie, Kunsttherapie, Tanztherapie etc..

Diese Ansätze, die sich dadurch auszeichnen, dass sie dem Patienten vielfältige Möglichkeiten eröffnen, seine eigene Kreativität, seine Ressourcen und Entwicklungsmöglichkeiten zu erfahren, haben für die Behandlung von transgenerationalen Traumata einen besonderen Stellenwert. Mit den intakten, gesunden Aspekten der Persönlichkeit eines Patienten zu arbeiten, d. h. in besonderer Weise auf seine Ressourcen zu fokussieren, ist ein zentrales Anliegen des Konzepts der 'Identitätstherapie', das von Günter AMMON entwickelt wurde und in der dynamisch-psychiatrischen Klinik Mengerschwaige in München praktiziert wird. In der Vergangenheit hat sich dieser therapeutische Ansatz als sehr nützlich in der Arbeit mit Patienten erwiesen, die unter transgenerationalen Traumata leiden, und es ist zu hoffen, dass die weitere Entwicklung dieses Konzepts einen wertvollen Beitrag zur Behandlung von transgenerationalen Traumata auch in der Zukunft leisten wird.

Summary

The transgenerational transmission of psychological traits from grandparents to parents and from parents to children is a well-known everyday phenomenon. Popular folk wisdom has always been aware of the psychological similarities

between generations, as can be seen in such proverbial sayings as ‘the apple does not fall far from the tree’ or ‘like father, like son’. The possible genetic influences on these transmission processes are subject of important research traditions in academic psychology as well as biological psychiatry, but will not be discussed here. Instead, this presentation will focus on psychological mechanisms of transmission inherent in the everyday interpersonal exchange between parents and children, which is the genuine focus of a psychoanalytic point of view.

Indeed, the notion of a transgenerational *psychological* transmission of trauma can be traced back to the early writings of Sigmund FREUD. In ‘Totem und Tabu’ (FREUD 1912) he described how the traumatic crime of killing the mythical father of the primeval horde significantly shaped the super-ego-formations of further generations. But like the impact of real traumatization on the etiology of psychopathological problems, these speculations in ethno-psychoanalysis did not play a major role in FREUD’s thinking. This might be an important reason why it took psychoanalysis so long to embrace the concept of a transgenerational transmission of psychic trauma. It has often been stated that psychoanalysis remained for a long time a ‘one-person-psychology’. In the same line of thought one could also argue that psychoanalysis has been for the longest time of its existence an one-generation-psychology.

The truth about the psychopathology of a patient had to be found almost exclusively in his or her personal life history, the real traumatizations of his or her parents and grandparents and their influences on the patient’s biography remained mostly on the periphery of analysts’ awareness. This judgement remains true despite the fact that from the 1960ies on the systemic view became popular in parts of the psychoanalytic community and psychoanalytic family psychology started to develop a multigenerational approach to psychological problems. But the impact of this theorizing on general psychoanalysis remained quite small. Much more important for the general awareness of the topic we are looking at were the publications of analysts working with survivors of the Holocaust. The case histories published from the early 1960ies on not only played a crucial role for the gradual recognition of the devastating psychological consequences of extreme traumatization, but also gave important hints at the lasting effects of trauma on further generations. This aspect became quite clear when the first members of the second generation of Holocaust victims, who had not suffered persecution themselves but were for the most part severely traumatized by the psychological consequences of their parents’ suffer-

ring, entered psychoanalytic treatment in the late 1960ies and early 1970ies.

Since then, an estimated number of more than 400 papers have been published on the transmission of trauma from Holocaust survivor parents to their offspring (KELLERMANN 1999). This body of work has been expanded in the 1980ies and later by a number of articles providing the complementary view on the transgenerational transmission of sadistic crime and war trauma in the families of German Nazi-perpetrators (BOHLEBER 1997). Considering the sheer number of articles published on this topic it comes as no surprise that the transmission of Holocaust trauma has become and still is the paradigm for research on transgenerational transmission of trauma.

Only in recent years the scope has been widened to include other forms of traumatization, for example child maltreatment and sexual abuse. It seems now that a general psychological theory of transgenerational transmission is gradually developing. In this context, attachment research and psychoanalytic infant research using micro-analytic observational paradigms have made important contributions to the field in the way of illuminating the micro-processes of transgenerational transmission taking place in the everyday interactions between traumatized parents and their children (FONAGY 1999).

Before we take a closer look on these transmission processes it seems to be necessary to remind of some characteristics of psychological trauma, because the popularization of the trauma concept has led to an often inflationary and undifferentiated use of the term. Psychological trauma can be defined as the psychological impact of an objective or subjectively perceived life-threatening situation, in which the individual experiences extreme fear and annihilation anxiety. The individual has no control of the threatening situation. The perceived loss of control results in an emotional state of impotence, abandonment, and helplessness.

Experiences of extreme trauma tend to disorganize and paralyze psychic functioning. It is therefore very difficult to integrate these experiences into the continuity of personal history and the psychic structure of personality. Instead, the ego most often tries to secure it's further survival through extreme defensive operations aimed at minimizing the destructive impact of the overwhelming experience.

Dissociation is an often observed defensive phenomenon under these circumstances, but it seems to be the creation of split-off introjects of the traumatic situation which has the most destructive and longest lasting influences on the individual and his or her relationships. A split-off introject can be understood as

an intrapsychic container in which aspects of the original trauma are stored and separated from normal everyday consciousness through vast amounts of defensive operations. But these traumatic encapsulations in the structure of personality can easily be triggered and re-actualized by internal or external stimuli that fit their content, so that the ego is once again flooded and overwhelmed by affects, thoughts, and behavioral reactions connected to the original traumatic situation and has to fear once again its survival.

Günter AMMON has given a vivid description of these processes in his concept of 'the hole in the ego' (1974), through which the psychic competencies of traumatized patients tend to disappear in distressing situations. In order to compensate for the permanent threat of losing its defensive organization the ego tries to avoid all possible trigger stimuli in advance, which has been described by some authors as 'fortification of the ego', or neutralize their impact through defensive operations like dissociation, projection, or projective identification.

These mechanisms of trauma compensation resemble closely the paranoid-schizoid position as described in KLEINian psychoanalysis. The paranoid-schizoid position of a traumatized parent plays a crucial role for the transgenerational transmission of trauma on a micro-processual level, because it strongly compromises the parent's abilities of caregiving for his or her children. It is evident that the immediate emotional expression and less controlled behavioral reactions of children and especially the attachment behavior of infants and young children provide a whole lot of possible trigger stimuli for the unresolved trauma of the parent.

For example the crying of an infant might remind a parent of his own crying as a child while being maltreated by his parents, or the child's mimic expression of sadness might trigger the unresolved mourning of a parent for his own lost attachment figure etc.. Because the child can easily trigger the split-off traumatic introjects of the parent it unconsciously represents a permanent threat to the parent's defensive organisation and therefore has to be defended against. In this way the paranoid-schizoid position of the parent leads to misinterpretations of the child's intentions. In normal everyday interactions the child is often experienced as anxiety provoking, persecutory, hostile, rejecting, and overwhelming by the parent. The parent is most often not able to check the correctness of his or her distorted perceptions of the child as an aggressor, because, as trauma and attachment research have shown, traumatic experiences tend to compromise the capacities of symbolization, verbalization, and overall reflective functioning. But experiences which can not be reflected upon tend to

be acted out. Therefore the traumatized parent will react to his 'threatening' child with fight or flight behavior, that is, the parent will either attack the child in one way or the other (for example exhibit aggressive or controlling behavior) or flee his presence (for example back away or dissociate).

The often frightening or frightened caregiving behavior of the parent creates recurrent disorganizing experiences for the child, which can be qualified as cumulative trauma in the sense of Masud KHAN (1963) and might lead to attachment disorganization in the child. Attachment disorganization has been defined by MAIN and HESSE (1990) as 'a state of intense fear without solution' – a definition which clearly shows the traumatic character of this phenomenon. The transgenerational transmission of trauma in the form of attachment disorganization is reflected in the meta-analysis of VAN IJZENDOORN (1995) where 60% of parents with an unresolved trauma had a child with disorganized attachment. The empirical results of attachment research support the view that transgenerational transmission of trauma does not mean the one to one transmission of the original traumatic experience of the parent. Instead, the traumatic experiences of parents or grandparents usually are actualized as cumulative developmental trauma for the children, mediated through compromised caregiving functions of the parents.

But the transmission of trauma not only takes place in specific interactions with a traumatized parent in early childhood. The need of traumatized parents to defend themselves against re-traumatization may significantly influence and structure the dynamics of the whole family system, which in turn deeply affects the personality structures and psycho-dynamics of all its members. Through his work with Holocaust survivors' families DANIELI (1981) has gained valuable insight in the dynamics of families structured around parental trauma, which is not limited to the special case of Holocaust survivors but can be generalized in most aspects. DANIELI's descriptions of different types of trauma-related family dynamics include among others:

- the 'emotionally numb or blunted family' which is characterized by being silent about the traumatic past, inner emptiness, loss of vitality and spontaneity, resignation, the clinging together of family members, etc.,
- the 'fighter family' which is built around a contraphobic reaction to the experience of trauma. The central goal of this family system is avoiding the traumatic position of victim for once and all times. The unconscious motto is, 'never again!' and according to that the family values are: strength, will

power, conscious or unconscious omnipotence fantasies, massive narcissistic delegations onto the child, latent paranoid mood, etc.,

- the 'victim family' which is characterized by a mostly depressive and fearful atmosphere. Family members cling together while reacting with distrust against external reality. Aggressive impulses resulting from this atmosphere are 'evacuated' from the family system through projection. All conflicts and family secrets have to be kept inside the family and no stranger is allowed to gain a foothold in the family.

It is easy to imagine how family systems of this kind create a whole lot of potentially traumatizing experiences for children and promote the transgenerational transmission of parental trauma.

One particular aspect of family dynamics built around parental trauma must be emphasized, because it plays a special role for transgenerational transmission: the way in which traumatic experiences of the parents are communicated to their children. Researchers working with survivors of the Holocaust have noticed in this respect, that traumatized parents react in diametrically opposite ways. Many traumatized parents treat the traumatic experiences of the past as a kind of taboo. They almost never break their silence about the family secret and children are not allowed to pose questions about what has happened.

The other group of parents seems to be openly obsessed with the trauma. Their open preoccupation with the pains they had to suffer leads to incessant talk about traumatic incidents in the past. Even though these opposite reactions seem to be different as can be, researchers have found out that their destructive effects on children seem to be quite similar in the end. How can this be? The answer to this question seems to lie in the special identificatory processes taking place in families where transgenerational transmission of trauma happens.

It is important to notice, that even in families where there is an atmosphere of denial, which could be called a 'conspiracy of silence', communication of the traumatic past takes place. First, silence and the underlying defensive processes are never perfect or complete. There are always situations where parents' defensive processes are weakened and a piece of information or an unexpected affect slips by the walls of silence. Second, parents' silent preoccupation and denial create an emotional climate in the family, a feeling that something threatening and haunting is 'in the air', which will unconsciously influence the children growing up in this atmosphere.

So even in the absence of substantial reports about the parents' real past, children imagine what might have happened. Their vague perceptions of the unexpressed reality of the parental traumatic experiences are the fabric from which terrible fantasies are constructed. But these fantasies, which often contain very little historical truth but a lot of emotional truth, are not to be expressed, because they threaten parents' denial. If they are sometimes expressed, parents most often deny and devalue childrens' perceptions.

The destructive effects of this rejection are twofold. First, the terrible fantasies are not contained and detoxicated by the parents so that they not only resume but are heightened in their threatening emotional power and continue to haunt childrens' unconscious to a degree that often resembles the destructive force of the original parental trauma. Second, because of parents' denial of the child's perceptions, a lasting problem to distinguish between reality and fantasy on part of the child is created. Finally, it is important to see, that 'silence' in the sense of 'speechlessness' is not 'dumb', as KAHN (2006, p. 79) states.

Parental speechlessness often conveys nonverbal messages to the child, which are clearly goal-directed and infiltrate the defensive functions of the child by means of projective identification and re-introjection. These nonverbal mandates delegated to the child can be for example the order to identify with the fate of the parent, to rescue the traumatized parent, take revenge for his suffering, or share his guilt, and so on.

The role induction taking place between traumatized parent and child by means of micro-processual interactions as described above may result in the child taking on certain roles the parent needs for his psychic equilibrium, for example the roles of victim or victimizer. So the feelings and actions of traumatized parents rather than their explicit statements call forth feelings and behaviors in their children that may perform wish-fulfillment functions for the parent in his attempts at 'self-healing'.

In each case the container-contained relationship between parent and child is reversed in a way, that the child functions as container for the projected trauma-related unconscious material of the parent. So it becomes evident, that in the case of severely traumatized parents, the child is not only a threat to the defensive organization of the parent as described above, but at the same time an essentially stabilizing factor for the parent's defenses, which may account for the ambivalent and disorganizing caregiving behaviors of traumatized parents.

The externalization of traumatized parts of the parent's personality into the

child and the reversal of the container-contained relationship (ROSENBERG 2005) can be studied more clearly in those families, where traumatized parents are openly obsessed with their traumatic past and overwhelm their children with incessant talk about traumatic incidents. The pressure on the child to identify with the parent's history and trauma-compensatory operations is more obvious in these cases, as is the children's experience of a state of alternating reality and fantasy, when they are forced to live in a double reality of past and present by parental preoccupations with past trauma.

KESTENBERG (1982) has described this confusion of past and present in her concept of 'transposition', an extreme form of identification with parental trauma often observed in the second generation of Holocaust survivors. In these cases, a child identifies so extremely with the traumatic past of his or her parents, that it substitutes the extraneous self for his own and creates a kind of 'pseudo delusion' where the past of the parent feels more real than his or her own present. The complementary concept of 'concretization' developed by Ilany KOGAN (1995) refers to the phenomenon, that conscious or unconscious identification with parental trauma often creates psychodynamics which force children to act out aspects of parental trauma in their own life history, in a way as if these actions would be their own. Through concretization aspects of the original trauma are expressed in the present, often generations later, in a concrete, not symbolized form. Concretization not only creates the illusion of coping and control over the transgenerational transmitted traumatic experiences of the first generation, but also serves the unconscious fantasies to get close to inaccessible, often dissociated parents and to fulfill an important task for these parents, for example to carry on their unresolved guilt or unfinished mourning.

It is quite obvious that these transgenerational delegations and role-reversal processes create strong unconscious obligations for the children to be loyal to the needs of their traumatized parents. It is therefore often extremely difficult for the children to master the normative developmental processes of separation and individuation. Normal steps of separation are often met with great anxieties and feelings of extreme guilt for 'having abandoned' the weak and vulnerable parents. Instead, children may take great pains to live up to their parents' (un-)conscious expectations but are most often overtaxed to fulfill them. Therefore, a basic feeling of guilt on part of the children is quite common in transgenerational transmission processes. Feeling guilty for not being able to 'rescue' the traumatized parent and consequently for one's own 'worthless'

existence on the other hand binds the child even more to the parent and contributes to the child's difficulties in separation. Separation processes are also compromised by the damage done to the identity development of these children through identifications with parental trauma, delegations, and early attachment disorganization. Separation and individuation are not at least undermined by the great difficulties these children have to feel and express normal, healthy aggression. Charlotte KAHN writes in this respect:

Ultimately, as a result of being misunderstood, a child of a traumatized, preoccupied, and emotionally limited parent or a child of a mentally unstable parent may harbor much aggression. Yet such a child may fear expressing this and other negative affects, lest the parent become estranged or overwhelmed. (2006, p.77)

All these factors constitute a psychic vulnerability in children who are victims of the transgenerational transmission of trauma. This means, that growing up with a traumatized parent increases the risk of further traumatization in later life as empirical research has shown. In a study by PORTNEY (2003) children of war veterans and of Holocaust survivors were more likely to present symptoms of PTSD after witnessing a violent incident. Specifically, more Israeli soldiers who are children of Holocaust survivors suffered PTSD than did others. But the vulnerability constituted by transgenerational transmission is surely not limited to an increased risk for developing PTSD in later life. Instead it seems reasonable to expect an increased risk for all different kinds of psychopathological problems.

In an own study (M. AMMON 2002) the interplay between parental trauma, transmission processes in the family, and schizophrenia of a child in later life was investigated. Because of the complex nature of transgenerational transmission processes a qualitative research design was used, based on biographical interviews with all members of schizophrenic patients' families. The empirical results of this study were in accordance with the factors discussed in the literature on transgenerational transmission. All families participating in the study had suffered severe traumata from World War II. The parents hadn't been able to work through and resolve their traumatizations but had transmitted them to their children. In families where the father showed serious war traumata, the transmission processes were mostly characterized by displays of aggression against the children, in the form of enormous emotional pressure and strict rules. In contrast, mothers who experienced traumatization as refugees during wartime were mostly over-controlling, rejecting, and showed excessive care for their children.

The fortification of traumatized parents' ego against re-traumatization was also obvious in schizophrenic patients' families: in every studied family the children characterized their parents as emotionally inaccessible and unreachable. Parental fear of re-traumatization also shaped the family climate and family dynamics in ways similar to those described by DANIELI. In all families taking part in my research work, the ideology of an 'ideal world' prevailed. The ideology of an 'ideal world' dictates family members that harmony has to prevail in all aspects of family life, that conflict and aggression have to be denied, and that the 'ideal world' of the family has to be protected against influences from external reality, which is met with distrust.

The denial of feelings and a traumatic past and the accompanying creation of family myths and legends, which qualify these families as 'pseudo-communities' as described in the literature on schizophrenia, clearly fits into family patterns where transgenerational transmission takes place. A blurring of the boundaries between generations could also be observed in all of the studied families. This was not only true for the relationships between parents and children, where the ideology of an ideal world made it very difficult for the children to delimit their own identity from parental projections and expectations, but also for the relationships between parents and grandparents: the parents were still excessively entangled with their own families of origin, which made the founding of an own family in most cases quite difficult.

The multi-generational conflicts which were typical for these families together with parents' traumatizations created an unstable, deficient, and destructive caregiving environment for later patients, which added significantly to their problems in separation and individuation. There was very little challenge for patients to develop age-appropriate autonomy, instead their individuation processes were undermined by spoiling, too much control, and exaggerated anxieties especially on part of the mothers. Consequently normative steps of separation like going to kindergarden or school provoked great amounts of anxiety in later patients. Typical challenges of identity development in adolescence were then followed by psychotic reactions in most cases. These first psychotic reactions could be interpreted as attempted but failed steps towards separation from a traumatizing family environment.

The topics of separation and individuation should also play a major role in the psychoanalytic treatment of patients suffering from the longterm effects of transgenerational transmission. But to achieve these goals, the standard procedure of psychoanalytic therapy has to be modified in certain respects to meet

the special needs of these patients. Although psychoanalysis has generally moved from reconstructive interpretations to the interpretation of the transference in the here and now, reconstruction is a very important therapeutic tool in the treatment of transgenerational trauma. Reconstruction in the therapeutic situation has to help the patient to gradually lift the veil of parents' silence and denial, see through family myths and family secrets, and finally get an idea of parents' and grandparents' real life histories and the reality of their traumatizations. The patient must get to really know his parents, so that he can distinguish reality from fantasy and past from present. In doing so he will be able to differentiate his own self from the selves of his or her traumatized parents step by step. In this respect it can be helpful to integrate certain systemic elements into psychoanalytic treatment, for example the participation of parents, grandparents, and other family members in the therapeutic process through biographical interviews, which may provide valuable information about family history. In those cases where traumatizations of former generations are deeply connected with social catastrophes like war or persecution of minorities, it is often required that reconstruction in the therapeutic setting also includes the precise circumstances of social history. Finally, reconstructive interpretation in psychoanalytic treatment of those patients also means, that the mechanisms through which the traumatic experiences have been transmitted onto the patient have to be reconstructed as precisely as possible.

It is necessary to work through the transgenerational identificatory processes, unconscious delegations, and cumulative traumata from the patient's childhood, so that he can distinguish his own identity from the alien, traumatic introjects that were deposited in his self and disidentify from his parents. Only when this part of therapeutic work is successfully on the way, it will be possible that 'normal' psychoanalytic treatment, that is the interpretation of the transference in the here and now, can also succeed.

Because development and demarcation of patient's own identity seems to be a crucial point in the treatment of transgenerational trauma it is necessary to foster this development in all possible ways. Therefore it is not only useful to reconstruct the damage done to patient's identity development in the past, but to foster it in the here and now by complementing standard psychoanalytic treatment with other therapeutic approaches, for example milieu therapy, art therapy, dance therapy, etc..

These approaches with their unique quality of giving the patient various chances to experience his own creativity, resources, and possibilities of deve-

lopment are of special value for the treatment of transgenerational trauma. To work with the intact, healthy aspects of a patient's personality, that is to focus especially on his resources, is a central point of the concept of 'identity therapy' as developed by Günter AMMON and practised in our dynamic-psychiatric hospital Mengerschwaige in Munich, Germany. It has proved very useful in working with patients suffering from transgenerational trauma in the past, and we hope that the further development of this concept can make a valuable contribution to the treatment of transgenerational trauma in the future.

LITERATUR

- Ammon, G. (1974): Das narzißtische Defizit als Problem der psychoanalytischen Behandlungstechnik – Ein Beitrag zur Theorie und Praxis der nachholenden Ich-Entwicklung. *Dynamische Psychiatrie* 7: 201-215.
- Ammon, M. (2002): Kindheit und Pubertät von schizophren strukturierten Patienten. Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Bohleber, W. (1997): Trauma, Identifizierung und historischer Kontext. Über die Notwendigkeit, die NS-Vergangenheit in den psychoanalytischen Deutungsprozess einzubeziehen. *Psyche. Zeitschrift für Psychoanalyse und ihre Anwendungen* 49 (1): 18-40.
- Danieli, Y. (1981): Differing adaptational styles in families of survivors of the Nazi Holocaust. *Child Today* 10 (5): 6-10.
- Fonagy, P. (1999): The transgenerational transmission of holocaust trauma. *Attachment and Human Development* 1 (1): 92-114.
- Freud, S. (1912): Totem und Tabu. GW 9.
- Kahn, C. (2006): Some determinants of the multigenerational transmission process. *Psychoanalytic Review* 93 (1): 71-92.
- Khan, M. (1963): The concept of cumulative trauma. *Psychoanalytic Study of the Child* 18: 283-306.
- Kellermann, N. (1999): Bibliography: Children of Holocaust Survivors. AMCHA; the National Israeli Centre for Psychosocial Support of Holocaust Survivors and the Second Generation.
- Kestenberg, J. (1982): A metapsychological assessment based on an analysis of a survivor's child. In: M. Bergmann; M. Jucovy (Eds.): Generations of the holocaust; pp. 137-158. New York: Columbia University Press.
- Kogan, I. (1995): The Cry of Mute Children: A Psychoanalytic Perspective of the Second Generation of the Holocaust. London: Free Association Books.
- Main, M.; Hesse, E. (1990): Parents' unresolved traumatic experiences are related to infant disorganized attachment status: Is frightened and / or frightening parental behavior the linking mechanism? In: M. Greenberg; D. Cicchetti; E. Cummings (Eds.): Attachment in the preschool years: Theory, research and intervention; pp. 161-82. Chicago: University of Chicago Press.
- Portney, C. (2003): Intergenerational transmission of trauma: An introduction for the clinician. *Psychiatric Times* 20 (4; April); www.psychiatrictimes.com.
- Rosenberg, F. (2005): Das Extrem-Trauma, die transgenerationale Weitergabe und die Umkehrung der Container-Contained-Beziehung am Beispiel der Shoah. *Analytische Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie* 36 (4): 527-529.
- van Ijzendoorn, M. (1995): Adult attachment representations, parental responsiveness, and infant attach-

ment: A meta-analysis on the predictive validity of the Adult Attachment Interview. *Psychological Bulletin* 117: 387-403.

Thomas Bihler ist Klinischer Psychologe und Mitarbeiter der Klinik Mengerschwai-
ge, München

Autorenadresse: Dr. Maria Ammon, Dipl.-Psych. Thomas Bihler • c/o Klinik Mengerschwai-
ge • Geiseltalstr. 203 • 81545 München
E-Mail: Thomas.Bihler@cablenet.de

Die Beziehungspsychologie nach V. N. Myasischtev und die Dynamische Psychiatrie von G. Ammon

Zwei wegweisende Schulen innerhalb eines biopsychosozialen AnsNikol

Nikolay G. Neznanov, A. V. Vassilyeva (Sankt Petersburg)

Seit den achtziger Jahren des vorigen Jahrhunderts besteht eine wissenschaftliche Kooperation zwischen dem Psychoneurologischen Forschungsinstitut in St. Petersburg und der deutschen Schule für Dynamische Psychiatrie. Die Gemeinsamkeiten und Unterschiede, der für die russische Psychotherapie wesentlichen Konzeption, der Beziehungspsychologie nach MYASISCHEV, sowie seiner Rezeption und Ausarbeitung in den siebziger Jahren werden im Vergleich mit der Schule für Dynamische Psychiatrie Günter AMMONS herausgearbeitet. Inhaltlich sind dies schulenspezifische theoretische Annahmen, sowie behandlungsmethodologische Implikationen, die sich in der Zeit des Eisernen Vorhangs unabhängig voneinander entwickelten. Es wird dargestellt, dass es das gemeinsame Beziehungs- und Gruppendenken ist, auf dem die heutige wissenschaftliche Zusammenarbeit im Bereich der Psychotherapie steht und das zudem von wichtiger Aktualität im Zusammenhang einer ganzheitlich konzipierten biopsychosozialen Sicht des Menschen ist.

Keywords: biopsychosocial model, reconstructive psychotherapy, relationship, attitude system

Zwischen der psychotherapeutischen Schule von St. Petersburg und der deutschen Schule der Dynamischen Psychiatrie von AMMON existiert eine Verbindung über Forschung und praktische Kooperationsarbeit, seit den 80ziger Jahren des 20. Jahrhunderts. Diese basiert auf einer gewissen Ähnlichkeit der zugrundeliegenden Konzepte (VASSILYEVA 2003).

Obwohl die Entwicklung beider Schulrichtungen unabhängig voneinander stattgefunden hat, da die russischen Spezialisten mehrere Jahrzehnte keine Möglichkeit des professionellen Austausches hatten, haben die entwickelten Persönlichkeitskonzepte, die pathogenetische Theorie psychischer Störung und das Behandlungssystem viele Berührungspunkte und entsprechen darüber hinaus dem Paradigma einer modernen biopsychosozialen Medizin.

Vortrag gehalten auf dem 14. Weltkongress der WADP in Krakau, Polen, 16-19. März 2005

MYASISCHTEV (1995) und seine Nachfolger haben Persönlichkeit als Korrelat des Beziehungsgeschehens des Menschen mit seiner Umwelt betrachtet. Dabei werden die verschiedenen Sphären von Beziehungen, vor allem gesellschaftliche, familiäre und interpersonelle Beziehungen, sowie Beziehungen zu Tätigkeit und Arbeit als zentral verstanden. In der, sich innerhalb dieser Bezüge synthetisierenden Beziehungsstruktur hat die Beziehung zu sich selbst eine große Bedeutung. Die vorrangige Rolle des Ich bei MYASISCHTEV, kommt der Synthetisierung einer Beziehung zu sich selbst zu, d. h. der Herstellung eines Selbstbewusstseins. Unter Selbstbewusstsein subsummiert MYASISCHTEV auch Selbsteinsicht, Selbstwertgefühl, sowie die Selbstregulation.

Diese Beziehung zu sich selbst steht gewissermaßen am Ende eines komplexen und von vielen Komponenten abhängigen Syntheseprozesses des Beziehungssystems, sie gewährleistet die Kohärenz, die Einheit der Persönlichkeit. Nehmen zwischenmenschliche Beziehungen eine besondere Stabilitäts-, Prägungs-, und Bedeutungsausprägung an, werden sie typisch für eine Persönlichkeit und wandeln sich in diesem Sinne in Charakterzüge um, bleiben aber im Intrapyschischen als Beziehungen bestehen (ANANIEV 1980, LAZURSKY 1921).

Auch die bekannten russischen Wissenschaftler BODALEV (BODALEV, ZEIGARNIK, LEONTIEV 1987), KABANOV (1998), LITSCHKO (1977), LOMOV (1981), betonen die Wichtigkeit der Kategorie Beziehung, für die Erforschung und das Verständnis von Persönlichkeit innerhalb der sowjetischen Psychologie, vor allem in ihren klinischen Bereichen.

Über das Verhältnis der biologischen und sozialen Anteile am Individuationsprozess schreibt MYASISCHTEV:

Vor dem Hintergrund, dass Persönlichkeit die höchste psychische Gestalt ist, die sich bedingt durch menschlich-gesellschaftliche Erfahrung müssen Begrifflichkeiten wie 'Persönlichkeitsbedingungen' und 'Persönlichkeitsselbst' unterschieden werden. Ich meine, dass der materialistische, biologisch-organische Kontext sehr eng mit dem sozialen Kontext von Persönlichkeit verbunden ist, er bildet jedoch keine eigene Persönlichkeit oder Teile davon, sondern ist lediglich eine Bedingung für Persönlichkeit (MYASISCHTEV 1995).

Das grundlegende Konstituens von Persönlichkeit ist bei MYASISCHTEV also das Beziehungsgeschehen mit anderen Menschen, das ontogenetisch unter bestimmten sozialen, historischen, ökonomischen und alltäglichen Bedingungen gebildet wird.

Diese Auffassung kann mit dem ähnlich grundlegenden Verständnis von AMMON (1982) bezüglich der konstituierenden Rolle der Internalisierung von Primärgruppendynamik (diese wird in der Terminologie MYASISCHTEVS als ers-

tes Beziehungssystem definiert, dass auch von gewissen makrosozialen Faktoren beeinflusst werden kann), für menschliche Entwicklung und speziell der Entwicklung einer mehrdimensionalen Persönlichkeitsstruktur, sowie der Bildung von Ich-Funktionen mit konstruktiven, destruktiven und defizitären Anteilen verglichen werden.

Nach MYASISCHTEV (1995) sind Beziehungen zum einen ein bewusstselektives Geschehen, dessen affektive Gestaltung aber, sich durch verinnerlichte zwischenmenschliche Erfahrung bedingt. Die innere Beziehungsgestalt findet Ausdruck in Reaktionen, Erleben und im Verhalten des Einzelnen. Beziehungen bestimmen die Ausprägung von Interessen, Emotionen, Wünschen und Bedürfnissen und werden in diesem Sinne als motivationale, den Menschen bestimmende Kraft aufgefasst.

Ausgehend von dieser Hauptstruktur, gestalten und bedingen sich weitere psychische Phänomene, wie Persönlichkeitseigenschaften, seelische Zustände, psychische Prozesse etc. Letztgenanntes wäre mit den sogenannten sekundären Humanfunktionen bei AMMON (1982) zu vergleichen. Was die Beziehungsqualität ausmacht wird bei MYASISCHTEV erfasst durch den Beziehungsaktivitätslevel. Dieser ist teilweise zu vergleichen, mit dem konstruktiv-aggressiv, sozial-energetischen Potenzial bei AMMON (1982). Bei MYASISCHTEV ist Beziehung bestimmt von dem intrapsychischen Verhältnis von rationalem und irrationalen, adäquaten und inadäquaten Anteilen, was mit den konstruktiven, destruktiven und defizitären Anteilen der Persönlichkeit bei AMMON (1982) in Zusammenhang gebracht werden kann. AMMON geht bei der Gewichtung von bewussten und unbewussten Beziehungsanteilen in der Persönlichkeit von einem Primat des Unbewussten aus, während bei MYASISCHTEV dem Bewussten die maßgeblich bestimmende Rolle zukommt.

Sieht man von diesem wesentlichen Punkt ab, so ist MYASISCHEVS Auffassung von einer Einheit der Persönlichkeit, die ihren Ausdruck in einem Beziehungssystem findet, verwandt dem Identitätsbegriff der Dynamischen Psychiatrie, der von AMMON, hier kurz wiedergegeben, als „ontogenetische Summe aller lebenshistorischen Erfahrungen und Identifikationen.“ (1982) gefasst wird. Entsprechend spricht AMMON von ‘Identitätspsychotherapie’. MYASISCHTEV spricht von ‘Beziehungspsychotherapie’.

Bei AMMON sind es die Beziehungen innerhalb der Gruppe, die sich unmittelbar in der Psyche widerspiegeln – dialektisch finden Einstellungen und Gefühle einen Ausdruck in allen sozialen Strukturen. Die Identität des Menschen entwickelt sich aufgrund von neuen Beziehungserfahrungen, ihr bewusster An-

teil äußert sich in Eigenverständnis, aber die Basis der Identität liegt im Unbewussten. Verinnerlichte unbewusste Gruppendynamik kann sich durch neue Erfahrungen und Eindrücke in einem aktuellen gruppodynamischen Geschehen verändern. Die Identitätsentwicklung- und Veränderung findet in einem Beziehungsgeschehen statt, wo es zentral um Fragen zur eigenen Persönlichkeit, um gegenseitige Mitteilungen über Bedürfnisse und Gefühle geht. Identitätsentwicklung ist im wesentlichen abhängig von den bestehenden Werten im Umgang mit existentiellen Fragen des menschlichen Gegenübers. Insbesondere durch Grenzerfahrungen können stark identitätsbildende Prozesse angestoßen werden und der Mensch in seiner Identität bestätigt werden, sofern die den Menschen umgebende Gruppe dies in einem konstruktiven Sinne zulässt.

Die russischen Wissenschaftler ANANIEV (1980), BODALEV (BODALEV, ZEIGARNIK, LEONTIEV 1987), LOMOV (1981) beschäftigen sich ebenfalls mit der konstituierenden Rolle der zwischenmenschlichen Erfahrung für die Persönlichkeitsentwicklung sowie darüber hinaus mit deren Auswirkung auf die Bildung von Strukturkomponenten der Persönlichkeit, wie stattfindende psychische Prozesse, psychische Eigenschaften, psychische Zustände. Kommunikation wird in ihrer existentiellen Funktion als Hauptregulanz des sozialen Verhaltens und in der spezifisch menschlichen Bedeutsamkeit gesehen.

LOMOV (1981) erforschte aufgrund der 'Beziehungspsychologie' zwischenmenschliche Austauschprozesse und deren besondere Bedeutung auf die Synthesisierung von Ideen- und Interessensbildung, die Entstehung von Einstellungen sowie darüber hinaus für die Vererbung von Charakterzügen.

MYASISCHTEV (1995) hat, aufbauend auf seinem Persönlichkeitskonzept ein Modell der 'pathogenetischen Psychotherapie' entwickelt. Dieses Modell eignet sich vor allem für Patienten mit neurotischen Störungen und entsprechenden Konflikten. Im Zentrum steht die Konfrontation und das Aufdecken von Widersprüchen (Konflikten) im bewussten System wichtiger Beziehungen und Realitätsbezügen der jeweiligen Person.

Die Behandlungskonzeption AMMONS (1982) ist ausgelegt auf die Gesamtheit psychischer Krankheitsbilder, von der Neurose bis zur Psychose, den Persönlichkeitsstörungen sowie Grenzzuständen. Innerhalb AMMONS Verständnis besteht ein 'gleitendes Spektrum psychischer Erkrankung'. Für AMMONS sind es 'Grenzsituationen', deren Erleben und integrative Bewältigung die Bedingung für Identitätsentwicklung schaffen.

Innerhalb der von russischen Psychotherapeuten entwickelten 'persönlichkeitsorientierten rekonstruktiven Psychotherapie', die eine Weiterentwicklung

der ‘pathogenetischen Psychotherapie’ von MYASISCHTEV darstellt, ist dagegen zentral, dass durch eine ‘Persönlichkeitstätigkeit’ Konflikte gelöst und bewältigt werden sollen. Damit lässt sich die Mobilisierung und Entwicklung von vielfältigen Eigenschaften und Begabungen, das Training verschiedener psychischer Funktionen verbinden. Therapieziel ist die Synthetisierung eines höheren Entwicklungsniveaus und verträglichere Bedürfnishierarchien, was insgesamt zu einer Verbesserung funktioneller Möglichkeiten und einer Verbesserung des Beziehungssystems führt. Die gegebenen Therapieimpulse können eine Fortsetzung des Selbstreifungsprozesses und der Persönlichkeitsentwicklung bewirken (ISURINA 1990).

Da das Behandlungsspektrum der Dynamischen Psychiatrie auf sämtliche psychiatrischen Krankheitsbilder Anwendung findet und stets von deren psychogenetischer Verstehbarkeit ausgeht, ist sie geeignet eine Integration der Psychotherapie in die stationäre klinische Psychiatrie Wirklichkeit werden zu lassen. Die Annahme eines ‘gleitenden Spektrums’ psychischer Erkrankung ist zudem eine geeignetere Erfassung auf, auch in Russland, gesamtgesellschaftlich veränderte Krankheitsbilder, unter denen sich zumeist Mischformen und komplexe Komorbiditäten finden. Die erfolgreiche Integration der Ideen der Dynamischen Psychiatrie in die Arbeit russischer Psychotherapeuten und Psychiater liegt u. a. auch in der zentralen Bedeutung der Gruppenpsychotherapie für die Behandlung psychischer Störungen, die historisch auch in russischen Behandlungsansätzen eine Rolle spielt. So schreibt KABANOV im Vorwort seines Buches ‘Gruppentherapie bei Neurosen und Psychosen’, bereits 1975:

Das Interesse der Wissenschaftler des Bekhterev-Institutes an der Gruppentherapie ist kein zufälliges. Unsere Forschungsrichtlinien folgen einem klinisch-psychologischen und einem rehabilitativen Ansatz. Die von V. N. MYASISCHTEVs Schule entwickelte Beziehungspsychologie und unser Rehabilitationskonzept sind sehr eng miteinander verbunden. Die Gruppentherapie ist, ... in ihren vielfältigen Variationen, einschließlich verschiedener Formen der Familientherapie, das adäquateste Verfahren für die Rehabilitation von Neurose- und Psychosepatienten. (KABANOV 1975)

Sowohl die Schule MYASISCHTEVs, als auch die Schule der Dynamischen Psychiatrie beziehen sich auf das, auf BERTALANFY (1950) zurückgehende, systemische Verständnis. Von russischer Seite verweist darauf insbesondere SVERDLOV.

Vor der Zusammenarbeit mit den Kollegen der Dynamischen Psychiatrie wurde das auf MYASISCHTEV basierende gruppentherapeutische Verfahren durch russische Wissenschaftler elaboriert und praktisch angewandt. In den so-

genannten sozialistischen Ländern kam es darüber hinaus auch zu einer Rezeption des Gruppenforschers FOULKES (1948), der sowohl von der Erfordernis der Sicht der Gruppe als Gesamtheit, als auch der Sicht und Behandlung des Einzelnen in der Gruppe ausging. Basierend darauf trifft MURZENKO die Aussage: „obwohl es offensichtlich ist, dass die Hauptaufgabe nicht die ‘Behandlung der Gruppe’ ist, sondern die Therapie der Gruppenmitglieder, sie dennoch in der Gruppe stattfindet, durch die Gruppe und unter Beteiligung der Gruppe.“ (MURZENKO 1975)

Auch auf, die von AMMON entwickelten Annahmen im Bezug auf die Gruppe, nahmen die Konzepte von FOULKES starken Einfluss, ebenso, wie die Rezeption des ‘pädagogischen Poems’ von MAKARENKO (1957), dessen darin dargelegtes ‘therapeutisches Gemeinschaftskonzept’ wesentlich für russische Gruppenpsychotherapeuten ist.

Zur entwicklungspsychologischen und pathogenetischen Bedeutsamkeit der Gruppe äußern sich die wissenschaftlichen Nachfolger des MYASISCHTEVschen Ansatzes KARVASSARSKY und MURZENKO folgendermaßen:

Beginnend mit den ersten Lebenstagen nimmt man an unterschiedlichen sozialen Gruppen teil (ausgehend von der Kernfamilie werden die Gruppen immer zahlreicher und differenzierter). Der Mensch nimmt dabei die geltenden Gruppennormen an, lernt bestimmte Positionen innerhalb der Gruppen zu erobern und lernt festgelegte Rollen zu übernehmen, sowie eigene Bedürfnisse und Gruppenforderungen miteinander zu verbinden. Die Interiorisierung von Normen, Rollen und Positionen führt zu Persönlichkeitsausgestaltungen und Persönlichkeitsentwicklungen, die auch als individuelles System innerhalb sozialer Beziehungen beschrieben werden können. Findet diese Entwicklung unter ungünstigen Bedingungen statt, wird das Spektrum sozialen Verhaltens und das Beziehungssystem des Menschen eingeeengt. Psychische Entwicklungen werden inadäquat und in für den Einzelnen schwierigen Situationen sind psychische Funktionen eingeschränkt. (KARVASSARSKY, MURZENKO 1975)

Es ist augenfällig, dass dies in großem Umfang dem Menschenbild und den Grundannahmen der Dynamischen Psychiatrie entspricht.

MYAGER und MISCHINA, die bedeutendsten Vertreter der MYASISCHTEVschen Schule, haben 1974 als eine der ersten in Russland die Familientherapie auf Grundlage der Beziehungspsychologie ausgearbeitet:

die Familiengruppe dient als spezifischer Mediator zwischen Persönlichkeit und Gesellschaft. Der Platz, den die Persönlichkeit in der Gesellschaft einnimmt, ist zu einem großen Teil von der Rolle in der Familie und von der Rolle der Familie im gesellschaftlichen Beziehungssystem abhängig. (MYAGER, MISHINA 1974)

An dieser Stelle wollen wir an ein Zitat von Karl MARX und Friedrich ENGELS

erinnern: 'Die Umstände machen die Menschen, genauso, wie die Menschen die Umstände machen'.

Als Psychoanalytiker spricht AMMON weniger vom Rollenverhalten, als von Internalisierung der Gruppendynamik. Infolge defizitärer bzw. destruktiver Erfahrungen mit der Primärgruppe kommt es zu einem sogenannten 'Loch im Ich', einer Beschädigung der Ich-Struktur eines Menschen. Ein Verstehenszugang AMMONS liegt in der Anerkennung der Dynamiken des Wiederholungszwanges, deren unbewusste Rekonstruktion vergangener (pathogener) gruppendynamischer Konstellationen und dem dahinterliegenden, meist erfolglosen Versuch diese zu lösen.

Beide Schulen sehen also Gruppenerfahrungen als maßgeblich bei der Entwicklung psychischer Störungen an. Zentral wird die Kernfamilie (Primärgruppe) sein, aber auch die erweiterte Familie, die die Primärgruppe umgebende Gruppe ist beiden Schulen bedeutsam. Indem AMMON das gesamte Familienfeld als wirksames, Entwicklung und Reifung konstituierendes Beziehungs-geschehen ansieht, verlässt er den Rahmen der orthodoxen Psychoanalyse. Es geht nicht mehr zentral um die Lösung des ödipalen Konfliktes und seiner Drei-Personenpsychologie. MYAGER und MISCHINA (1974) schrieben:

Die Besonderheiten einer Persönlichkeit lassen sich auf die frühe Kindheit beziehen. Familie ist das erste Modell einer sozialen Gruppe, in der sich die Persönlichkeit des Kindes zu entwickeln beginnt; es erobert erste interpersonelle Fertigkeiten und macht erste Erfahrungen mit emotionalen Wahrnehmungen und Erlebnissen. Ist diese Erfahrung ungünstig, in Folge der gestörten Familienbeziehungen, entwickelt das Kind inadäquate Beziehungen und emotionale Reaktionen. Bei hoher Ausprägung können diese Primärstörungen auch Korrekturen durch neue soziale Gruppen massiv verhindern. Wie in einem Teufelskreis kann sogar eine Verstärkung stattfinden, im Sinne eines neurotischen Konfliktes mit intra- und interpsychischen Implikationen. (MISCHINA 1974)

Innerhalb der psychoanalytischen Theorie ist der so beschriebene 'Teufelskreis' der 'Wiederholungszwang', von dessen korrigierender, befreiender Behandlung die Entwicklung einer neuen psychischen Qualität in Erleben und Sein abhängt. AMMON betont, wie außerordentlich bedeutsam die Introspektionsfähigkeit des Therapeuten, die eigene Kenntnis seiner Reaktionen ist, um den unbewussten Manipulationen des Patienten stand zu halten. In der Gruppe neigt jeder Patient dazu, Beziehungserfahrungen im Hier und Jetzt der Gruppe zu wiederholen. An diesem Punkt ermöglicht die Gruppe ein Feld vielfältiger Übertragungsmöglichkeiten, d. h. die Möglichkeit pathogene Dynamiken zu wiederholen und diese aktuell durch Durcharbeitung und Einsicht zu korrigieren. So können Patienten allmählich neue Beziehungserfahrungen verinnerli-

chen. Die Gruppe ist durch die unbewussten Manipulationen des Patienten weniger beeinflussbar als der einzelne Therapeut, hierdurch erhöht sich die Effizienz der Bearbeitung des Wiederholungszwanges. Die Bedeutsamkeit von Gruppentherapie unterstreicht folgendes Zitat von AMMON: „Der Mensch wird in einer Gruppe krank und kann nur mit Hilfe der Gruppe wieder gesund werden“. (1982)

Parallelitäten lassen sich zwischen beiden Schulen auch an der Art und Weise der Gruppenleitung finden. Auf russischer Seite empfiehlt MURZENKO (KARVASSARSKY, MURZENKO 1975), dass alle Mitglieder einer psychotherapeutischen Gruppe, die nach den Maßgaben MYASISCHTEVS, d. h. der rekonstruktiven Psychotherapie arbeiten ebenfalls einer Einzelbehandlung unterzogen werden, die biographisches Material in hohem Maße berücksichtigt:

Es ist wichtig, dass die individuelle und die Gruppentherapie von verschiedenen Personen durchgeführt werden, um unerwünschte Rolleninterferenzphänomene zu vermeiden: der Einzeltherapeut, der die Verantwortung für den gesamten Behandlungsprozess trägt, verantwortet auch die administrativen Funktionen. Die Aufgaben des Gruppenpsychotherapeuten werden begrenzt durch den Rahmen der gezielten therapeutischen Intervention. Eine ständige, äußerst notwendige, enge Vernetzung zwischen Einzel- und Gruppentherapeut ist hierbei obligat. (KARVASSARSKY, MURZENKO 1975)

AMMON (1982) spricht über letztgenannte Notwendigkeit ausgehend von seinem Verstehenszugang als Psychoanalytiker. Die Besonderheiten der Rollenverteilung zwischen dem Einzel- und Gruppentherapeuten erklären sich ihm aus dem Verständnis von Übertragungsdynamiken und der Einbeziehung von geschwisterlichen Konkurrenzsituationen um die Liebe und die Aufmerksamkeit des Therapeuten. Er betont, dass die Bedeutung der integrativen Arbeit zwischen Einzel- und Gruppentherapeut sehr hoch anzusetzen sei; so dass auch in Abwesenheit des Patienten das Erreichen eines weiterentwickelten reiferen intrapsychischen Niveaus des Patienten und die Bewältigung von Spaltungstendenzen erreicht werden kann.

Die von AMMON betonte Vorstellung eines ‘repeat and repair’ (1982), im therapeutischem Wirken, findet sich auch in der am Bechterew-Institut seit vielen Jahren praktizierten rekonstruktiven Psychotherapie wieder.

Die bereichernde Einbeziehung der Dynamischen Psychiatrie Günter AMMONS in die russische Psychiatrielandschaft ist aufgrund der deutlich gewordenen Parallelitäten und Unterschiede erfolgreich gelungen, insbesondere aber auch, weil hier der Forderung eines modernen biopsychosozialen Paradigmas entsprochen wird.

Persönlichkeitsorientierte Psychotherapie	Dynamischen Psychiatrie n. Günter AMMON
Ich als Persönlichkeitskern, das einen zentralen Platz im Beziehungssystem des Individuums hat	Mehrdimensionales Persönlichkeitsmodell mit Ich als autonomer Struktur
Beziehungssystem als Hauptkonstituens der Persönlichkeitseigenschaften, die sich als ontogenetischer Prozess entwickeln.	Sozialenergie und konstruktive Aggression als Beziehungsaktivität und Entwicklung bedingende Ich – und Identitätsfunktion. Ontogenetischer Prozess.
Primat des Bewussten im Beziehungsgeschehen	Primat des Unbewussten im Beziehungsgeschehen
Beziehungen als strukturbildende Komponente der Persönlichkeit	Primärgruppendynamik als strukturbildende Basis für unbewusste und bewusste Persönlichkeitsentwicklung und Entwicklung der Humanfunktionen
Beziehung zu Tätigkeit und Arbeit als bedeutsames Geschehen	Tätigsein und Arbeit als zentrale Komponente von Beziehung und Identität
Beziehung zu sich selbst als Basis für die persönliche Einheit	Identität als zentrale Humanfunktion
Besonders stabile, ausgeprägte und bedeutsame Beziehungen als Charakterzüge	Internalisation von Beziehung und Gruppendynamik. Humanstrukturelle und identitätsbildende Prozesse.
Beziehungspsychotherapie	Identitätspsychotherapie
Rekonstruktion und Korrektur des Beziehungssystems im psychotherapeutischen Prozess	‘Repeat and Repair’ als Grundprinzip der nachholenden Ich-Entwicklung der Persönlichkeit
Weg der Persönlichkeits- und Beziehungssystementwicklung Entwicklung führt über interpersonelle Erfahrung	Frühere und aktuelle Persönlichkeitsentwicklung ist gruppenabhängig.
Konflikt als Chance für Persönlichkeitsreife und Entwicklung	Konflikt als ein Faktor der Identitätsentwicklung

Tabelle: Vergleich der Hauptpunkte der persönlichkeitsorientierten (rekonstruktiven) Psychotherapie und der Dynamischen Psychiatrie

Relationship Psychology of V. N. Myasischtev and Dynamic Psychiatry of Günter Ammon

Two Schools – One Way in Biopsychosocial Medicine

N. G. Neznanov, A. V. Vassilyeva (Sankt Petersburg)

The Saint Petersburg psychotherapeutic school and the German school of Dynamic Psychiatry are connected since many years, especially since the 80's of the 20th century, there is a close scientific and practical cooperation. The base for it was, that the two scientific approaches have a lot in common. Their development took place independently from each other—for several decades the Soviet specialists had no possibility for professional exchange.

Especially the theory of MYASISCHTEV and his disciples, which was elaborated at the Bekhterev Institute—his special understanding of pathogenesis, his

personality oriented reconstitutive psychotherapy—has a lot of common traits with the Dynamic Psychiatry of AMMON. Many famous Russian scientists, as KARVASSARSKY, MURZENKO, MYAGER, MISHINA, ISURINA, KABANOV, ANANIEV, BODALEV, LOMOV were successors or receptionists of MYASISCHTEV.

MYASISCHTEV was convinced, that the main characteristics of a personality were synthesised by the systems of human relationships in an ontogenetic process. So did AMMON too. He postulates social energy as human relational energy and connected with that, constitutive aggression as a human immanent fact. MYASISCHTEV speaks about the primacy of the conscious whereas AMMON, as psychoanalyst declares the primal role of the unconscious. The internalisation of primary group dynamic and relationships, their transformation in human structure and human identity as the central human function (mainly unconscious) are basic assumptions in AMMONS work.

MYASISCHTEV describes stable, intensive and significant relationships as character traits. He, as AMMON did, found a great importance in activity and work for human beings, at least because of the development of the relationship system and identity. MYASISCHTEV defines his way of psychotherapy as relationship psychotherapy with the importance of interpersonal experiences, AMMON as identity psychotherapy, the treatment of the unconsciousness and unconscious groupdynamics. MYASISCHTEV stresses the reconstruction and correction of the relationship system of the individual, AMMON the principle 'repeat and repair', which implicates the work with the compulsion to repeat as a central psychoanalytic postulation. Both schools have an theoretical approach to the significance of intrapsychical conflicts.

In addition to all the here mentioned common things, we have to say, that the theory of AMMON has a special importance, because it offers a good model for the integration of psychotherapy in general psychiatry, also in Russia today in accordance with the demands of a biopsychosocial paradigm in modern medicine.

LITERATUR

- Ammon, G. (Hrsg.) (1982): Handbuch der dynamischen Psychiatrie. München: Reinhardt.
- Ananiev, B. G. (1980): [Selected psychological Works]. Moscow: Pedagogic.
- Bertalanffy, L. (1950): An outline of a general system theory. *Brit. J. f. Philosophy of science* 1:134-165.
- Bodalev, A. A.; Zeigarnik, B. W.; Leontiev, D. A. (1987): [The Problem of Unconscious: Movement to Dialogue]. [*Psychology Questions*] N4:163-165.
- Foulkes, S. H. (1948): Introduction to Group-Analytic Psychotherapy. London: .

- Isurina, G. L. (1990): [The Mechanisms of the Psychological Personality Correction in the Process of Group Psychotherapy in the light of the Relationships Concept. *Group Psychotherapy* pp:89-121.
- Kabanov, M. M. (1975): [Introduction. *Group Psychotherapy in Neurosis and Psychosis* pp: 5-7.
- (1998): [Psychosocial Rehabilitation and social Psychiatry]. St. Petersburg: .
- Karvassarsky, B. D.; Murzenko V. A. (1975): [Group Psychotherapy in Neurosis. *Actual Issues of the Medical Psychology*]; pp. 70-77.
- Lazursky, A. F. (1921): [Personality Classification]. Petrograd: .
- Litschko, A. E. (1977): [Relationship Psychology as a theoretic Concept in medical Psychology and Psychotherapy. *S. S. Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry*]. N12:1833-1835.
- Lomov, B. F. (1981): [Personality in the System of the social Relationships. *Psychological Journal*] N1:3-17.
- Murzenko, V. A. (1975): [Group Psychotherapy in Neurosis. *Group Psychotherapy in Neurosis and Psychosis*] pp:77-83.
- Myager, V. K., Mishina T. M. (1974): [Social-psychological Aspects of the Family Psychotherapy in Neurosis. *Actual Issues of the Medical Psychology*]; pp. 77-82.
- Myasischtev, V. N. (1995): [Relationship Psychology]. Voroneg.
- Vassilyeva, A. V. (2003): [The Historical Predispositions of the scientific-practical Cooperation of the V. M. Bekhterev Psychoneurological Research Institute (St. Petersburg) and World Association of the Dynamic Psychiatry (München, Berlin, Germany). In: *The Dynamic Psychiatry Essays: A Transcultural Study*]; pp. 7-28. St. Petersburg: .

Autorenadresse: N. G. Neznanov, A. V. Vassilyeva • Psychoneurologisches Forschungsinstitut 'W. M. Bechterew' • Ul. Bechterew 3 • St. Petersburg 192019 • Russland

Antenatal and Postnatal Mental Disorder: Dynamic and Cultural Perspectives

John L. Cox (Stoke-on-Trent, UK)

Dynamic and cross-cultural approaches to the understanding of antenatal and postnatal mental disorder are described within the broader context of the author's research and clinical work in this field. Particular emphasis is given to the contribution of psychoanalysts, such as Joan RAPHAEL-LEFF, to the training of maternal child health workers and the provision of effective parent and baby community services. It is suggested that the causes and consequences of perinatal mental disorders—including antenatal and postnatal depression—are optimally understood from a bio-social and psycho-religious perspectives that consider the search for meaning at a time of transformation and growth.

Keywords: perinatal mental health, postnatal depression, ante natal depression, Edinburgh Postnatal Depression Scale, bio-social, psycho-religious

Introduction

The World Congress in Cracow was particularly memorable because of the visit to the Holocaust Memorial, and the incentive to summarise dynamic approaches to perinatal psychiatry that I have found useful in clinical and research work in this field.

Initial interest in this subject was triggered by a child analyst at the London Hospital, who encouraged psychiatry trainees to read the series of papers by SANDLER, DARE and HOLDER (1973) titled 'Basic Psychoanalytic Concepts', and supervised our first play therapy sessions.

The later contributions of Joan RAPHAEL-LEFF, a psychoanalyst and social psychologist, also shaped my early thinking; in particular her lecture 'Where the wild things are' that was given at the Marce Society meeting held at Keele in 1986, and her seminal book 'Psychological Processes of Childbearing' (2001). Other formative influences included many conversations with my brother (Murray COX) who was a group therapist and SHAKESPEARE scholar, as well as supervision from Sidney CROWN, Colin JAMES and Henry WALTON, who each helped me authenticate the usefulness of psychoanalytic ideas

Based on a plenary lecture delivered at the 14th World Congress of the World Association for Dynamic Psychiatry in Cracow, Poland on March 16th, 2005.

outside the confines of the analytic dyad.

In 1972, shortly after arriving in Uganda as a lecturer at Makerere University, I was asked to lecture to a class of African midwives and was immediately plunged into the maelstrom of cultural relativity, the need to question analytic constructs within extended family structures, and to think about the validity of universal criteria for the diagnosis of mental disorder.

International and Trans-Cultural Approaches

Uganda at that time was comparatively peaceful, and I was able to complete the first controlled prospective study of antenatal and postnatal depression (see COX 1979, 1983) in villages 10 miles from Kampala—not far from where Mary AINSWORTH (1963) conducted her first studies on attachment.

The purpose of this study was to determine the frequency of mental disorder during pregnancy and establish whether postnatal depression could be identified in semi-rural Ugandan women. At that time it was erroneously thought that clinical depression was less common in rural Africans and pregnancy less stressful compared with developed countries. I was greatly assisted by a local health visitor (Eunice SENDAGIRE) and a colleague, John ORLEY (later of WHO), who was trained in psychiatry and anthropology and had just completed field work on Ganda concepts of neurosis. (ORLEY 1970) and a community study of depression (ORLEY and WING 1979). His experience of epidemiological and anthropological research methods assisted me to overcome many of the practical and conceptual difficulties of using interview methods developed in Europe in a rural African population.

Two hundred and sixty three pregnant semi-rural African women were interviewed by myself with the Luganda speaking health visitor as ‘culture broker’ at the health centre in Kasangati village. Of these women, 183 were interviewed for a second occasion 6 to 15 weeks after delivery without knowledge of their mental health during pregnancy; a control group of 89 non-pregnant, non-puerperal women were similarly assessed. (COX 1979).

In a cross sectional study ASSAEL, NAMBOZE, GERMAN, BENNETT (1972) had found that almost a third of Ugandan women had conspicuous psychiatric morbidity during pregnancy. There were however no other community studies of mental disorder during pregnancy or the puerperium in African women published at that time, although in London PITT (1968) had administered a questionnaire before and after childbirth and found 10.8% of women to have an

‘atypical’ depression. These depressed women were more likely to describe neurotic traits during pregnancy.

The Luganda translation of the Clinical Interview Schedule (GOLDBERG, COOPER et al. 1970) was used in the Ugandan study because as a semi-structured interview it enabled the symptoms of mental disorder to be rated according to their duration and severity. The mental state was also recorded and the psychiatric diagnoses made according to ICD-8 criteria.

We found higher rates of mental disorder during pregnancy (20%) compared with the control group of non childbearing women, and those women who were separated were most at risk. After delivery, 18 women (10%) had a marked depressive disorder which usually started within two weeks of delivery. Women delivered in hospital were not more likely to experience depression.

The adverse effect of postnatal depression on household tasks, such as carrying water or cultivating the shamba was very obvious to us; 6 of the 18 women with postnatal depression had marked difficulty with these tasks, and a fifth of the pregnant women with definite psychiatric morbidity was similarly disabled. We had no formal data on the mother infant relationship in the women interviewed, but I later speculated that the greater availability of caretaker mothers in Uganda may not always compensate for the failure of a severely depressed mother to feed her infant. (COX 1983)

In a linked study carried out with a medical student (Richard MULUMBA), a postpartum mental disorder ‘Amakiro’ was found to be commonly described by our informants (COX 1979). Although many of the symptoms of Amakiro were similar to those in puerperal psychosis, ‘wanting to eat the baby’ was not listed in international criteria in use at the time. Thus if ICD-8 had been rigorously applied a ‘category fallacy’ would have been committed and a local culture linked disorder overlooked.

Amakiro was prevented during pregnancy by taking herbal medicines obtained from the market, and was believed to be caused by promiscuity of the mother or father during pregnancy. The Baganda are known to be particularly concerned to establish the legitimacy of the baby because without the biological father being known the baby has no family and cannot be named. Legitimacy of the pregnancy was therefore traditionally established both before and after birth (s. ROSCOE 1911). The belief that promiscuity of the mother or father during pregnancy caused Amakiro may have developed as a form of social constraint to reduce uncertainty about the paternity.

More recent studies in the perinatal field have been reviewed by BROCKING-

TON (1996); and the international studies particularly well summarised by KUMAR (1994) in a publication that paved the way for the European transcultural study he later initiated.

More recently attention of researchers has returned to the frequency of antenatal mood disorder and its effect on the foetus. The studies summarised by GLOVER and O'CONNOR (2006) showing an effect of maternal stress on foetal blood flow and elevated cortisol in the infant are therefore particularly important.

The findings of an adverse effect of postnatal depression on maternal attunement, and infant attachment (MURRAY, FIORI-COWLEY, HOOPER et al. 1996) are also most relevant for clinical work in maternal, new-born and child health services, and for the training of Maternal Child Health workers.

The Edinburgh Postnatal Depression Scale (COX, HOLDEN, SAGOVSKY 1987), now used throughout the world, was developed because we found that the frequency of post natal depression in Scottish women was at least 13% and, as in Africa, most such depressed mothers were not receiving any treatment. This 10-item self-report scale, since validated in over 25 languages (COX, HOLDEN 2003), is frequently used for screening by health professionals workers in primary care, and by research teams in both developed and developing countries.

Other research groups have had cognitive (MILGROM, MARTIN, NEGRI 1999), attachment (s. WHIFFEN, JOHNSON 1998), anthropological (EISENBRUCH 2000), and developmental (s. HAY, PAULBY, SHARP 2001) perspectives: each illustrate the multiple facets of perinatal mental disorder, the pragmatic appeal of the bio-psychosocial approach and yet the need also for interdisciplinary theory to drive further advances in this field.

Neuro-endocrine research was initially spurred on by the popular belief that changes in the levels of circulating hormones such as progesterone and oestrogen caused post natal depression and the postnatal blues. In our first paper (COX, CONNOR, KENDELL 1992) which reported the results of the Edinburgh prospective study we speculated that endocrine factors were the physiological triggers which initiated mood changes after delivery, but that the mood actually experienced was determined by 'the recall of poignant family memories or by the prevailing atmosphere in a post natal ward'.

KUMAR (1992) had found that the dopaminergic system was supersensitive to oestrogen in women at high risk of puerperal psychosis; and HARRIS (1996) studied a selected group of depressed women with thyroid dysfunction and commented on the need for health workers to identify these co-morbid condi-

tions.

Interestingly SQUIRE and STEIN (2003) concluded their editorial on 'functional MRI' and parental responsiveness by suggesting that fMRI has the potential to elucidate pathways of parental responsiveness that might inform the development of interventions in parental sensitivity in mothers with depression. Other researchers have found genetic markers (Serotonin transporter gene) for the puerperal triggering of psychosis in bipolar mothers (JONES, CRADDOCK 2001) and further advances in this field, particularly investigating the determinants of gene expression, will be very relevant to improved screening in the community and at antenatal clinics.

Psychodynamic perspectives – the psychological processes of childbearing

In the early nineties it was apparent that further advances in the understanding of the perinatal mental disorders was likely to be contingent on using qualitative and descriptive methods to listen to 'women's voices' and developing research tools harmonised for use in trans-cultural studies, and yet sensitive to the local socio-cultural context.

The first phase of the International Study of Postnatal Depression (MARKS et al. 2004) therefore had as a core task to develop research methods sensitive to these insights from cultural and dynamic psychiatry. This complex study took place in 15 centres in 11 countries and used focus groups with new mothers, grandmothers and health professionals. The purposes of the first phase were achieved, but sadly the second phase when the harmonised research methods were to be used by trained research groups in a prospective study of perinatal mental disorder was never funded—a failure perhaps of corporate motivation only partly explained by the unexpected death of Channi KUMAR.

Of particular relevance to the theme of the Cracow conference 'Trauma-Attachment and Personality' however was the development and piloting in most centres of a new interview based questionnaire: the Contextual Assessment of Maternal Experience (CAME) (BERNAZZANI, CONROY, MARKS et al. 2004) designed to assess major risk factors for emotional disturbance during pregnancy and the postpartum period. The Attachment Style Interview (BIFULCO, FIGUEREDEO, GUEDENEY et al. 2004) was similarly found to have satisfactory reliability when used by trained interviewers with childbearing women in most centres. This attachment interview may therefore facilitate further studies of the pos-

sible association between insecure maternal attachment styles and impaired interaction with the infant. The scales for rating the Mother Child Interaction developed by MURRAY, FIORI-COWLEY, HOOPER et al. (1996) were also evaluated in four European countries and found to have satisfactory reliability when used by trained investigators.

It is within this cultural context therefore that the work of Joan RAPHAEL-LEFF on 'regulator' and 'facilitator' mothers directs attention to the personality of the mother across cultures, and to the question whether or not some women are more vulnerable than others to perinatal mental disorder. The facilitator mother for example, according to RAPHAEL-LEFF, relishes pregnancy and willingly submits to its emotional demands; the regulator resists introspection and identity change, whilst the reciprocator mother has more mixed feelings.

These categories of psychological reaction derived from a dynamic perspective were regarded by RAPHAEL-LEFF (1985) as ways of dealing with unconscious representations of the foetus as an idealised part of the facilitator mother; as a dangerous invader or a repudiated part of the regulator, or as a separate human being in reciprocator mothers. The dynamic assumptions used by RAPHAEL-LEFF in her book are that adult behaviour, including attitudes towards parenting, are derived from earlier experiences; that conscious and unconscious experiences coexist, and that the interaction between surface and depth is such that the 'deep waters' may surface in fantasies and dreams.

These dynamic insights RAPHAEL-LEFF found to be useful in a variety of clinical settings and also helped to explain the defensive techniques of midwives and obstetricians used to lessen anxiety such as detachment, denial of feelings as well as being task rather than whole patient orientated.

Transference reactions that occur during labour, when staff may receive intense feelings derived from earlier relationships of the mother, require very sensitive understanding. Likewise counter transference feelings are important as they may adversely effect staff morale in neonatal and obstetric units.

Dana BREEN similarly emphasised the developmental processes of pregnancy in her book 'The birth of a first child' (1975); childbirth was regarded as a 'hurdle' to be overcome or as a continuous process that leads to 'irreversible physical and psychological change'. She linked the understanding of pregnancy with the process of puberty and regarded both as 'bio-social events' which necessitated reassessment of relationships, as well as an acceptance of a new biological role. The primiparous mother has to renegotiate the relationship with her husband and mother, as well as establish an 'entirely new bond to her

baby’.

Helene DEUTSCH (1947) has described the unconscious processes of identification between mother and baby, and with her own mother, and showed how hostile feelings were projected onto the infant. KLEIN’s concept of projective identification is more difficult for generic health workers to understand fully, but may nevertheless be useful in explaining why postnatal depression is commonly associated with feeding difficulties and the infant’s failure to thrive. (PATEL, DE SOUZA, RODRIGUES 2005; O’BRIEN, HEYCOCK, HANNA et al. 2004).

Awareness of these ‘links’ across generations from dynamic and developmental perspectives are therefore most useful in day to day clinical work, and assist health professionals to understand a new mother’s difficulties and to explain what otherwise may be inexplicable.

Malcolm PINES in the discussion period after my lecture emphasised the relevance of these dynamic concepts for the work of Health Visitors, and pointed out how in therapy the ‘ghosts’ in the nursery may become ‘ancestors’, and the mother freed of her earlier developmental difficulties.

Social Support, Rituals and Taboos

In a review of cross-cultural themes and perinatal psychiatry (Cox 1999)

I listed anthropological approaches useful in teaching and clinical work. These included:

- perinatal ritual: post natal check ups, lying in periods,
- rite of passage: separation, liminal and re-incorporation phases,
- family structure; impact of divorce and separation; co-wives; availability of grandparents,
- kinship: the family and grandparents with new roles in modern societies,
- naming and other religious ceremonies: baptism and traditional ceremonies to declare legitimacy,
- status of child bearing and reduced parity; low birth rate, wish for autonomy and independence,
- choice of presenting symptom; head ache, palpitations or sick child,
- choice of healer: General Practitioner, traditional healer or faith based assistance.

It is well established that many societies have definite rules about how a mother should behave in the 40 days that follow childbirth. The most commonly described custom is that practised in China ('doing the month') and Japan (satogeri – bunben). In Western Europe however the six week check up, baptism and extended stays in the maternity unit may in the past have similarly provided this social support and special status. These post partum rituals and constraints provided mandatory rest, social support and a sanctioned relief from household tasks and the end of this period of time was usually marked by a celebration and the resumption of family responsibility.

STERN and KRUCKMAN (1983) suggested that more emphasis should be given to the impact of the cultural patterning on the experience of post partum depression and that structured supportive post natal customs might protect against depression. It is interesting in this regard that the frequency of depression is less in cohesive traditional societies such as Uganda at the time of my study, Malta (FELICE, SALIBA, GRECH, COX 2006) and Japan (OKANO, NOMURA et al. 1991).

However in changing modern urban societies, such as Hong Kong and Tokyo (YOSHIDA, YAMASHITA et al. 2001) women are no longer protected against depression by social custom. CHAN, LEVY, CHEUNG, LEE (2002) found that depressed women in Hong Kong complained of feeling trapped and that the presence of the mother in law could increase stress. The depressed women described feeling ambivalent towards their baby and had thoughts of injuring or killing the infant. They also complained of lack of support.

In many countries the family structures within which children are born are changing as a result of urbanisation, new gender roles, contraception, secularisation and economic factors. These may lead to a greater uncertainty about the norms, values and customs which had surrounded child birth. Modern families may therefore lack the skills in parenting, so that professional help is needed to fill this knowledge gap. In the UK, for example, 30% of mothers are unmarried, 1 in 4 marriages end in divorce, the average age of the mother having her first baby is 35 years and grand parents are living longer and are more mobile so they may not have a sense of common purpose to provide instrumental support to step-children.

These changing family structures lead to discontinuity between generations causing 'break in women's knowledge' (FITZGERALD et al. 1998) and the mother is then more reliant on professional help and on information about childbirth from the media, friends or from educational videos.

The reason why non directive counselling by a health visitor was effective in at least a third of women with post-natal depression in our Scottish study (HOLDEN, SAGOVSKY, COX 1989) may be explained by this help replacing the support previously provided by the mother's own mother. Grandparents in modern societies may provide less assistance, and have no cultural or religious norms about childbirth to pass on. In this way cycles of cultural disconnection and deprivation can occur.

The findings from the European Transcultural study of Postnatal depression (OATES, COX et al. 2004) confirmed the importance of this cultural dimension to the definition and management of perinatal mental disorder in multi-cultural societies. Thus, although a morbid state of unhappiness was described in all study centres, the term 'post natal depression' was not used in Portugal, Switzerland or Uganda, and not by UK Asians. Social Support from family and in Europe friends, practical and emotional support from partners and having somebody to talk to were the most frequent remedies for depression that were mentioned.

The gender of the baby was of particular importance to the Asian women who regarded the birth of a girl as a cause of unhappiness. Mothers in law were likewise a cause of difficulty in almost all the cultures and countries studied. The explanation for this stereotype may be the 'splitting' that occurs between good and bad mother, and good and bad breast.

Maternal, Newborn and Child Health Services (MNCH)

The World Health Report 2005 (WHO 2005) 'Make every mother and child count' emphasised that improving the health of women and children is a core component of the Millennial Developmental Goal of poverty reduction. It recommends greater continuity between maternal and child health services, and the replacement of the familiar acronym MCH with MNCH (Maternal, Newborn and Child Health) because the care of the newborn has hitherto been neglected.

The report brings international attention to the high rates of maternal and infant mortality but does not fully consider mental health perspectives. There is 'No Health without Mental Health' and I would argue 'No reproductive health without mental health'. The integrated service delivery therefore, which brings together maternity, neonatal and child health services, can only achieve its development goal if more attention is given to enhancing the mental health of

the mother, and to the prevention and treatment of perinatal mental disorder.

In England the National Institute for Clinical Excellence have recently published guide lines on the prevention and treatment of puerperal psychosis and the management of antenatal and postnatal depression. Screening for postnatal depression is even mandated by legislation in New Jersey, USA and also occurs in Sweden, Australia and Scotland,

Summary

It is apparent that the treatment of antenatal and postnatal mental disorder, as well as a comprehensive understanding of aetiology, requires the health worker to be trained in dynamic and transcultural psychiatry.

This paper has shown that the 'dance' of the mother-infant dialogue is indeed the cradle in which the baby's neuronal network grows, the hypothalamic-pituitary axis is set and secure attachment facilitated. The birth event is a meaning-laden process for many, and is also sacred in the sense that ancestral spirits are invoked and themes of new life and baptism (naming) acknowledged.

When childbirth is complicated by mental disorder that impairs the quality of parenting and in particular the mother's ability to be attuned to her infant, care providers must bridge the brain/mind barrier, consider the use of all evidence based therapies, and understand the mother's own value systems. WINNICOTT from a developmental perspective suggested that midwives should, in addition to having technical skills, regard their patient as a person who was born, was once an infant, has played at mothers and fathers, has been scared at the developments that come at puberty, has experimented with new found adolescent urges and taken the plunge and has married (perhaps) and has either by design or by accident fallen with child. The midwife or other professional should also retain insight into their own personal experiences, and recognise when they impinge on patient care.

Thus this developmental perspective and the basic assumptions of psychoanalysis are of the utmost importance for the provision of a patient centred maternal, new born and child health service, and for the training of its work force.

There can be 'no reproductive health without mental health', nor can there be effective MNCH professionals who are unaware of their own values and beliefs. It is suggested that the bio-social / psycho-religious approach (BSPR) to maternity care, and to the therapy of a professional relationship, is indeed a

‘medicine of the person’ which can facilitate optimal management of these pervasive perinatal mental disorders.

Zusammenfassung

Die vorliegende Arbeit basiert unter anderem auf vergleichenden Studien aus den siebziger Jahren des 20. Jahrhunderts, die in Uganda und Europa durchgeführt wurden.

Es ist offensichtlich, dass die Behandlung von prä- und postnatalen, psychischen Störungen, sowie ein umfassendes Verständnis über deren Äthiologie von den in diesen Bereichen Tätigen eine Schulung in dynamischer und transkultureller Psychiatrie erfordert.

In diesem Vortrag wird dargestellt, dass die Dynamik des Mutter-Kind-Dialoges die Basis für die Entwicklung des neuronalen Netzwerkes, der hypothalamisch-hypophysären Achse sowie eine sichere Bindung des Säuglings ist.

Das Ereignis der Geburt ist von entscheidender Bedeutung für den Einzelnen, gleichzeitig ist sie auch heilig in dem Sinne, dass Geister der Vorfahren heraufbeschworen werden und dass das neue Leben getauft und anerkannt wird.

Wird die Geburt des Kindes durch psychische Störungen kompliziert, die die Fähigkeit zur Elternschaft und besonders die Möglichkeit der Mutter, sich auf ihr Kind einzustimmen, beeinträchtigt ist professionelle Hilfe gefordert. Diese soll die psychische Barriere überbrücken helfen, wobei alle effektiven Therapiemöglichkeiten genutzt werden sollten und gleich zeitig das Wertesystem der Mutter berücksichtigt werden muss. WINNICOTT empfahl, aus der Perspektive der Entwicklung, dass Hebammen neben ihrem technischen Können berücksichtigen sollten, dass ihre Patientin einst selbst geboren wurde, ein Kind war, Vater und Mutter spielte, Ängste vor den Entwicklungen in der Pubertät hatte, mit den neu gefundenen Bedürfnissen des Erwachsenseins experimentierte, sich möglicherweise entschied zu heiraten und entweder zufällig oder geplant schwanger wurde. Hebammen sollten Einsicht in ihre eigenen Erfahrungen bewahren und diese in Betracht ziehen wenn sie sich von der Pflege der Patientinnen abgestoßen fühlen.

Deshalb sind die Entwicklungsperspektive sowie die Grundlagen der Psychoanalyse äußerst bedeutsam für die patientenzentrierte Schwangeren-, Neugeborenen- und Kinderversorgung und für die Ausbildung der dort Tätigen.

Es kann weder Gesundheit in der Geburtshilfe ohne psychische Gesundheit

geben, noch können die Tätigen hilfreich sein, ohne sich ihrer eigenen Werte und Überzeugungen bewusst zu sein. Es wird dargestellt, dass die bio-soziale und psycho-religiöse Herangehensweise an die Mutterschaftspflege und an die professionelle Beziehung in der Tat eine 'Medizin der Person' ist, die eine angemessenen Umgangsweise mit diesen schweren, perinatalen, psychischen Störungen darstellt.

REFERENCES

- Ainsworth, M. H. (1963): The development of infant-mother interaction among the Ganda. In: Foss, B. H. (eds.): *Determinants of infant behaviour*; pp. 67-101. London: Methuen.
- Assael, M., Namboze, J., German, G., Bennett, F. (1972): Psychiatric disturbances during pregnancy in a rural group of African women. *Social Science and Medicine* 6:387-395.
- Bernazzani, O., Conroy, S., Marks, M. et al. (2004): Contextual assessemnt of the maternity experience: development of an instrument for cross cultural research. In: →Marks et al. (2004); pp. 24-30.
- Bifulco, A., Figueiredo, B., Guedeney, N. et al. (2004): Maternal attachment style and depression associated with childbirth; preliminary results from a European and US cross-cultural study. In: →Marks et al. (2004); pp. 31-38.
- Breen, D. (1975): *The birth of a first child*. London: Tavistock
- Brockington, I. (1996): *Motherhood and mental health*. Oxford: University Press
- Bunting, M. (2006): Behind the baby gap lies a culture of cntempt for parenthood. *The Guardian*, March 7
- Chan, S. W., Levy, V., Cheung, T. K. H., Lee, D. (2002): A qualitative study of the experiences of a group of Hong Kong Chinese women diagnosed with postnatal depression. *Journal of Advanced Nursing* 39(6):571-579
- Cox, J. L. (1979a): Amakiro; a Ugandan puerperal psychosis? *Social Psychiatry* 14:49-52
- (1979b): Psychiatric Morbidity and pregnancy: a controlled study of 263 semi rural Ugandan women. *British Journal of Psychiatry* 134:401-405
- (1983): Postnatal Depression; a comparison of African and Scottish Women. *Social Psychiatry* 18:25-28
- (1986): *Post Natal Depression: A guide for health professionals*. Edinburgh: Churchill Livingstone.
- (1996): Perinatal Mental Disorder; a cultural approach. *International Review of Psychiatry* 8:9-16.
- (1999): Perinatal mood disorders in a changing culture: a transcultural European and African perspective. *International Review of Psychiatry* 11:103-110
- Cox, J. L.; Connor, J. M.; Kendell, R. E (1982): Prospective study of the psychiatric disorders of childbirth by personal interview. *British Journal of Psychiatry* 140:111-117.
- Cox, J. L., Holden, J (2003): *Perinatal Mental Health: a guide to the Edinburgh Post Natal Depression Scale*. London: Gaskell Press
- Cox, J. L; Holden, J., Sagovsky, R (1987): Detection of Post Natal Depression; development of the 10 item Edinburgh Post Natal Depression Scale. *British Journal of Psychiatry* 150:782-786
- Deutsch, H. (1947): *Psychology of women. Motherhood*, vol. 2. London: Research Books
- Eisenbruch, M. (2000): Cambodian Concepts of Perinatal Mental Disorder: relevance to understanding western approaches to perinatal mental health. In: V. Skultans, J. Cox: *Anthropological Approaches*

- to Psychological Medicine; pp. 201-233. London: Jessica Kingsley
- Felice, E., Saliba, J., Grech, V., Cox, J. (2006): Validation of the Maltese version of the Edinburgh Postnatal Depression Scale. *Archives of Women's Mental Health* 9:75-80.
- Fitzgerald, M. H. et al. (1998): Hear our voices: trauma, birthing and mental health among Cambodian women. Sydney (New South Wales, Australia): Transcultural Mental Health Centre.
- Glover, V., O'Connor, T. G. (2006): Antenatal programming of child neurodevelopment: links with maternal stress and anxiety. In: 'Perinatal programming: early life determinants of adult health and disease'. In: D. M. Hodgson, C. L. Coe (eds): ; pp. 253-266. London, New York: Taylor, Francis.
- Goldberg, D., Cooper, B. et al. (1970): A standardised psychiatric interview for use in community surveys. *British Journal of Preventive and Social Medicine* 24:18-23
- Harris, B. (1996): Hormonal aspects of Post Natal Depression. *International Review of Psychiatry* 8:27-36
- Hay, D. F., Paulby, S., Sharp, D. et al. (2001): Intellectual problems shown by 11 year old children whose mothers had post natal depression. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry* 42:871-889
- Holden, J. M., Sagovsky, R., Cox, J. L. (1989): Counselling in a general practice setting: a controlled study of health visitor intervention in the treatment of postnatal depression. *British Medical Journal* 298:223-224
- Jones, I., Craddock, N. (2001): Familiality of the puerperal trigger in Bi-Polar Disorder; results of a family study. *American Journal of Psychiatry* 158:913-917
- Kumar, R. (1994): Postnatal Mental Illness; a transcultural perspective. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 29:250-264
- Marks, M. N. et al. (eds.) (2004): Transcultural study of Postnatal Depression (TCS –PND): Development and testing of harmonised research methods. *British Journal of Psychiatry* 184, Suppl. 46.
- Milgrom, J; Martin, P. R.; Negri, L. M. (1999): Treating Post Natal Depression; a psychological approach for healthcare practitioners. Chichester: Wiley
- Murray, L., Fiori-Cowley, A., Hooper, R. et al. (1996): The Impact of Post Natal Depression and Associated Adversity on early mother-infant interaction and later infant outcome. *Child Development* 67:2512-2526
- Oates, M. R., Cox, J. L. et al. (2004): Postnatal Depression across countries and cultures; a qualitative study. In: →Marks et al. (2004): pp. 10-17.
- O'Brien, I. M., Heycock, L., Hanna, P. W. et al. (2004): Postnatal Depression and faltering growth. *Paediatrics* 11:1242-1247.
- Okano, T., Nomura, J. et al. (1991): Cross-cultural study of the maternity blues and post partum depression. *Clinical psychiatry* 33:1051-1058
- Orley, J. H. (1970): Culture and mental illness: a study from Uganda. Makerere Institute of Social research East; African Publishing.
- Orley, J., Wing, J. K. (1979): Psychiatric Disorders in two African villages. *Archives of General psychiatry* 36:516-520.
- Patel, V., De Souza, N., Rodrigues, M. (2005): Postnatal Depression and infant growth and development in low income countries; a cohort study from Goa, India. *Archives of Diseases of the Child* 88:34-37
- Pitt, B. (1968): 'Atypical' depression following childbirth. *British Journal of Psychiatry* 114:1325-1335
- Raphael-Leff, J. (1985): Facilitators and Regulators; vulnerability to postnatal disturbance. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology* 4:151-168
- (1986): 'Where the wild things are' (lecture delivered at Keele Univ. in 1986; unpublished)

- (2001): Psychological processes of childbearing. Colchester (UK): CPS Psychoanalytic Publication Series
- Roscoe, J. (1911): The Baganda – an account of their native customs and beliefs. London: Macmillan
- Sandler, J., Dare, C., Holder, A. (1973): The patient and the analyst. : Allen, Unwin.
- Squire, S. Stein, A. (2003): Funcional MRI and parental responsiveness:a new avenue intoparental psychopathology and early partent-child interactions. Editorial. *British Journal of psychiatry* 183:481-483.
- Stern, G., Kruckman, L. (1983): Multidisciplinary perspectives on Postpartum Depression: An anthropological critique. *Social Science and Medicine* 17:1027-1041
- Whiffen, V. E., Johnson, S. M. (1998): An attachment theory framework for the treatment of child-bearing depression. *Clinical Psychology: Science and Practice* 5:478-491
- Yoshida, K., Yamashita, H. et al. (2001): Postnatal depression in Japanese mothers aand the reconsideration of Satogeri Bunben. *Pediatrics International* 43:189-193.
- WHO (World Health Organisation) (2005): The World Health Report 2005, ‘Make every mother and child count’. Geneva.

John L. Cox, D. M., FRCPsych., Prof. emeritus, Keele University (UK), Secretary General, World Psychiatric Association, Past President of the Royal College of Psychiatrists.

Author’s address: Keele University • Academic Psychiatry Unit • Stoke-on-Trent ST4 6TH • England

E-mail: johncox@wpanet.org, Johnl.cox@virgin.net

The Asymmetry of the Frontal Lobe Functions and the Fundamental Problems of Mental Health and Psychotherapy

Vadim S. Rotenberg (Tel Aviv, Israel)

The function of the right hemisphere is the holistic grasping of numerous interrelationships between objects and events. The function of the left hemisphere is the division of the reality on simple elements. The function of the right frontal lobe is the formation of the polysemantic context. Right frontal lobe determines the subject's integration in the polydimensional world. Polysemantic Self-Image plays a key function in defense mechanisms. The functional insufficiency of the right frontal lobe displays a general predisposition to mental or psychosomatic disorders. The task of psychotherapy is the restoration of the right frontal lobe functions.

Keywords: brain hemispheres, frontal lobe, mental health

The investigation of the brain asymmetry developed in two different directions. On the one hand, neurologists for a century and a half have collected data of the role of the local brain structures of both hemispheres in the realization of some definite mental and behavioral functions. This direction of investigations is now equipped with modern methods of brain investigation (like positron emission tomography; CRAIK, MOROZ, MOSCOVITCH 1999).

On the other hand, investigations on the bisected brain with divided hemispheres (SPERRY, GAZZANIGA, BOGEN 1969; GAZZANIGA 1970) stimulated many attempts to discover the most basic differences between hemisphere functions and to present a global concept of the brain asymmetry. In this article we are going to show that this second direction is not only a complimentary one to the first direction but even a part of it, because the most global functions that differentiate both hemispheres are functions of its frontal lobes.

The investigations performed on the epileptic patients with the bisected brain brought many unexpected data. It was shown that in these patients, even in right-handed subjects, the right hand cannot copy simple geometric figures, is unable to build simple constructions of child bricks, while the left hand performs all these tasks easily. With the closed eyes patient cannot recognize with the right hand even quite familiar object while the left hand is doing it immediately. If the information was presented to left visual field (right hemisphere)

the subject's behavior was relevant to the content of this information but subject was unable to explain the reasons of his/her behavior. Moreover, patients with bisected brain demonstrated periodically the behavioral signs of the inner motivational conflict that was not realized. Thus, one patient complained that he volitionally embraced his wife with his right hand (managed by the left hemisphere), and at the same time unexpectedly pushed her away with his left hand – story that in another condition in subjects with the undivided brain would brought immediately the psychodynamic interpretation.

The first attempts to interpret the data of the investigations performed on these patients were superficial and ignored the possible relationships of these data to the deep psychology. The most popular assumption proposed that brain hemispheres are dealing with the different types of information: left hemisphere is processing special signs like those present in natural and artificial languages while right hemisphere is processing the natural nonverbal information like images, melodies, intonations of voice, and is also responsible for the orientation in space and in subject's own body. This concept seemed to be confirmed by the outcomes of the organic damages of the left and right brain hemispheres. For instance, the damage of the left temporal lobe is accompanied by motor and sensory aphasia while the damage of the right parietal lobe is associated with the disorientation in space.

However, further investigations have shown that both hemispheres are able to deal with any kind of information (for details s. ROTENBERG 1993). More reasonable is the concept of GORDON (1978) and ZAIDEL (1984). According to these authors, the main function of the left hemisphere is the consequential analysis of any – verbal as well as nonverbal – information, while the function of the right hemisphere is the simultaneous 'grasping' of all elements of information in a holistic way. Such formation of the holistic image determines the comprehension of the object or event just before its consequential analysis.

However, what is really grasped in a holistic way by the right hemisphere? The answer on this question requires the consideration of some philosophical aspects.

Objective world we are dealing with in our every-day life contains not only objects, subjects and events. More important are numerous interrelationships between objects, subjects and events, real and potential. Exactly these interrelationships are making the objective world vivid, rich and dynamic. These interrelationships may be cooperative, complimentary or contradictory. Left and right hemispheres differ according to the way they are processing these interre-

relationships. Left hemisphere extracts few of them in order to split reality on simple elements and fragments and to analyze them in an ordered and consequential way. In contrast to it, right hemisphere grasps all interrelationships simultaneously and builds a holistic gestalt of objects or combinations of objects. The more frontal is the brain structure, the more complicated are its functions and the more prominent is the difference between the left and right side of the brain. Thus, both occipital lobes are responsible for simple visual sensation (simple light flashes, color, simple shapes) however the right hemisphere has an advantage in the process of comparison of the holistic units—for instance, in recognition whether two images are equal or one displays a mirror of another (FUNNELL, CORBALLIS, GAZZANIGA 1999).

The right temporal lobe is responsible for the perception of single objects (BELYI 1988) and for the recognition of words as united gestalts, while the left temporal lobe is responsible for the recognition of the word as a combination of single letters. The phonemic, syntactic and grammar organization of speech are functions of the left temporal lobe—this part of the brain is responsible for the discrimination of the single components of the speech and its hierarchy. Due to this function we are able to understand the difference between the expressions: ‘Peter was beating Alex’ and ‘Peter was beaten by Alex’.

The right temporal lobe is responsible for the discrimination of the voice intonations, for the discrimination of voices of genders – this discrimination is based on the holistic gestalt of the voice. The relevant understanding of poetry depends on the frontal part of the right temporal lobe. The right hemisphere produces more associations on the single verbal stimuli in comparison to the left one, including also very distant, indirect associations (CHIARELLO 1998; CHERNIGOVSKAYA, DEGLIN 1986). The right temporal lobe assimilates holistic melodies while the left temporal lobe is sensitive to the definite patterns in music like rhythm.

The right parietal lobe is responsible for the perception of groups of objects (like pictures with a plot simple scenes) while the left parietal lobe is responsible for calculation of objects and for the fragmentation of reality (BELYI 1988). The performance of the strict and precise movements is under the competence of the left parietal lobe, while the coordination of different movements that determines the harmony of the nonverbal behavior is regulated by the right parietal lobe. The frontal part of the left parietal lobe is responsible for the direction of attention towards the definite single objects while the symmetrical part of the right hemisphere is responsible for the attention toward the broad

unrestricted space. Left hemisphere accepts information only from the right visual field and frontal structures of the right hemisphere collect information from the both visual fields (WEINTRAUB, MESULAM 1987; HEILMAN, WATSON, VALENSTEIN et al. 2003; CORBETTA, KINCADE, SHULMAN 2002). As a result the damage of the frontal part of the right hemisphere causes the ignorance of the left part of the space while the damage of the left hemisphere does not cause the ignorance of the right part of the space. It is the right hemisphere that determines the alteration of attention when some rare and unexpected stimulus suddenly appear (DOWNAR, CRAWLEY, MIKULIS, DAVIS 2002).

Right prefrontal area is responsible for the recognition of complicated images like human faces and right parietal lobe recognizes emotional expressions (SCHORE 2003; WAGER, PHAN, LIBERZON, TAYLOR 2003). Somebody is convinced by the emotional nonverbal expression only when all components of this expression (mimic, hand movements etc.) are forming in a holistic gestalt. At the same time, the language of deaf-and-dumb persons is a function of the left temporal lobe, although it is a nonverbal language, because every single sign in this language has to be understood according to its precise and unambiguous meaning.

If the left hemisphere is damaged on the early stage of maturation, the right hemisphere can compensate its verbal functions. Moreover, the partial restoration of speech perception after the left temporal insult in adults also depends on the compensatory contribution of the right hemisphere. However, if the right hemisphere is damaged on the early stage of maturation the left hemisphere is unable to compensate the deficiency in space orientation. It means that the right hemisphere has some advantages in comparison to the left one even on the early stages of human ontogenesis (SAUGSTAD 1998).

The contribution of the both hemispheres in memory is also different (ROTENBERG, WEINBERG 1999). Right hemisphere is responsible for the episodic memory, memory of personally relevant events, and this memory is based on the strong collaboration between the right hemisphere and the limbic system (MARKOWITSCH 1995). It depends on numerous interrelationships between single events what makes this memory rich and resistant to the local damage of the brain.

Left hemisphere is responsible for the declarative memory based on the single linear interconnections between memory units. It is like a combination of numerous more or less independent single nets.

By taking into consideration all the abovementioned data, it is possible to

conclude that the common function of the all structures of the right hemisphere is the holistic approach to the world based on the simultaneous grasping of numerous interrelationships between its features and synthesis of these features. The opposite approach that contains the division of the reality on simple elements and its analysis according to the definite algorithms characterizes the left hemisphere structures and achieves its highest level in the left frontal lobe. Frontal 'left-hemispheric' logical way of thinking so organizes any sign material (whether symbolic or iconic) as to create a strictly ordered and unambiguously understood monosemantic context. This context is using only few definite connections between the multiform objects, phenomena and events in order to avoid any internal contradictions. By forming this monosemantic context subject builds a pragmatically convenient but simplified model of reality (including the reality of humans social relationships) that can be consciously recognized.

The monosemantic context is a basis of:

1. Unambiguous understanding of people each other in the process of communication by using natural and artificial languages.
2. Probability forecasting and expectations
3. Cause-and-effect relationships
4. Categorization
5. Vector of time

Here are two simple illustrations how this monosemantic context is working:

- a. Most words in the dictionary have different meanings however in the sentence (if it is not a poem) a particular word has usually only one definite meaning. It happens because in the sentence most of the single word's potential relationships with other words and notions (absent in this sentence) are cut off.
- b. A so-called 'Kuleshov effect' in cinema: the same human face surrounded by the plates with food vs. near the coffin is perceived subjectively as displaying opposite emotional expressions.

The frontal lobe of the left hemisphere is responsible for the formation of the Self-Concept, it means for the subject's ability to separate himself from the world, for the conscious self-realization and for the ability to perceive himself / herself as an object with different characteristics.

Verbal communication, logical way of thinking and consciousness have been

considered by psychologists to be the highest mental functions and consequently the frontal lobe of the left hemisphere for a long period had a reputation of the most high developed part of the brain.

At the same time the functional meaning of the symmetrical right part of the brain – right frontal lobe – remained unknown and ambiguous until the very recent period.

However, during the last decades have been collected data that the fronto-orbital part of the right hemisphere is responsible for the very complicated mental functions that characterize only humans. These functions include:

1. Feeling of empathy (SHAMAI-TSOORI, TOMER, BERGER, AHARON-PERETZ 2003)
2. Sense of humor (WINNER, GARDNER 1977)
3. Understanding of metaphors (WAPNER, HAMBY, GARDNER 1981).
4. Theory of mind – an ability to understand how other people understand you in the process of communication (PLATEK, KEENAN, GALLUP, MOHAMMED 2004).
5. Creativity

Finally, frontal and fronto-orbital parts of the right hemisphere are responsible for the holistic self-recognition (DECETY, CHAMINADE 2003) and for the formation of the Self-Image (CRAIK, MOROZ, MOSCOVITCH et al. 1999; KEENAN, WHEELER, GALLUP 2000; KEENAN, NELSON 2001; DECETY, SOMMERVILLE, 2003). Right hemisphere lesions disrupt sense of self, self-recognition and Ego boundaries.

Self-Image is an integrative and holistic self-presentation not divided on parts and components. It cannot be totally consciously realized being polydimensional and too complicated to be represented in a monosemantic way. Actually its formation is based on numerous interrelationships between the subject and his/her significant others, not only those who are surrounding him/her in the present but also those who appeared in his/her life in the past, starting from the early childhood; it includes also the relationships between the subject and different cultural domains, like the impressions evoked by literature, art, cinema etc. The damage of the temporo-parietal cortex of the right hemisphere causes the Cotard syndrome – a feeling that subject does not exist (s. PEARNS, GARDNER-THORPE 2002).

Self-Image is more rich than the Self-Concept; it actually includes Self-Con-

cept as a part of it and is the most important characteristic of the subject that determines the choice of behavioral attitudes and alternatives in the complicated and contradictory situations and is strongly related to the psychological defense mechanisms (see later). Twenty-five years ago I have proposed that this very important psychological structure (not less important than the consciousness and human speech) is localized in the right hemisphere and now it is confirmed. (ROTENBERG 1982) Self-Image is very similar to the AMMON's notion of identity.

How to integrate, on the theoretical level, all the abovementioned highest functions of the frontal part of the right hemisphere? We suggest that in contrast to the formation of the monosemantic context by the left frontal lobe, the function of the right frontal lobe is the formation of the polysemantic context. In this context the individual facets of images interact with each other on many semantic planes simultaneously, and the whole is not determined by its single components: all specific features of the whole are determined only by interrelationships of these components.

The holistic entity of the right hemisphere activity transforms in the polysemantic entity only after the formation of the monosemantic context and only in contrast to this context.

Here are some illustrations of the polysemantic context.

1. Sleep dreams. The verbal reports of dreams are usually less impressive and have less meaning than the vivid images of dreams by itself, and not only for others who are listening these reports, but even for the subject himself because the impression evoked by dreams is caused by the numerous (and often contradictory) interrelationships between dream images that cannot be comprehensively expressed in the verbal report that is following the rules of the monosemantic context.
2. Creative works of art, poetry etc.
3. Emotional expression and its recognition (ADOLPHS, TRANEL, A. DAMASIO, H. DAMASIO, 1994) – subject cannot explain in words without the substantial failure why he/she loves somebody.

Due to the activity of the frontal part of the right hemisphere fuzzy categories like 'near', 'far', 'beautiful' are subjectively understandable but it is difficult to explain them verbally. In the statement of the St. Austin "I know exactly what is space and time only until I am asked about these topics" knowledge he is speaking about is the right hemisphere knowledge.

The same regularity characterizes the difference between Self-Image and Self-Concept. Subject can describe himself verbally in details (self-concept) however something substantial what really makes this subject unique (self-image) would be lost. The subject's statement, "I can't accept this proposition I do not know why", reflects the interference of Self-Image. RASKOLNIKOV (from DOSTOYEVSKY) on the conscious level suggested that it is reasonable and just to kill the old women who makes a profit on the expense of poor people, and that he is ready to do it. However, according to the text, when he started to kill her he seemed to be in the altered state of consciousness and not very good understood what he is doing (like in dream) and just after this criminal action he was very confused and unable to overcome a feeling of guilt. It was a voice of his Self-Image that was not convinced by the reasons of the Self-Concept.

It is necessary to take into consideration that 'holistic' is not a synonymous of 'polysemantic'. All the previously described structures of the right hemisphere, except of the frontal lobe, are grasping the reality in a holistic way but the formation of the polysemantic context is the function of only the right frontal lobe as an attempt to overcome the restriction of the monosemantic context created by the left frontal lobe, and only in front of this monosemantic context. For the right hemisphere by itself this dichotomy between mono-and polysemy has no sense.

The different functions of the left and right frontal lobe can explain some phenomena in social psychology. In the investigations performed under the supervision of Prof. J. KUHL (BAUMANN, KUHL, KAZEN 2005) was shown that even a very simple activation of the left hemisphere (by using physical exercises performed with the right hand) determines in healthy subjects the 'infiltration' in the consciousness of the suggestions of the authority ('boss') and these suggestions are mistakenly estimated by the subject as his/her own voluntary choice. By activation of the right hemisphere such infiltration is blocked. This infiltration differs from the real voluntary integration of the suggestion because it is accepted on the formal, although conscious, level, and may at the same time cause rejection on the unconscious level, however this rejection is suppressed and repressed. It is possible to suggest that inability to perceive the holistic picture of the reality caused by the hyperactivation of the left frontal lobe makes person not protected in front of the suggestion. It can be a mechanism of the manipulation with the consciousness of the 'left-hemispheric' subjects regularly performed by mass-media. These data correspond with data of the same group (KUHL, KAZEN, in press) that in subjects with the activated left hemis-

phere motives of affiliation and emotional attachment are less prominent than motives of social domination, while the opposite happens by activation of the right hemisphere. The social hierarchy is especially important for the left hemisphere.

Our general statements have been recently confirmed by the discoveries of the ontogenesis of the brain laterality and of the maturation of the brain (s. SAUGSTAD 1998; SCHORE 2003).

On the first two years after the birth child is characterized by the domination of the right hemisphere. It displays itself in the ability to discriminate mother's voice from any other sounds and mother's face from any other objects, and to encode, according to intonation of the voice and face expression, the mother's attitudes towards the child. Already on the forth day after the birth child is able to recognize mother's voice. Generally speaking, the domination of the right hemisphere (the early development of the right occipital, temporal and parietal lobes) determines the ability of the child to grasp the reality as a holistic entity before any detailed analysis is available, to feel himself as being an integrated part of the world and to form a general attitudes towards the environment: whether it requires approach or avoidance. Such decision is essential for adaptation and even for survival.

Interestingly, it is a system with a positive feedback: the neuronal connections (nets) in the right hemisphere are developing in the process of the emotional relationships with mother and under its influence (SCHORE 2001).

The initial verbal communicative skills appear exactly in the same period between the 18 and 24 months, when the right hemisphere dominates, and for this reason it is not surprising that after the early damage of the left hemisphere the right hemisphere is able to take the responsibility for the verbal communication. Partly it is reliable even in the adulthood, after the functional left hemispherectomy (TRUDEAU, COLOZZO, SYLVESTRE, SKA 2003). This early skills of the right hemisphere to process the verbal material have presumably a long-lasting consequences: I have proposed (ROTENBERG 2001) that the inner speech of adults represents the organization of the verbal material according to the rule of the polysemantic context. It corresponds with the idea of VIGOTSKY that the inner word (the basis of the inner speech) represents, on the one hand, a precise and definite meaning of the object (as a conditional sign), while on the other hand incorporates numerous senses of the other, previous and consequent words, thus tremendously enlarging the boards of its own meaning. Actually it is a metaphor of the polysemantic net of senses. The translation of the inner

speech into the communicative speech means a translation from the right hemisphere polysemantic context to the left hemisphere monosemantic.

After the second or third year of life the left hemisphere starts developing more actively than the right one. In the school years the left hemisphere starts to dominate (in Western culture countries). It is not only the development of language but first of all the development of the left hemisphere way of thinking that determines the distinguishing of self from social environment. The final point of this development is the maturation of the left frontal lobe and the formation of the self-concept and the conscious model of reality. It is very important for a person's adaptation in society, for volitional behavior, but the domination of the left frontal lobe has also some serious disadvantages: it brings a subject the feeling of separation from the world that can achieve the level of the opposition to the world. It brings also a feeling of disintegration of the world divided into numerous pieces and details. In order to feel himself comfortable and to be successfully integrated into the polydimensional world a person on this level has to overcome the restrictions of monosemantic context. Subjects require a new step, a new level of integration that is different from the initial and relatively primitive integration in the world typical for early childhood when a subject still had no experience of the separation of the self from the world. This new level of integration is based on the function of the right frontal lobe that is the last structure of the brain to be matured.

It is a difference in brain maturation between genders. In women the maturation of the left hemisphere starts earlier and the final maturation of the both frontal lobes achieves its highest point earlier than in men. In men the maturation of the right frontal lobe is delayed in comparison to women (s. SAUGSTAD 1998).

In the context of the abovementioned statements, it is possible to give a new interpretation of the Bible story of the fruit eating that was the reason why Adam was pushed from the Paradise. A concept that Adam was punished because he has done it without permission and prematurely is not very convincing because according to the classical Jewish Bible the initiative and the own choice is what G-d is waiting from the man. Adam was in Paradise in the condition of the childhood, he does not separate himself from the environment, like it happens in childhood. Every his intention was immediately carried out in action how it really happened in small children when they are not restricted in their activity. Such condition being prolonged had no chance to change by itself.

My explanation is the following one. Adam was in a childish paradise without self-consciousness, without the ability to analyze the environment and to separate oneself from it. It corresponds to the initial domination of the right hemisphere. For the further maturation it is necessary to make the next step. After eating a fruit Adam started to realize himself and found himself in front to a real world with all its contrasts, contradictions and conflicts. He found himself different from Eva and in the new relationships with her, he found that both of them are nude (what means a critical view on himself and on Eva). He found a holistic world to be broken in pieces like it happened when the logical-analytical approach dominates. Thus by eating a fruit (presented by Eva – women are characterized by the earlier left brain maturation) Adam has pushed himself from the childish Paradise where everything is in harmony – in order to become adult and to perceive and analyze the reality and himself in a proper way. It was an unavoidable step of maturation. However, to find himself in the decomposed world the subject is not integrated in is very stressful. Subject requires a new integration that corresponds to the creativity and to the polysemantic view on the world that overcomes the restriction of the pure analytical view. To come to this new level of integration requires a lot of efforts. Thus this Bible story corresponds with the modern view on brain maturation.

The longer is the process of the maturation of the structure in ontogenesis, the higher level achieves the function performed by this structure. The delay of the maturation of the right frontal lobe presents an advantage to the men in the development of the polysemantic way of thinking displayed, for example, in the level of creative skills. However, this long maturation can have also some negative consequences: the longer is the period of maturation, the longer is the period of the increased vulnerability of the structure that is sensitive to any types of damage – infection, physical and psychological trauma. Thus the longer process of maturation of the brain in men may explain the relatively higher number of serious mental disorders like schizophrenia. Even the subtle damage of the right frontal lobe during stress before its final maturation may disturb the integration in the world and the formation of the defense mechanisms.

In front of many different concepts, it is reasonable first of all to determine the main function of the defense mechanisms. I do not agree that this function is to prevent the realization of any negative emotional feelings. It would be maladaptive because subject has to cope with events that cause such feelings and often has such opportunity. I suppose that the task of defense mechanisms is to prevent the disintegration of the self and of the goal oriented holistic beha-

avior, and for these reasons they prevent the realization of only those information that may cause such disintegration. However, by accepting this view we are not avoiding the well-known paradox: how defense mechanisms that are functioning out of the consciousness are protecting consciousness and take into consideration its needs? I suppose that the concept of self-image localized in the right frontal lobe can solve this paradox. As we have stressed, it belongs to the kingdom of the unconsciousness but at the same time incorporates among others also the conscious attitudes (self-concept is a part of the self-image, is integrated in the self-image which is the highest instance of personality). Thus it represents consciousness in the domain of unconsciousness. On the other hand, right hemisphere displays attention to the both sides of space and collects all information and all possible interrelationships between facets of information (WEINTRAUB, MESULAM 1987). Moreover, right hemisphere has an advantage in the speed of information processing. (SCHWEINBERGER, SOMMER 1991). Thus self-image is able to grasp and to estimate information on the unconscious level before its realization, and to decide what is relevant for the consciousness and what is not. The latter is not allowed to enter the consciousness (by mean of repression).

The perceptual defense (denial) is another mechanism. On the first glance it is also paradoxical in its nature: in order to increase the threshold of perception for the inappropriate information and not to allow only this information to be accepted by the brain, the latter has to decide what information has to be blocked, so it has to be somewhere informed about this information. This paradox may be one of the reasons why this defense was denied by some authors or mixed with repression by other. However, it is possible to give a reasonable explanation for this mechanism. Brain estimates any information in the context of the previously formed model of reality with expectations based on the previous experience. Brain is able to use probability forecast to predict whether the present information that is not destructive by itself can be followed (and was previously statistically significant followed) by the dangerous information the subject has to be protected from. Thus the relatively neutral information in the particular context may be estimated as a sign for increasing the perceptual threshold.

One clinical case confirms this theoretical assumption. Once I spoke with my friend known as being very suspicious and vulnerable according to the health problems. He was worrying at that time about a small furuncle on his face and asked me whether I suppose it can be dangerous. In a psychotherapeutic way I

explained him that it is not a problem *et al*, and that it is quite enough to use iodine for few days. However, for occasion another person heard our conversation and he interfered with the following message: "O, you have not to be so sure and irresponsible. One if my friends had a similar furuncle, it increased, an inflammation developed, a blood-poisoning appeared, and he died from encephalitis." I was really shocked by this sudden comment and became so confused that I reacted in a stupid way: "O, what are you saying? Even died? Incredible!" And suddenly my friend asked me with a great surprise: "Who died? Why you are speaking about death? Has somebody mentioned death?" It was obvious that he missed the most terrible part of the message. How can this be explained? My friend applied to me with his worries being sure that I will calm him down as usually. When another person, a stranger, started his speech with the attention eliciting phrase, "Don't be so sure etc." and afterwards started to tell the story, it was a sign that something inappropriate can come up that can frustrate my friend. According to this sign his perceptual threshold increased and he actually missed the most frightening end of the story. However when I have opened my mouth and started to speak the perceptual threshold immediately dropped, because from me, according to the previous experience, he expected only positive information. And suddenly he heard my confused reaction: "Even died?" being at that moment unprotected by the perceptual defense.

This means, that first of all the perceptual defense really exists – if it would be a repression, my sentence would be also repressed. Secondly, this defense is not perfect enough: if the (monosemantic) context does not contain relatively neutral but predictive information, subject is not protected enough. On the other hand, the information that is really not predictive can be for occasion estimated as a signal one, as a result the perceptual defense can be activated and subject can loose some important information that does not require defense.

The role of the right frontal lobe in the formation of self-image, in the relevant integration in the polydimensional world by the mean of the polysemantic way of thinking and in defense mechanisms can explain the development of mental and psychosomatic diseases in subjects with the deficiency of the right frontal lobe function. Subject with such deficiency find himself unprotected in front of the complicated and contradictive reality.

The main mental and psychosomatic diseases are characterized by the right hemisphere dysfunction. In schizophrenia such dysfunction represents itself in the deficiency of the following functions: perception of facial emotional ex-

pression (BOROD, MARTIN, ALPERT, BROZGOLD, WELKOVITZ 1993); visuo-spatial task performance (GABROVSKA-JOHNSON, SCOTT, JEFFRIES et al. 2003); ability to grasp global forms; clumsy behavior; general deficiency and the disintegration of self-image (s. ROTENBERG 1994); affective blunting; lack of empathy; inability to create a polydimensional picture of the world.

Depression is also characterized by the deficient right frontal functions (BENCH, FRISTON, BROWN et al. 1992; ROTENBERG 2004): inability to interpret the nonverbal information (facial expression, voice prosody, gestures), poor face recognition, less vivid imagery, lack of dream reports, lack of cognitive flexibility. A common factor in mental and psychosomatic disorders is alexithymia that is presumably a sign of the right hemisphere deficiency (ROTENBERG 1995).

Thus, the main task of psychotherapy is the restoration of the patients' right frontal lobe skills, the polysemantic way of thinking. It is a common place that the basis of any form of psychotherapy is the emotional empathy between the psychotherapist and the client. Speaking in our terms, this empathy is the first thread that restores the violated vivid and polysemantic relationships between the client and the world. For this reason, the scale of the psychotherapists' personality has to be at least as high as the scale of the personality of the client. Although the concrete forms are less important than this basis, it is possible to show that very different forms of psychotherapy have common roots related to the right frontal lobe functions: art therapy, dance therapy and music therapy are activating the right hemisphere skills and creativity. Altered states of consciousness very often used in psychotherapy like meditation, yoga, and hypnosis are activating the same structures of the brain (ORNSTEIN 1972; ROTENBERG, ARSHAVSKY 1995). Positive social energy in the process of group therapy according to G. AMMON is actually based on the vivid net of polysemantic interrelationships between group members. Even in classical psychoanalysis the analytical intervention by itself is secondary, while dream reports and free associations are directly stimulating and developing the right hemisphere skills. I suggest that it is more important than the analytical interpretation of dreams and associations. It is not an occasion that from session to session in psychoanalysis as well as in other forms of psychotherapy the length of dream reports and the number of free associations increases, and it is a sign of the success of psychotherapy. It is important for the mental health restoration by itself, does not matter how correct are the interpretations presented by the therapist. I have come to the conclusion that the classical statement of psychoanalysis: 'Cure

through the realization of complexes and repressed wishes' has to be replaced by another statement: 'Realization of the complexes and previously repressed wishes through the cure based on the activation of the polysemantic way of thinking. And as result – through the reintegration of the subject in the polydimensional world.' Only after this reintegration is achieved step by step, subject does not need more massive repression for the protection of the self-image and integrative holistic behavior, and as a result subject can realize some problems that previously paralyzed him.

Die Asymmetrie der Funktionen des rechten Gehirnlappens im Zusammenhang mit fundamentalen Problemen psychischer Gesundheit und Psychotherapie

Vadim S. Rotenberg (Tel Aviv, Israel)

Die gemeinsame Funktion aller Strukturen der rechten Gehirnhemisphäre ist der ganzheitliche Zugang zur Welt, basierend auf dem simultanen Erfassen ungezählter Verbindungen zwischen Merkmalen und Merkmalssynthesen. Der gegenteilige Zugang beinhaltet die Fragmentierung der Realität in einfache Einheiten und deren logische Analyse. Diese Aufgabe kommt in weiten Teilen den Strukturen der linken Hemisphäre zu. Die linkshemisphärische Aktivität zur Organisation der Realität kennzeichnet die Herstellung eines monosemantischen Kontextes:

- pragmatisches, vereinfachtes Modell der (sozialen) Realität,
- unmissverständliches Verstehen von Kommunikation,
- Erwartungen, Wahrscheinlichkeitsvoraussagen, Kategorisierungen,
- lineare Zeitvorstellungen.

U. a. ist der linke Vorderlappen auch für die bewusste Selbstwahrnehmung zuständig, von der der Autor das stärker rechtshemisphärisch synthetisierte Selbstbild abhebt.

Erst in jüngsten Forschungen wurden die Funktionen der rechten Hemisphäre und damit auch des rechten Vorderlappens beschreibbar (polysemantischer Kontext):

- Empathiefähigkeit,
- Sinn für Humor,

- metaphorisches Verstehen,
- 'Theory of Mind',
- Kreativität.

Läsionen dieser Region führen zu Selbstverlust und Verlust des Selbstbildes. Vor allem bei letzterem handelt es sich um ein polysemantisches Geschehen, einem Beziehungsgeschehen, mit Vergangenheits-, Gegenwarts-, und Zukunftserleben in einem biographisch-kulturellen Rahmen. Diese Vorstellung entspricht dem Identitätskonzept G. AMMONS, mit einer vorwiegend im Unbewussten liegenden Identitätsstruktur. Von den holistischen Funktionen der rechten Gehirnhemisphäre nimmt ROTENBERG den rechten Frontallappen aus. Dieser stelle einen polysemantischen Kontext in Überwindung und Konfrontation mit dem monosemantischen Kontext des linken Frontallappens her. ROTENBERG untersucht die psychische Schutz- und Abwehrfunktion eines polysemantischen Kontextes, in Bezug auf nicht integrierbare monosemantische Inhalte (psychische Traumatisierungen). In diesem Sinne können psychische und psychosomatische Erkrankungen als Dysfunktionen des rechten Frontallappens (Unfähigkeit einen polysemantischen Kontext mit Schutz und Abwehrfunktion herzustellen) auch auf gehirnhysiologischer Ebene erfasst werden. Unterlegt durch einschlägige Studien sieht er beispielsweise bei der Schizophrenie die Dysfunktionalität des polysemantischen Kontextes durch eine Unfähigkeit der Wahrnehmung von emotionalen Gesichtsausdrücken, dem Fehlen von Empathie, der Desintegration des Selbstbildes, bei der Depression, in einer Unfähigkeit nonverbale Informationen zu interpretieren, Fehlen kognitiver Flexibilität, geringem lebendigem Vorstellungsvermögen und schließlich bei alexithymen Phänomenen als gegeben an.

Psychotherapie hat eine reparative Aufgabe, was die Wiederherstellung der Fähigkeiten des rechten Frontallappens und damit des polysemantischen Denkens betrifft. Basis hierfür ist die emotionale Empathie des Therapeuten, das Herstellen polysemantischer Verknüpfungen in der Welt des Patienten. Ein therapeutisches Feld dieser Art kann in allen Arten von verbalen und nonverbalen Einzel, und Gruppentherapien mit einem integrativen Ansatz geschaffen werden.

REFERENCES

- Adolphs, B.; Tranel, D.; Damasio, H.; Damasio, A. (1994): Impaired recognition of emotion in facial expressions following bilateral damage to the human amygdala. *Nature* 372:669-72.

- Baumann, N.; Kuhl, J.; Kazen, M. (2005): Left-hemispheric activation and self-infiltration: Testing a neuropsychological model of internalization. *Motivation and Emotion* 29:135-163.
- Belyi, B. I. (1988): The role of the right hemisphere in form perception and visual gnosis organization. *Intern. J. Neuroscience* 40:167-180.
- Bench, C.; Friston, K.; Brown, R.; Scott, L.; Frackowiak, R.; Dolan, R. (1992): The anatomy of melancholia: focal abnormalities of cerebral blood flow in major depression. *Psycholog. Medicine* 22:607-615.
- Borod, J.; Martin, C.; Alpert, M.; Brozgold, A.; Welkovitz, J. (1993): Perception of facial emotion in schizophrenic and right-brain damaged patients. *Journal of Nervous and Mental Diseases* 181:494-502.
- Chernigovskaya, T. V.; Deglin, V. L. (1986): Brain functional asymmetry and neural organization of linguistic competence. *Brain and Language* 29:141-153.
- Chiarello, C. (1998): On codes of meaning and the meaning of codes: semantic access and retrieval within and between hemispheres. In: M. Beeman, C. Chiarello (Eds.) (1998): Right hemisphere language comprehension: Perspective from cognitive neuroscience; pp. 141-160. Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Corbetta, M.; Kincade, J. M.; Shulman, G. L. (2002): Neural systems for visual orienting and their relationships to spatial working memory. *J. Cogn. Neurosci.* 14:508-523.
- Craik, F.; Moroz, T.; Moscovitch, M.; Stuss, D.; Winocur, G.; Tulving, E.; Kapur, S. (1999): In search of the self: a positron emission tomography study. *Psychological Science* 10:26-34.
- Decety, J.; Chaminade, Th. (2003): When the self represents the other: A new cognitive neuroscience view on psychological identification. *Consciousness and Cognition* 12:577-596.
- Decety, J.; Sommerville, J. (2003): Shared representations between self and other: a social cognition neuroscience view. *Trends in Cognitive Science* 7:527
- Downar, J.; Crawley, A.; Mikulis, D.; Davis, K. (2002): cortical network sensitive to stimulus salience in a neutral behavioral context across multiple sensory modalities. *J. Neurophysiol.* 87:615-620.
- Funnell, M.; Corballis, P.; Gazzaniga, M. (1999): deficit in perceptual matching in the left hemisphere of a callosotomy patient. *Neuropsychologia* 37:1143-1154.
- Gabrovska-Johnson, V.; Scott, M.; Jeffries, S.; Thaker, N.; Baldwin, R.; Burns, A.; Lewis, S.; Deakin, J. (2003): Right hemisphere encephalopathy in elderly subjects with schizophrenia: Evidence from neuropsychological and brain imaging studies. *Psychopharmacology (Berlin)* 169:367-375.
- Gazzaniga, M. S. (1970): The bisected brain. New York: Appleton.
- Gordon, H. (1978): Left hemisphere dominance for rhythmic elements in dichotomically presented melodies. *Cortex* 14:58-70.
- Heilman, K. M.; Watson, R. T.; Valenstein, E. (2003): Neglect and related disorders. In: Heilman, K. M.; Valenstein, E. (Eds.) (2003): Clinical Neuropsychology; pp. 296-346. London: Oxford Univ. Press.
- Keenan, J. P.; Nelson, A.; O'Connor, M.; Pascual-Leone, A. (2001): Self-recognition and the right hemisphere. *Nature* 409:305.
- Keenan, J. P.; Wheeler, M.; Gallup, G. Jr.; Pascual-Leone, A. Self-recognition and the right prefrontal cortex. *Trends in Cognitive Sciences*, 2000, 4:338-344.
- Markowitsch, H. (1995): Anatomical basis of memory disorders. In: M. S. Gazzaniga (Ed.) Cognitive neuroscience (pp. 765-779). Cambridge, MA: MIT Press.
- Ornstein, R. (1972): The Psychology of Consciousness. San Francisco: Freeman.
- Pearn, J.; Gardner-Thorpe, C. (2002): Jules Cotard (1840-1889). His life and the unique syndrome which bears his name. *Neurology* 58:1400-1403.
- Platek, S.; Keenan, J.; Gallup, G. Jr.; Mohamed, F. (2004): Where am I? The neurological correlates of self and other. *Brain Res. Cogn. Brain Res.* 19:114-122.
- Rotenberg, V. S. (1982): Funktionale Dichotomie der Gehirnhemispheres und die Bedeutung der Such-

- aktivitat fur Physiologische und Psychopathologische Prozesse. In: G. Ammon (ed.) (1982): Handbuch der Dynamische Psychiatrie. Vol. 2; pp. 275-335. München: Ernst Reinhardt.
- (1993): Richness against freedom: two hemisphere functions and the problem of creativity. *European Journal For High Ability* 4:11-19.
- (1994): An integrative psychophysiological approach to brain hemisphere functions in schizophrenia. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews* 18:487-495.
- (1995): Right hemisphere insufficiency and illness in the context of the search activity concept. *Dynamische Psychiatrie/ Dynamic Psychiatry* 150/151:54-63.
- (2001): Dreams, Hypnosis and Brain Activity. Moscow: Center of Humanitarian Literature (in Russian).
- (2004a): The peculiarity of the right-hemisphere function in depression: solving the paradoxes. *Progress. Neuro-Psychopharmacology & Biological Psychiatry* 28:1-13.
- (2004b): The ontogeny and asymmetry of the highest brain skills and the pathogenesis of schizophrenia. *Behavioral and Brain Sciences* 27:863-864.
- Rotenberg, V. S.; Arshavsky, V. V. (1995): The “entropy” of right hemisphere activity and the restorative capacity of image thinking. *Journal of Mental Imagery* 19:151-160.
- Rotenberg, V. S.; Weinberg, I. (1999): Human memory, cerebral hemispheres, and the limbic system: A new approach. *Genetic, Social and General Psychology Monographs* 125:45-70.
- Saugstad, L. F. (1998): Cerebral lateralization and rate of maturation. *Intern. J. Psychophysiology* 28:37-62.
- Schore, A. (2001): The effects of early relational trauma on right brain development, affect regulation, and infant mental health. *Infant Mental Health Journal* 22:201-26.
- (2003): Affect regulation and the repair of the self. New York, London: Norton.
- Schweinberger, S. R.; Sommer, W. (1991): Contributions in stimulus encoding and memory search to right hemisphere superiority in face recognition: behavioral and electrophysiological evidence. *Neuropsychologia* 29:389-413.
- Shamai-Tsoori, S. G.; Tomer, R.; Berger, B. D.; Aharon-Peretz, J. (2003): Characterization of empathic deficits following prefrontal brain damage. The role of the right ventromedial prefrontal cortex. *Journal of Cognitive Neuroscience* 15:324-337.
- Sperry, R.; Gazzaniga, M.; Bogen, I. (1969): Interhemispheric relationships: the neocortical commissures, syndromes of hemisphere disconnection. In: *Handbook of Clinical Neurology*, pp. 273-290, Amsterdam: .
- Trudeau, N.; Colozzo, P.; Sylvestre, V.; Ska, B. (2003): Language following functional left hemispherectomy in a bilingual teenager. *Brain and Cognition* 53:384-388.
- Wager, T. D.; Phan, K. L.; Liberzon, I.; Taylor, S. F. (2003): Valence, gender, and lateralization of functional brain anatomy in emotion: a meta-analysis of findings from neuroimaging. *Neuroimage* 19:513-531.
- Wapner, W.; Hamby, S.; Gardner, H. (1981): The role of the right hemisphere in the apprehension of complex linguistic material. *Brain and Language* 14:15-33.
- Weintraub, S.; Mesulam, M. M. (1987): Right hemisphere dominance in spatial attention. *Arch. Neurol.* 44:621-625.
- Winner, E.; Gardner, H. (1977): The comprehension of metaphor in brain damaged patients. *Brain* 100:717-729.
- Zaidel, M. (1984): Les fonctions de l’hémisphere droit. *Recherone* 15:332-349.

Author’s address: Vadim S. Rotenberg, MD, PhD, DSc • Abarabanel Mental Health Center • Tel-Aviv University • Tel-Aviv • Israel

Die Arbeit mit Traumata in der Maltherapie

Fallbericht

Georg Kress, Thomas Bihler (München)

Art therapy is an important therapeutic approach in the treatment of early traumatization. It's usefulness for this purpose is demonstrated by an extended case report about a young female Borderline patient suffering from agoraphobia and panic attacks. The process she went through in inpatient art therapy is described with examples from the pictures she painted there. In this process she was able to distance her childhood traumas through creative expression of the pain she had experienced and work through these traumatic experiences, up to the point, that her panic attacks significantly diminished. Over time her pictures developed an artistic quality, which impressed as a transformation of painful life experience into art.

Keywords: art therapy, psychic trauma, borderline therapy, agoraphobia, attachment disorganization

Die Maltherapie ist ein wesentlicher Bestandteil des integrierten Behandlungskonzeptes der dynamisch-psychiatrischen Klinik Mengerschwinge. Als ein überwiegend nonverbales therapeutisches Verfahren, das sich visueller Ausdrucksmittel bedient, ist sie in besonderem Maße zur Behandlung von Patienten mit frühen Ich-Störungen und entsprechenden Traumatisierungen 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 biografisch 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.

Dabei geht es zunächst – und immer wieder aufs Neue – darum, bei den Patienten Schwellenängste vor dem künstlerischen Ausdruck abzubauen, ihnen

dabei zu helfen, ein Bewusstsein und eine Wertschätzung für ihre kreativen Potenziale zu entwickeln. Die ursprüngliche Kreativität und künstlerische Gestaltungskraft, die jeder Mensch als Kind besitzt, und die nur allzu oft durch soziale Konventionen, Anpassung und individuelles Leid verschüttet werden, wieder zum Vorschein zu bringen und weiterzuentwickeln, ist eine zentrale Aufgabe der Maltherapie.

Diese Auffassung, der zufolge die in der Maltherapie entstandenen Bilder nicht nur Abbildungen individueller Leidens- und Genesungsprozesse sind, sondern darüber hinaus auch Kunstwerke im eigenen Recht, spiegelt sich in den zahlreichen Ausstellungen wieder, die von den Mitgliedern der Maltherapiegruppen der Klinik Mengerschwaike seit 1982 veranstaltet wurden.

Theoretische Grundlage für dieses Verständnis von Maltherapie ist AMMONS Konzeption der Kreativität (AMMON 1981, 1982, 1995) 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 Potenzial, das grundsätzlich jedem Menschen für seine Entwicklung zur Verfügung steht.

In der Maltherapie kann der Patient das Vorhandensein dieses schöpferischen Potenzials 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 Mengerschwaike 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 KRESS u. a. bereits in zahlreichen Veröffentlichungen und Kongressreferaten in der Form eines theoretischen Prozessmodells 'Matrix der Kreativitätsentfaltung' beschrieben. (KRESS 1987; KRESS, RICHARZ, THOME 1998; KRESS, BIHLER 2000, 2004)

Die gemalten Bildwerke sind somit auch Dokumente der Entfaltung und Veränderung der visuellen Sprache in der Maltherapie, welche die damit verbundenen Prozesse der Kreativitäts- und Persönlichkeitsentwicklung veranschaulichen.

In der Theorie der emotionalen Kreativität von KRESS sind verschiedene Dimensionen miteinander verbunden und stehen in Wechselwirkung, um die Entwicklung und das Wachstum der Persönlichkeit zu fördern, z. B. die Dimension der Zeit (Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft), die Wechselwirkung zwischen innerpsychischer und äußerer Welt, die Verbindung und Kommunikation zwischen Bewusstsein und Unbewussten etc.. Einer der wesentlichen destruktiven Effekte des psychischen Traumas ist die Tatsache, dass traumatische Erfahrungen diese essenziellen Verbindungen potenziell zerstören können.

Die Notwendigkeit, sich gegen die innerpsychischen Konsequenzen des Traumas zu schützen, führt zu rigiden Abwehrmechanismen und starren Kompensationsmustern, die Fixierungen in Denken, Fühlen und im Verhalten zur Folge haben. Insbesondere der Drang, alle Verunsicherungen zu vermeiden, die das dissoziierte Trauma triggern könnten, verursacht eine starke Intoleranz gegenüber Ambiguität. Alle Tatsachen des Lebens müssen unter dieser Voraussetzung eindeutig sein, entweder 'gut' oder 'schlecht', 'schwarz' oder 'weiß' etc..

Für den traumatisierten Patienten, der sehr häufig unter massiven Dilemmata in seinen frühen Bindungsbeziehungen leidet, scheint nur in der absoluten Klarheit Sicherheit zu liegen. Diese Vermeidung von Ambivalenz ist seit langem Gegenstand der psychoanalytischen Theoriebildung und findet sich z. B. im Konzept der Spaltung, in BIONS Ausführungen zum Phänomen der 'attacks on linkings' (BION 1959) oder in AMMONS Bemerkungen über den Konkretismus und die Pseudo-Identität von Borderlinepatienten (AMMON, MARSEN 1979).

In den letzten Jahren haben besonders die Forschungen von FONAGY zu reflexiver Kompetenz und Trauma (FONAGY, GERGELY, JURIST, TARGET 2004) ein neues Licht auf die Bedeutung dieser Verbindungen geworfen. Über etwas zu reflektieren bedeutet, das Ich quasi in zwei zu teilen und in der Vorstellung

gleichzeitig Teil zweier Realitäten zu sein. Ein Beispiel dafür wäre das Nachdenken über die eigene Vergangenheit: hier findet sich das nachdenkende Ich verdoppelt: einerseits als beobachtendes Selbst in der Gegenwart, andererseits als beobachtetes Selbst in der Vergangenheit.

Die therapeutische Ich-Spaltung als Voraussetzung für die therapeutische Arbeitsbeziehung und das Erlangen von Einsichten ist seit den Tagen FREUDS ein zentraler Bestandteil der psychoanalytischen Theorie (STERBA 1934).

FONAGYS Untersuchungen zur frühkindlichen Entstehung der reflexiven Kompetenz haben die entwicklungspsychologischen Voraussetzungen der Fähigkeit zur konstruktiven Ich-Spaltung erhellt. Er konnte damit auch verdeutlichen, dass zum einen frühkindliche Traumata die reflexive Kompetenz massiv beeinträchtigen können und dass andererseits eine stabile reflexive Kompetenz einen zentralen Schutzmechanismus gegen die destruktiven Auswirkungen von Traumata darstellt.

Deshalb ist es für die Behandlung massiver Traumata von entscheidender Bedeutung, die reflexive Kompetenz des Patienten zu stärken, ihm dabei zu helfen, die unterbrochenen Verbindungen zwischen Fühlen und Denken wieder zusammenzufügen.

Die Maltherapie ist in dieser Hinsicht ein äußerst nützlicher therapeutischer Ansatz, um die reflexiven Fähigkeiten traumatisierten Patienten zu fördern. Durch die in der Maltherapie wirksamen Prozesse von visueller Externalisierung und Internalisierung weist sie viele Ähnlichkeiten mit den frühen Prozessen der Affektspiegelung auf, die entwicklungspsychologisch zum Erwerb der reflexiven Kompetenz führen. In der Maltherapie externalisiert der Patient seine (unbewussten) inneren Zustände in einem materiellen Kunstwerk. In diesem Akt der Kreativität spielt das Bild die Rolle des Spiegels und Containers, so wie die Mutter diese Rolle für ihr Baby erfüllt.

Sobald diese frühe Stufe des Selbstbezugs in der Beziehung von Maler und Bild etabliert ist, wird Reflexion darüber mit der Hilfe des Therapeuten und der anderen Patienten in der Maltherapiegruppe möglich. Durch die Konfrontation des Selbst mit seinen externalisierten Anteilen kann es zur Internalisierung kommen und eine reifere Form der innerpsychischen selbstreflexiven Beziehung kann etabliert werden. In diesem Prozess von Externalisierung und Internalisierung wird es möglich, die in das Kunstwerk projizierten toxischen Inhalte der Psyche zu dekontaminieren und zu verwandeln, ähnlich wie dies BION für die frühe Mutter-Kind-Beziehung beschrieben hat (BION 1962).

In welcher Weise die Maltherapie in der Praxis gerade für die Behandlung

frühkindlicher Traumatisierungen und Bindungsstörungen von Nutzen sein kann, soll in der folgenden Fallgeschichte dargestellt werden.

Fallgeschichte der Frau B.

Die Patientin Frau B. kam wegen einer Agoraphobie mit Panikattacken, bei gleichzeitig bestehender depressiver Problematik, in die stationäre Therapie. Obwohl sie ursprünglich nur wenige Wochen bleiben wollte, dauerte ihr Aufenthalt in der Klinik Mengerschwaike schließlich sechs Monate. Aktueller Anlass für die Aufnahme war eine schwere depressive Krise, die Frau B. erfasst hatte, nachdem ihr mit Mitte Zwanzig der erste größere Erfolg in ihrem Beruf gelungen war. Bei den Vorgesprächen zeigte sich jedoch rasch die lange traumatische Vorgeschichte dieses akuten psychischen Zusammenbruchs.

Frau B. war als drittes und jüngstes Kind ihrer Eltern im Ausland geboren worden, wo die Familie wegen der beruflichen Tätigkeit des Vaters lebte. Schon während der Schwangerschaft waren bei Frau B.s Mutter Anzeichen einer schizophrenen Erkrankung aufgetreten, welche die gesamte Kindheit von Frau B. überschatten sollte. Obwohl Frau B.s Mutter immer wieder unter akuten psychotischen Schüben mit Wahnvorstellungen, Impulsdurchbrüchen etc. litt, befand sie sich zu keinem Zeitpunkt in psychiatrischer Behandlung, nahm keine Medikamente o. ä.. Der Grund dafür lag wohl nicht nur in der Uneinsichtigkeit von Frau B.s Mutter, sondern auch in der ausgeprägten Schamproblematik ihres Vaters, der unter allen Umständen die Fassade einer 'heilen Familie' nach außen wahren wollte: so lebte die Familie in größter Isolation, ohne wirkliches soziales Umfeld, und den Kindern war es bei Strafe verboten, etwas über den Zustand der Mutter oder über die damit zusammenhängenden aggressiven Auseinandersetzungen der Eltern nach außen dringen zu lassen.

Die Rolle des 'Aufpassers', des 'Therapeuten' und des affektregulierenden 'Medikaments' für die Mutter war von klein auf Frau B. zugedacht: sie war vom Säuglingsalter an mit ihrer psychotischen Mutter alleine zuhause, während die älteren Geschwister in der Schule und der Vater in der Arbeit waren. Alleine schon in dieser früh einsetzenden, extremen Rollenumkehr, in der Frau B. der Mutter Halt und Stütze sein musste, anstatt dass ihr die Mutter eine verlässliche, Sicherheit gebende, Bindungsperson gewesen wäre, ist ein massives desorganisierendes Bindungstrauma zu sehen. Darüber hinaus kann man von einer nicht minder massiven Traumatisierung durch das wohl häufig bizarre und unkontrollierte Verhalten der Mutter ausgehen, das für das kleine Mädchen

extrem ängstigend und bedrohlich gewesen sein muss. Schließlich kam es wiederholt zu Situationen konkreter Lebensgefahr dadurch, dass die Mutter einige Male demonstrative Selbstmordversuche inszenierte, in die sie Frau B. mit einbezog, ihr Kind z. B. aus dem Fenster hielt und drohte, es fallen zu lassen und hinterher zu springen.

Als Frau B. in die Grundschule kam, zog die Familie zurück nach Deutschland. Durch das neue soziale Umfeld ergab sich für Frau B. eine deutliche Entlastung, wenn auch die heftigen aggressiven Auseinandersetzungen der Eltern und die Gewaltdurchbrüche des Vaters gegenüber den pubertierenden Geschwistern ein nach wie vor stark ängstigendes Geschehen blieben.

Als Frau B. 16 Jahre alt war, verließ die Mutter den Vater unvermittelt. Da ihr der Vater in seiner Verlassenheit sehr leid tat, blieb sie bei ihm wohnen und versuchte, ihn nach Kräften zu unterstützen. Die ersten Panikattacken traten drei Jahre später auf, als Frau B. nach dem Abitur bei ihrem Vater auszog. Verschlimmert wurde ihr psychischer Zustand in dieser Zeit durch eine weitere leidvolle Verlusterfahrung: Frau B. hatte sich bei ihrem ersten Job nach dem Abitur in einen älteren Mann verliebt und war sehr schnell von ihm schwanger geworden, verlor das Kind jedoch nach der Hälfte der Schwangerschaftszeit. In der Folge dieses Verlusts kam es zu einer ersten schweren depressiven Krise und zu einem mehrmonatigen stationären Aufenthalt in einer psychiatrischen Klinik.

Frau B. gelang es aber, sich trotz immer wieder auftretender depressiver Verstimmungen und Panikattacken so weit zu stabilisieren, dass sie ein Studium aufnehmen konnte, in dem sie aufgrund ihrer hohen Intelligenz und vielfältigen Begabungen sehr erfolgreich war. Hilfreich war ihr dabei nicht zuletzt die langjährig stabile Beziehung zum Vater ihres verstorbenen Kindes. Diese wurde jedoch in Frage gestellt, als Frau B. sich etwa ein Jahr vor dem Aufenthalt in der Klinik Mengerschwaige in einen anderen Mann verliebte und sich lange Zeit nicht zwischen ihm und ihrem Partner entscheiden konnte. Zur Belastung durch den ungelösten Ambivalenzkonflikt kam noch die Überforderung durch die ersten beruflichen Erfolge, die von Frau B. nicht in erster Linie als Glück, sondern als Bedrohung erlebt wurden, worauf sie mit verstärkten Angstgefühlen und einer tiefen depressiven Verzweiflung reagierte.

Die Maltherapie, die den künstlerischen Neigungen und Talenten von Frau B. sehr entgegenkam, wurde für sie nach ihren eigenen Angaben zur wichtigsten Therapieform während des stationären Aufenthalts. Sie hatte im Malen eine eigene Sprache für sich und ihre ungelösten Lebensfragen gefunden und

benützte sie ausgiebig: während des sechsmonatigen Aufenthalts in der Klinik Mengerschwaige entstanden über 350(!) Bilder, von denen wir in diesem Rahmen natürlich nur eine kleine Auswahl zeigen und besprechen können.

Die Notwendigkeit auszuwählen verweist auf eine zweite Notwendigkeit, der man bei der Darstellung eines jeden Therapieverlaufs nicht entgehen kann: der Notwendigkeit, die tatsächlich stattgefundenen Prozesse zu komprimieren, zu strukturieren und von ihnen zu abstrahieren, um sie überhaupt darstellbar und begreifbar werden zu lassen. Das heißt: wollte man eine Chronologie der tatsächlichen Ereignisse aufzeichnen, würde man jeden möglichen und vertretbaren Rahmen der Darstellung sprengen. Die Darstellung des Therapieverlaufs von Frau B., die wir im Folgenden anhand ausgewählter Bilder aus der Maltherapie geben wollen, kann also gar nichts anderes sein, als ein Stück von uns gestalteter 'virtual reality', das einer psychischen Chronologie und Dramaturgie folgt, nicht einen Ablauf in Echtzeit wiedergibt.

Obwohl es sich also um eine Konstruktion handelt, erheben wir doch den Anspruch, in dieser 'fiction' die Essenz der 'facts' eingefangen zu haben, d. h. den Anspruch, dass sich in der Darstellung genug Wahrhaftigkeit (nicht 'Realität' in einer simplen Auffassung) wiederfindet, um einem auf dem Narrativ beruhenden wissenschaftlichen Anspruch zu genügen.

Bild 1: 'Blauer Kopf'



Die Erstarrung in der Depression wurde von Frau B. eindrucksvoll in einem der zahlreichen Selbstporträts dargestellt, die sie im Verlauf der stationären Maltherapie gestaltete. Der in kaltem Blau gehaltene, von tiefen Schatten verdüsterte Kopf wirkt wie eingefroren, aller Lebendigkeit und Lebensfreude beraubt. Die geschlossenen Augen und der nach innen, auf einen namenlosen Schmerz gerichtete Blick verdeutlichen die Isolation und die sozialenergetischen Defizite, deren Überwindung das zentrale Anliegen des sozialenergetischen Arbeitens im Gruppenkonzept der Klinik Mengerschwaige ist.

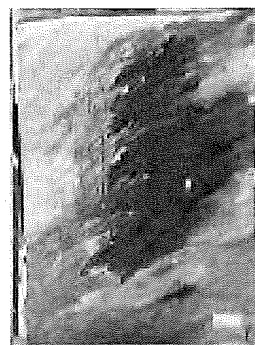
Bild 2: 'Hauskopf'

Frau B. war während ihrer stationären Therapie vergleichsweise gut in der Lage, die sozialenergetische Zufuhr, die ihr im therapeutischen Milieu der Klinik zuteil wurde, anzunehmen und für ihren therapeutischen Prozess zu nutzen. Einen Hinweis, woher diese – alles andere als selbstverständliche – Kompetenz stammen könnte, gibt das folgende Bild: In einer kindlichen Ikonografie, die zugleich in vieler Hinsicht dem unbewussten symbolischen Vokabular des Erwachsenen entspricht, symbolisiert ein Haus oder eine Wohnung vor allem die Funktionen der frühen Bindungsbeziehung als sicherer Hafen und sichere Basis.

Obwohl Frau B. durch das traurig-ängstliche Gesicht mit den orientierungslos und verstört blickenden Augen ausdrückt, dass die desorganisierenden Störungen in der frühen Bindungsbeziehung zur Mutter (aber auch zum Vater) ursächlich für ihre spätere psychische Problematik waren, verdeutlichen das Vorhandensein eines Hauses und das idyllische Umfeld, dass trotz aller traumatischen Erfahrungen ein gewisses Maß an Sicherheit und Stabilität in der Kindheit von Frau B. dennoch gegeben waren. Diese Anteile verinnerlichter sicherer Bindung kann man als die Ressourcen betrachten, die Frau B. in ihrem therapeutischen Prozess sehr zugute kamen. Nicht nur die Möglichkeit, sozialenergetische Zufuhr zu nutzen, kann man hierauf zurückführen, sondern auch die hoch entwickelte Kompetenz von Frau B. zur Regression im Dienste des Ich, d. h. zur Auseinandersetzung mit problematischen frühkindlichen Erfahrungen, was sich in diesem und zahlreichen anderen Bildern dokumentiert.

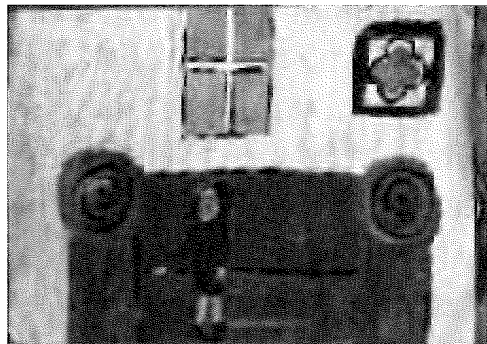
Bild 3: 'Blutwolke'

Als Voraussetzung für eine solche therapeutische Auseinandersetzung kann man auch die Bereitschaft benennen, den damit verbundenen psychischen Schmerz zuzulassen. Stellvertretend für das unvermeidbare Leid, das die Konfrontation mit den Kindheitstraumata bewirkt, soll dieses stark expressive, abstrakte Bild stehen, in dem Verletzung und Schmerz in einer Art 'Blutwolke' thematisiert sind.



Auch hier kann man wiederum davon ausgehen, dass ein gewisses Maß an verinnerlichter Bindungssicherheit erforderlich ist, um psychischen Schmerz so weit aushalten zu können, dass er nachträglich in der Therapie verarbeitet werden kann, und nicht sofort dissoziativ abgewehrt werden muss.

Bild 4: 'Mädchen auf rotem Sofa'



Welcher Art der psychische Schmerz ist, mit dem Frau B. vor allem zu kämpfen hatte, stellte sie im nächsten Bild eindrucksvoll dar: ein kleines Mädchen von vielleicht drei Jahren sitzt alleine und mit angespannt-verkrampfter Körperhaltung auf einem roten Sofa und scheint auf etwas oder jemanden zu warten.

Außer ihr scheint niemand weiter in der Wohnung zu sein und das ganze Bild strahlt eine Atmosphäre von Einsamkeit und Verlassenheit aus.

Das Bildthema der Wohnung verweist symbolisch erneut auf die frühe Bindungsbeziehung, die Art seiner Gestaltung auf die Leere, Einsamkeit und zutiefst verunsichernde Verlassenheit, die Frau B. als kleines Mädchen in der Beziehung zu ihrer Mutter erlebte, die durch ihre psychische Krankheit im Kontakt wohl ziemlich abgeschottet und in ihrem Fürsorgeverhalten stark eingeschränkt war. Die symbiotische Sehnsucht nach einer optimal versorgenden, guten Mutter, die aus dieser frühen Vernachlässigung und Verunsicherung erwächst, findet sich in symbolisch verkleideter Form ebenfalls in diesem Bild.

Betrachtet man die Gestaltung der beiden Sofalehnen, so drängt sich unwillkürlich die Assoziation von zwei prallen, runden Brüsten auf und man ist versucht, das Sofa, in dem das kleine Mädchen sitzt, als symbolische Darstellung des mütterlichen Körpers zu deuten.

Bild 5: 'Weinendes Mädchen mit gehender Strichmutter'



Die traurige Realität, der diese Wunschfantasie entsprungen ist, wurde von Frau B. erneut in diesem Bild aufgegriffen. Wieder begegnen wir in ihm einem jungen Mädchen, das aber nun einige Jahre älter zu sein scheint, etwa sechs oder sieben. Es hat den Kopf nach oben gewendet und aus seinen Augen fließen dicke

Tränen. Sein Blick ist in die linke obere Ecke des Bildes gerichtet, die im Gegensatz zu dem schwarzen Bildgrund, der den Kopf des Mädchens umschließt, rot grundiert ist. In dieser roten Ecke ist eine weit geöffnete Tür zu sehen, in der ein, nach der Kleidung zu urteilen, weibliches Strichmännchen steht. Ob die Frauengestalt gerade kommt oder geht, ist anhand des Bildes nicht zu entscheiden. Auffällig ist jedoch die, durch die verschiedenen Farbgründe geschaffene scharfe Trennung zwischen der Frauengestalt und dem Mädchen.

Durch diese anscheinend unüberwindliche Distanz scheint der Blick des Mädchens, der auf die Frauengestalt gerichtet ist, motiviert zu sein, denn es liegt in ihm eine Art von hoffnungsloser Sehnsucht und Trauer, die sich nur durch die häufig erlebte Erfahrung des traumatischen Getrenntseins von einem geliebten Objekt erklären lässt, wie sie Frau B. wohl mit einer Mutter gemacht haben muss, die in der Isolation durch ihre psychische Krankheit für die Bedürfnisse und die Kontaktaufnahme des kleinen Mädchens unerreichbar gewesen war.

Dass aus dieser traumatischen Verlassenheit für das Kind nicht nur symbiotische Sehnsüchte entstehen, sondern auch eine enorm gesteigerte Trennungs- und Verlustangst in Bezug auf die Bindungsperson, wird in dem Bild durch die in der Tür stehende Mutterfigur symbolisiert.

Bild 6: 'Zorniges Mädchen mit Latzhose'



Aber nicht nur Sehnsucht, Angst und Traurigkeit resultieren aus der frühen Verlassenheit, sondern auch eine massive Wut über die erfahrene Vernachlässigung.

Auf dem folgenden Bild ist erneut ein junges Mädchen dargestellt, das nun vielleicht acht oder neun Jahre alt ist. Es steht mit verschränkten Armen und einem trotzigem, wütenden und herausfordernden Gesichtsausdruck vor einem lebhaft farbigen Hintergrund. Da das Mädchen eine Latzhose trägt, die ähnlich wie der Bildhintergrund mit weißer und gelber Farbe beschmiert zu sein scheint, kann man sich zu dem Bild eine Geschichte ausdenken, in der das Mädchen vielleicht voll Zorn eine Wand mit Farbe beschmiert hat und sich nun provokativ zur Mutter umdreht und ihr signalisiert: „So, das hast du jetzt davon, dass du mich so schlecht behandelt

hast!“ oder: „Komm nur her, ich werd's dir schon zeigen, dass mit mir nicht gut Kirschen essen ist!“.

Egal welche konkreten Fantasien dieses Bild beim Betrachter auch auslöst, in ihm ist in jedem Fall eine Haltung ausgedrückt, die der im vorangegangenen Bild thematisierten diametral entgegengesetzt ist. Während im vorhergehenden Bild hilfloses Erdulden eines schlimmen Schicksals die vorherrschende Reaktion war, findet sich nun eine Haltung des Protests und des wütenden Widerstands gegen eben jenes Schicksals. Es ist der Zorn desjenigen, der unschuldig gequält wurde, und nun nicht mehr gewillt ist, sich etwas gefallen zu lassen und bereit ist, sich seiner Haut zu wehren.

Für Frau B. war das Bekenntnis zur eigenen destruktiven Aggression ein entscheidend wichtiger therapeutischer Durchbruch, da für sie Wut bislang zu den am meisten verbotenen Gefühlen gehörte.

Bild 7: 'Sad girl – bad girl'



Das starke Aggressionsverbot von Frau B., das auch in einem mitverursachenden Bezug zu ihrer depressiven und ihrer Angstsymptomatik gesehen werden kann, lässt sich zum einen als eine defensive Reaktion auf die große Brüchigkeit ihrer frühen Bindungsbeziehungen verstehen. Wut, vor allem auf die Mutter, musste vom Kind unterdrückt und abgespalten werden, da die Beziehung zu ihr als so wenig tragfähig erlebt wurde, dass durch das Äußern destruktiver Aggression der gefürchtete endgültige Verlust der Bindungsperson als sicher eingeschätzt wurde.

Zum anderen kann man vermuten, dass die in der psychotischen Erkrankung regressive, in der Rollenumkehr vom eigenen Kind Versorgung fordernde Mutter ihren Teil zu diesem Aggressionsverbot beigetragen haben mag. Wie sich diese Furcht vor der zerstörerisch fantasierten Aggression als Abwehr im Sinne der Spaltung in die psychische Organisation des Mädchens (das auf diesem Bild gerade die Milchzähne verliert und so etwa sieben, acht Jahre alt sein wird) und der erwachsenen Frau B. eingegraben hat, macht sie in diesem Bild deutlich.

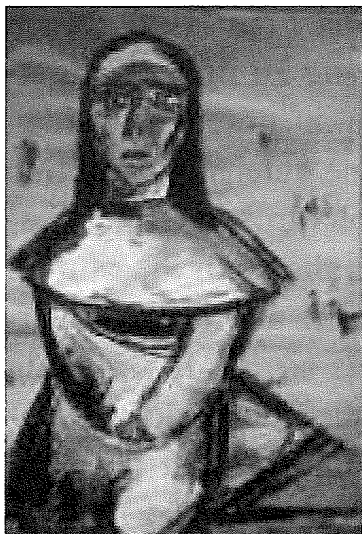
Durch die Beschriftung 'sad girl' vs. 'bad girl' werden die Inhalte der Spaltungsdynamik markiert: das 'traurige Mädchen' von Bild 5 erscheint ungefähr-

licher und darf eher in Erscheinung treten, als das 'böse Mädchen' von Bild 6, das im Sinne einer horizontalen Spaltung (der trennende gezackte Kragen) abgewehrt wird.

Mit ihrer Darstellung verweist Frau B. auch auf eine komplexe Abwehrdynamik, in der Wut im Ausdruck immer wieder durch den Deckaffekt der Traurigkeit ersetzt wird, verbildlicht durch die dick gestrichelte rote Linie, die das Gesicht in zwei Hälften teilt, und die beiden Pfeile, welche den markierten Ausdrucksträgern des Gesichts, Augen und Mund, unterschiedliche Bezüge zu den abgespaltenen Persönlichkeitsaspekten zuweisen.

Das Bild verdeutlicht auch eindrucksvoll, wie es Frau B. in der Maltherapie immer wieder gelang, Erkenntnisse, die sie in anderen therapeutischen Settings der Klinik gewonnen hatte, unmittelbar bildnerisch umzusetzen, sie dadurch zu integrieren und die Auseinandersetzung mit ihnen ein Stück weiterzutreiben.

Bild 8: 'Die Nonne'



Welche Auswirkungen diese schon in der Kindheit erfolgte Spaltung für die erwachsene Persönlichkeit hatte, erforschte Frau B. im folgenden Bild, einem Selbstporträt in Nonnentracht.

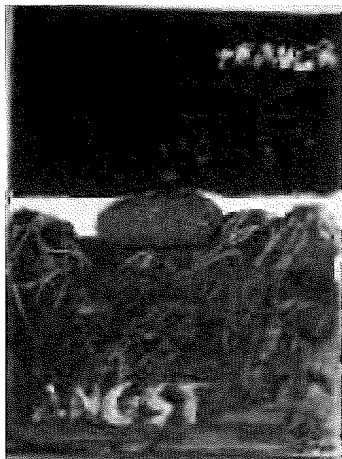
In demütiger Haltung kniet die Nonne in der Bildmitte. Das Gesicht ist eine Maske des Leids. Der Ausdruck der Figur verweist auf eine mühsam errungene und gehaltene Fassung, der man den dafür gezahlten Preis äußerster (Über-)Anstrengung und die Gefahr dadurch drohenden Zusammenbruchs jedoch anmerkt.

Man könnte diesem Bild einen Titel geben wie 'die Büberin' oder 'die Dulderin'. Neben den in die Depression führenden Anstrengungen übermäßiger Anpassung und Selbstkontrolle ist in der Rolle der Nonne, die Frau B. sich in der bildnerischen Fantasie hier zuschreibt, aber ein weiterer Aspekt kompensatorischer Abwehr thematisiert, der für ihre Persönlichkeitsentwicklung prägend war: wie viele andere Kinder, die mit einer äußerst unsicheren, desorganisierten frühen Bindungsbeziehung zurecht kommen müssen, entwickelte auch Frau B. ein zwanghaft-fürsorgliches Kompensationsmuster, das sich als eine aktive Ausgestaltung der ihr von den Eltern aufgezwungenen Rollenumkehr verstehen lässt.

In einer Abwehrhaltung übertriebener Selbstlosigkeit wird das Sich-Küm-

mern um andere immer wieder an die Stelle eigener unerfüllter Versorgungswünsche und -bedürfnisse gesetzt, ähnlich wie in der Verpflichtung zur Nächstenliebe und Selbstlosigkeit einer Nonne.

Bild 9: 'Herz im Schraubstock'



Der Stillstand einer übermäßigen, zwanghaften Selbstbeherrschung, der bereits im vorhergehenden Bild Thema war, wird in dieser Darstellung noch einmal konkretisiert und aufgegriffen. Ein lebendig-rotes Herz wird zwischen der schwarzen Masse der Trauer und der kalten blauen Masse der Angst wie in einem Schraubstock zerdrückt.

Es wird deutlich, dass die Malerin in der Therapie ein Gespür dafür entwickelt hat, wie die unverarbeiteten Gefühle aus ihrer Kindheit und die Versuche, sie durch Abwehr und Kompensationsmuster auf Abstand zu halten, zur Bedrohung ihrer Lebendigkeit geworden sind.

Bild 10: 'Die Mumie'



In diesem Bild ist der tiefste Punkt der therapeutischen Regression und des explorativen Vordringens in die seelische Krankheit erreicht. Frau B. ist es hier gelungen, den psychotischen Kern ihrer psychischen Störung zu erfassen und darzustellen. Auch entwicklungspsychologisch betrachtet ist hier der tiefste Punkt des Zurückgehens in die Kindheit. Denn obwohl Frau B. diesem Bild selbst den Titel 'Die Mumie' gegeben hat, ist in einer anderen Sichtweise deutlich, dass hier ein Wickelkind dargestellt ist, das hilflos dem bedrohlichen Zugriff klauenartiger, geisterhafter Hände ausgeliefert ist.

Die Ohnmacht des Babys, das bewegungslos bandagiert daliegt, wird zusätzlich durch das Pflaster verdeutlicht, das man ihm über den Mund geklebt hat und das verhindert, dass es Hilfe herbeirufen kann. Frau B. stellt hier also die traumatische Angst des Babys dar, das mit einer Bindungsperson konfrontiert ist, die aufgrund ihrer seelischen Problematik

nicht feinfühlig auf die Bedürfnisse eines Kindes eingehen kann, sondern durch dissoziative Zustände und impulsives, bizarres Verhalten im höchsten Maße bedrohlich auf das Kind wirkt.

Zu einigen der hier besprochenen Bilder hat Frau B. selbst schriftliche Kommentare verfasst. In ihrer Beschreibung des Bildes 'Die Mumie' heißt es:

„Während ich dieses Bild malte, bekam ich so furchtbare Angst, dass ich aufhören und es also 'unfertig' lassen musste. Ich kann es auch jetzt noch nicht anschauen, ohne nervös zu werden. Es zeigt einen in Binden eingewickelten Menschen, der eine Haube trägt und dessen Mund mit einem Pflaster zugeklebt wurde. Die Augen sind vor Angst weit aufgerissen. Ich habe zu diesem Bild keine konkrete Erinnerung, vermute aber stark, dass es meine Gefühle in den ersten Lebensjahren ausdrückt, in denen ich völlig überfordert, hilflos und in ständiger Panik war, ohne dies in irgendeiner Form mitteilen oder mich wehren zu können. Unzählige Hände greifen nach 'der Mumie'. Die Hände stellen für mich die Bedrohungen dar, mit denen ich damals permanent konfrontiert war.“

Das Bild der 'Mumie' stellt darüber hinaus auch den Endpunkt einer vermeidenden Bewältigungsstrategie für die Kindheitstraumata dar, die Frau B. in ihrer frühkindlichen Verlassenheit aus Überlebensgründen entwickeln musste, die aber über die Jahre in einem Maße kontraproduktiv geworden ist, dass sich nur noch die Frage einer Explosion oder einer Implosion der Persönlichkeit zu stellen scheint.

Der Versuch, existenzielle Angst durch eine starre Abwehr in Schach zu halten und das traumatisierte innere Kind durch eine präpotente Erwachsenenpersönlichkeit zu überdecken, erweist sich als Sackgasse. Das Gewicht der Abwehr, die aufgewendet werden muss, um eine angepasste, 'erwachsene' Persönlichkeit aufrecht zu erhalten und gegen die unverarbeiteten Traumata zu schützen, ist zu groß geworden, erdrückt Lebendigkeit und Lebensperspektiven.

Diese Erkenntnis kann man als Fazit aus den vorangegangenen Bildern ziehen, und es spricht für Frau B.s Ernsthaftigkeit in der Therapie und ihren Veränderungswunsch, dass sie dieses zentrale Problem in ihren Bildern bis zu einem Punkt verfolgt und intensiviert, wo die Auseinandersetzung damit – nicht zuletzt durch die damit einhergehende wachsende Verzweiflung und Perspektivlosigkeit – Konsequenzen haben muss.

Bild 11: 'Fragmentierendes Angstmännchen'

Die Konsequenz, die sich in diesem Bild andeutet, sind, wiederum bildhaft gesprochen, 'Risse' in einer Persönlichkeitsorganisation, die, wie beschrieben, zu einem wesentlichen Teil auf Abwehr beruht. AMMON sprach in diesem Zusammenhang von einer 'fassadären Ersatzidentität', die wesentlich durch gut ausgebildete sekundäre Ich-Funktionen aufrechterhalten wird, mit dem Ziel, die primären Defizite in der Ich-Struktur zu kompensieren. Den Charakter einer Ersatzidentität weist häufig auch die psychische Störung bzw. das Symptom auf, das überwertig für die Definition der persönlichen Identität wird. Diese kom-

pensatorischen Ersatzidentitäten in Frage zu stellen, ist ein zentraler Bestandteil der von AMMON entwickelten Identitätstherapie, welche die Grundlage der therapeutischen Arbeit in der Klinik Mengerschwaige bildet.

Bei Frau B. zeigte sich dieses Phänomen darin, dass sie über die Jahre eine große Zahl von Büchern und Artikeln über Angststörungen gelesen hatte, was sowohl als Versuch der Bewältigung ihrer Symptomatik durch eine den sekundären Ich-Funktionen zuzurechnende intellektualisierende Abwehr verstanden werden konnte, wie es auch ein Indiz für die Überwertigkeit der Symptomatik im Sinne einer Ersatz-Identität darstellte. Die zunehmende Fragmentierung dieser kompensatorischen Identitätsentwürfe im Verlauf des therapeutischen Prozesses hat Frau B. eindrucksvoll in diesem Bild dargestellt. Als ihr die Überwertigkeit der Symptomatik in ihrem Selbstbild und in dem Bild, das andere von ihr hatten (z. B. durch ihre Erfahrungen in der herkömmlichen, auf Symptome fixierten Psychiatrie, die keinen Begriff von Identität besitzt), immer mehr zum drängenden Problem wurde, zerriss sie voller Wut einen Artikel über Angststörungen und collagierte daraus die Figur eines Menschen und eine Pistole, die sich auf diesen richtet.

Bild 12: 'Abschied'

Dass diese gewollte und für den therapeutischen Fortschritt notwendige Trennung von kompensatorischen Ersatzidentitäten aber auch wie ein zutiefst verunsichernder, symbolischer Tod erlebt werden kann, verdeutlicht dieses Bild. Die dadurch frei werden den Affekte ermöglichen aber auch ein Abtrauern und

eine Verarbeitung traumatischer Kindheitserfahrungen, die Platz schaffen für kreative, selbstbestimmte Identitätsprozesse. Die Aspekte der Befreiung und der Kreativität überwiegen in Frau B.s nachträglich verfasstem Kommentar das mit solchen Auflösungsprozessen einhergehende Leid:



„Diese beiden Bilder gehören zusammen. Das eine zeigt ein Grab, auf dessen Grabstein ein Bild mit Rosen angebracht ist, das andere eine traurige Frau.“

Auch im Nachhinein empfinde ich noch Trauer, wenn ich die Bilder betrachte, allerdings auch eine gewisse Erleichterung darüber, einen Teil der sog. 'Abschiedsarbeit' bereits geleistet zu haben. Dass ich beim Malen, v. a. des Grabbilds, nicht nur Trauer empfunden habe, zeigt sich für mich in den wilden, bunten Pflanzen, die aus dem Grab wuchern. Diese stehen möglicherweise für (mein) Wachstum, dass durch den Abschied von Vergangenen erst möglich wird.“

Bild 13: 'Abstraktion'



Dieses Bild gehört zu den freiesten Kompositionen, die Frau B. in der Maltherapie gestaltet hat. Es zeigt, dass das Aufgeben kompensatorischer Ersatzidentitäten im Laufe der Therapie auch immer ein Aufgeben von Kontrolle ist. Gerade das Aufgeben von Kontrolle, die ja als wesentlicher Bestandteil des Traumakompensationsschemas eine Retraumatisierung verhindern soll, fällt traumatisierten Patienten extrem schwer, da ihr die Angst vor Überflutung durch traumatische Affekte und einer irreversiblen Desorganisation der Persönlichkeit entgegensteht.

In der Maltherapie äußerte sich Frau B.s Kontrollbedürfnis in einer grundsätzlichen Bevorzugung der figurativen Malerei, in der sie – trotz ihres zugleich tiefen Einlassens auf die dargestellten Inhalte – eine intellektuelle Kontrolle dergestalt ausübte, dass sie immer versuchte, die psychischen Probleme, mit denen sie sich gerade beschäftigte, möglichst exakt auf den Punkt zu bringen und sie dadurch abzugrenzen und beherrschbar zu machen. Im Gegensatz zu der Angst vor Überwältigung durch Kontrollverlust hat die hier gezeigte ab-

strakte Komposition nichts grundsätzlich bedrohliches. Sie strahlt stattdessen Lebendigkeit und im besten Sinne produktives Durcheinander aus, und steht damit, genauso wie die wilden Blumen auf dem Grabbild, für die kreativen Aspekte der Desorganisation.

Bild 14: 'Place for little Miss B.'



Der therapeutische Prozess darf sich gerade in der Traumatherapie jedoch nicht darauf beschränken, die traumatische Vergangenheit aufzuarbeiten und sie von der Gegenwart zu scheiden. Von ebenso großer, wenn nicht größerer Bedeutung ist die Orientierung hin auf die verinnerlichten Ressourcen des Patienten. Entscheidend ist es in dieser Hinsicht, ebenso die positiven Aspekte der

Vergangenheit zu explorieren und aufzugreifen, damit konstruktive Qualitäten an die Stelle der destruktiven und defizitären treten können.

Auch hier kann die Maltherapie wichtige Beiträge liefern, wie das nächste Bild der Patientin zeigt. Auf den ersten Blick eine Idylle: ein kleines Mädchen und eine freundliche, weißhaarige Großmutter auf einer Terrasse in einer offenbar südlichen Gegend, im Hintergrund das Meer, über dem gerade die Sonne untergeht. Das kleine Mädchen liegt zufrieden lächelnd in einer Hängematte, die Großmutter liest ihm eine Geschichte vor.

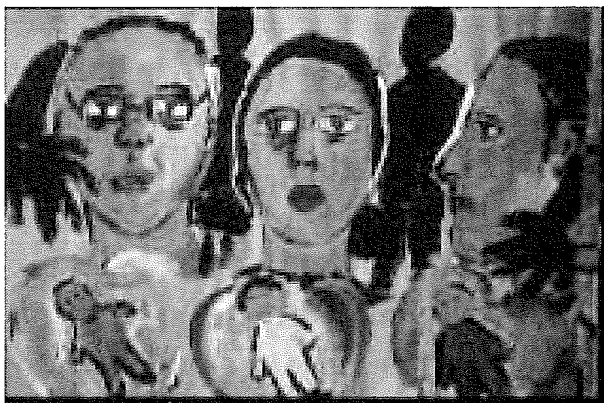
Wichtig zum Verständnis dieses Bildes ist seine Entstehungsgeschichte: Frau B. war während ihres stationären Aufenthalts auch in einer speziellen Stabilisierungsgruppe für Traumapatienten, in der diese traumatherapeutische Stabilisierungstechniken erlernen. Das Bild geht auf die Stabilisierungsübung des 'sicheren Orts' zurück, den Frau B. in der Stabilisierungsgruppe visualisierte und in der Maltherapie zu Papier brachte. Der 'sichere Ort' ist dabei nicht als eine abwehrbedingte Wunschfantasie zu verstehen, wie man es in manch traditionellen psychoanalytischen Ansätzen vielleicht tun würde, sondern steht vielmehr für das ressourcenaktivierende und -stärkende Arbeiten, das nicht nur für die moderne Traumatherapie zentral ist, sondern auch für die Identitätstherapie im Sinne AMMONS, die ja von Anfang an als eine kreativierende, auf die konstruktiven Anteile des Patienten setzende Therapie konzipiert wurde.

Ressourcenstärkend ist nicht nur das Anknüpfen an vorhandene sichere Bin-

dungsanteile des Patienten in der Traumatherapie und deren Verfügbarmachen für die intentionale Affektregulation durch Stabilisierungstechniken, ressourcenaktivierend und -stärkend ist ebenfalls in hohem Maße die Erfahrung eigener kreativer Gestaltungsmöglichkeiten und kreativer Potenziale in der Maltherapie.

Im Falle von Patienten wie Frau B., in denen das kreativierende Angebot der Maltherapie und die in ihr repräsentierten Potenziale der visuellen Sprache auf einen Menschen mit einer besonderen kreativen Begabung in der bildhaften Intelligenz trifft, kann es leicht geschehen, dass die Maltherapie zum wichtigsten Feld der therapeutischen Auseinandersetzung wird, auf dem in hohem Maße Integration und Weiterentwicklung stattfinden.

Bild 15: 'Generationen'



Integration kann die Maltherapie auch durch das besondere Potenzial der visuellen Sprache fördern, komplexe psychische Zusammenhänge in der visuellen Darstellung 'auf den Punkt' zu bringen, in der malerischen Externalisierung und Konkretisierung überhaupt erst für die Reflexion 'begreifbar' zu machen.

Die Reflexion komplexer Zusammenhänge findet sich in diesem Bild: es zeigt am rechten Bildrand Frau B., daneben ihre beiden Geschwister. Die Geschwister sind sowohl als Babies, wie auch als Erwachsene dargestellt. Im Hintergrund sind zwei schwarze, schemenhafte Figuren auszumachen, die nach den Geschwistern greifen. Laut Frau B. handelt es sich bei den Schatten um ihre Eltern.

In diesem Bild sind mehrere Aspekte komplexer reflexiver Kompetenz dargestellt, die den Forschungen Peter FONAGYS zufolge, das effektivste Mittel für eine Verarbeitung massiver Bindungstraumata darstellen. Dabei handelt es sich zum einen um die Fähigkeit, das eigene traumatische Erleben in einer längerfristigen biografischen Perspektive von der Kindheit ins Erwachsenenalter zu begreifen, zum anderen darum, das eigene Erleben mit dem Erleben anderer Familienmitglieder – in diesem Fall die Geschwister – in Beziehung setzen zu können. Schließlich ergaben die Forschungen FONAGYS auch noch, dass die Fä-

higkeit, das eigene Trauma in einer transgenerationalen Perspektive mit den Traumata der Bindungspersonen in Beziehung setzen zu können, einen weiteren, nicht zu unterschätzenden Faktor im Prozess der Verarbeitung darstellen.

Diese transgenerationale Perspektive auf die Weitergabe des Traumas ist in den Elternfiguren im Hintergrund angedeutet. Wie im vorhergehenden Bild findet sich auch hier wieder eine Reminiszenz an die traumatherapeutische Gruppe, in der sich Frau B. befand, und zwar an die Stabilisierungstechnik des 'inneren Kindes', ausgedrückt in der konstruktiven Beziehung der erwachsenen Geschwister zu ihrem frühkindlichen Selbst (die Babies werden von Herzen umschlossen), die einen Schutz gegen den Zugriff der traumatisierenden Eltern bildet.

Bezogen auf die stationäre Therapie als einem Ganzen verweist diese erneute Bezugnahme auf eine freundliche Erwachsenen-Kind-Beziehung auf die zentrale Bedeutung der Aktivierung sicherer Bindungsanteile bei den Patienten und, ergänzend dazu, auf die Wichtigkeit korrigierender sicherer Bindungserfahrungen in der Therapie.

Bild 16: 'Mutter mit Kind'



Ein weiteres Bild in dem die Bindungsbeziehung von erwachsener Bindungsperson und Kind von Frau B. thematisiert wird. 'Mutter mit Kind' hat sie dieses Bild genannt.

Sie sagt dazu:

„Auf dem Bild sieht man eine Mutter mit ihrem Kind im Arm von hinten. Der Rücken der Mutter ist blutig zerschunden, was mir an diesem Bild wichtig ist. Es könnte sich um mich und mein ungeborenes Kind handeln, aber vielleicht ist es auch meine eigene Mutter, mit mir als Baby im Arm. Meine Mutter ist ja aufgrund ihrer Lebensgeschichte auch ein geschundener Mensch.“

Die transgenerationale Perspektive ist in dieser Sicht sehr ausgeprägt. Frau B. kann das Leid der Mutter anerkennen, es schwingt sogar ein gewisses Mitleid in ihren Worten mit. Die Verknüpfung mit dem eigenen unverarbeiteten Verlust zeigt die Wechselwirkung zwischen den beiden Perspektiven im Prozess der Verarbeitung. Die Darstellung ist realistisch, weder beschönigt sie das

Gewesene, noch katastrophisiert sie es bis zum Lebensverbot.

Bild 17: 'Alles'



Eine ähnlich realistische, integrierte und integrierende Haltung spricht aus dem Kommentar von Frau B. zum folgenden Bild:

„Ich habe diesem Bild spontan den Titel 'Alles' gegeben, da es für alles – oder zumindest für vieles – steht, was ich bin. Das Bild ist gegen Ende mei-

ner stationären Therapie entstanden, in der ich unter anderem meine eigene Vielschichtigkeit erkannt habe. Zuvor gab es für mich oft entweder nur das Schlechte oder das Gute, als ob das eine nicht neben dem anderen existieren dürfte – sowohl in meiner Umwelt als auch in mir selbst. In diesem Bild wird weder das eine noch das andere Extrem überbewertet, wodurch es sich von vielen meiner früheren Bilder unterscheidet.

Das Bild zeigt – in Form der dunklen Frauengestalt unten links – sowohl meine Verzweiflung, Trauer und die Angst vor dem Leben, als auch die Leichtigkeit, die ich manchmal empfinde und die durch die Tänzerin in der Mitte symbolisiert wird.

Wichtig sind mir vor allem die beiden eingerahmten Menschen. Der Rechte bin wohl ich, der Linke ein guter Freund / Freundin. Von welcher großer Bedeutung für mich der Kontakt zu anderen, mir wohl gesonnenen Menschen ist, habe ich ebenfalls erst im Laufe der Therapie erkannt. Denn nur durch Vertrauen und neue, gute Erfahrungen in Beziehungen werde ich meine Ängste überwinden können.

Ebenfalls wichtig ist das 'Farbspektrum' am rechten Rand des Bildes, denn es fasst sozusagen alle (Farb-)Töne noch mal zusammen, sowohl die düsteren und unangenehmen, wie auch die freudig-lebendigen.“

Bild 18: 'Selbstporträt'

Am Schluss ein weiteres Selbstporträt von Frau B., das im Vergleich zu dem vereisten blauen Kopf zu Beginn wohl am deutlichsten zeigt, wieviel sie in der stationären Therapie gewonnen hat. Im Gegensatz zu



dem kommunikationsunfähigen, nach innen gekehrten Gesicht am Anfang, begegnet uns nun eine attraktive und selbstbewusste junge Frau, die zwar ernst und mit einer gewissen Vorsicht, aber auch mit offenem und wachem Blick und einem gewissen Zutrauen in die Welt und in ihre Zukunft schaut.

Working with Traumata in Art Therapy – A Case Study

Georg Kress, Thomas Bihler (Munich)

The aim of this article is to report on some aspects, in which art therapy can be helpful in therapeutic treatment of severe trauma. Painting therapy is an important part of the integrated treatment concept at the Clinic Mengerschwäge. Theoretically it rests on the common traditions of psychoanalytic thinking and especially on AMMON's theory of creativity (AMMON 1981, 1982, 1995), which we have discussed in earlier publications and presentations.

A second important theoretical foundation of our notion of art therapy is the theory of emotional creativity by Georg KRESS, which has been outlined in several articles (KRESS 1987; KRESS, RICHARZ, THOME 1998; KRESS, BIHLER 2000, 2004) and congress lectures. In emotional creativity several dimensions are interrelated and communicate with one another in order to promote personal development and growth, e. g. the dimension of time (past, present, and future), the interrelation of innerpsychic and outer world, the connection and communication of consciousness and unconscious, etc..

One of the main destructive effects of trauma is the fact, that traumatic experience is potentially damaging to these essential connections. The need to defend against the innerpsychic consequences of trauma leads to rigid defense mechanisms and fixated compensatory patterns, who, all in all, effect fixations in thought, feeling, and behaviour. Especially the urge to avoid all instances of insecurity that might trigger the dissociated trauma system causes a strong tendency towards unambiguity. Everything has to be unambiguous, either good or bad, either black or white, etc..

For the traumatised patient who most often suffers from massive dilemmata in his early attachment relationships only in the realm of absolute clearness seems to lie safety. This avoidance of ambivalence has long been a focus of psychoanalytic theorizing and was captured e.g. in the concept of 'splitting', in BION's notion of the 'attacks on linkings' (BION 1959), in AMMON's remarks

about the ‘concretism and pseudo-identity’ of the borderline patient (AMMON, MARSEN 1979), and in recent years by FONAGY’s research on reflective function and trauma (FONAGY, GERGELY, JURIST, TARGET 2004). Especially the latter has elucidated our knowledge about the importance of these connections a great deal. To reflect upon something means to split the ego in two and to be in your imagination part of two realities at the same time. To reflect upon something means to be at the same time the observer and part of the observed. For example: if you reflect upon your past, then you live in your imagination in two times at once: as observing self in the present, and as observed self in the past. It goes without saying, that the therapeutic splitting of the ego is anything but a new concept in psychoanalysis. As prerequisite of the therapeutic alliance and as essential for gaining insight and promoting development in therapy it has been known and discussed since the days of FREUD (STERBA 1934). Additionally GERGELY’s and FONAGY’s research on early mirroring have informed us how important this splitting of the ego is also for the development of affect regulation and secure attachment in the infant. Finally, and most important in our context here, the growing body of research on trauma and reflective function is beginning to show, that proper reflective function is maybe the best protection against the destructive effects of trauma on the self, as well as the most potent protection against the transgenerational transmission of trauma.

Therefore it seems to be central to the therapeutic treatment of trauma to promote reflective function in the patient; to help him stitching together once again the torn up connections in his feeling and thinking. Art therapy is a very useful therapeutic tool for establishing reflective function in the patient. Through it’s interrelations of externalization and internalization it has a lot of similarity with the early processes of mirroring. The patient externalizes his (unconscious) internal states in a work of art. In this act of creativity the painting plays the role of container and mirror, like the mother for her infant. Once this early stage of self-relationship is established in the relationship of painter and painting, reflection upon it becomes possible with the help of the therapist and the group of other patients in painting therapy. In the process of confronting the self with it’s externalized parts internalization takes place and the more mature innerpsychic form of self-reflective relationship can be established. In this process of externalization and internalization, the externalized toxic contents of the psyche can be transformed and decontaminated in a way similar to that BION has described for the early mother-child-relationship (BION 1962).

The following case report is intended to show some aspects, in which art

therapy can help to promote exploration of the self in the past, present, and future and the development of genuine reflective function, thereby helping to resolve a traumatic past and open up possibilities of personal growth in the present and future.

Our patient, Miss B., a young woman in her mid-twenties was admitted to inpatient treatment at Klinik Mengerschwaike because of a long term agoraphobic disorder with panic attacks. The reason for her acute admission being an additional episode of major depression. In the preliminary interviews it became evident, that the current psychic breakdown had a traumatic past history reaching way back into her early childhood..

Miss B., the third and youngest child, was born to her parents in a foreign country where the family lived due to the father's professional activities. Already during pregnancy her mother showed first signs of a psychotic disorder which overshadowed most of Miss B.'s childhood. Although Miss B.'s mother periodically suffered from impulsive outbursts, delusions, etc.. She never entered professional psychiatric treatment or took antipsychotic medication. A main reason for this being the shame-proneness of the father, who desperately longed to preserve the façade of a happy intact family, therefore delegating the role of 'therapist', and 'caretaker' for the mother, to his youngest child, Miss B. from earliest childhood on, was held responsible for regulating her mothers affect and behaviour, staying at home with her, while the rest of the family was out for work or school.

From the viewpoint of early mother child attachment, this massive form of role-reversal alone would have been sufficient to induce severe psychic trauma. But Miss B. was additionally confronted with an attachment figure whose impulsive and often bizarre, sometimes even suicidal behaviour must have been extremely frightening to the child. It went as far as Miss B.'s life being actually threatened by her mother's acting out, e.g. her mother holding her out of a window and almost letting her fall.

When Miss B. entered primary school, her family returned to Germany. Up to this point the family had lived in relative isolation and the children were forbidden to talk to anyone about the mothers problems and the parents violent arguments. Although Miss B still had to keep the family's secrets the new social environment meant some relief to her. Despite their many problems, the family-life remained unchanged until her mother quite suddenly left the family, Miss B being 16 years old.

Out of compassion, Miss B remained living with her father, in order to sup-

port him in every possible way. Three years later when she had finished school and moved out of her father's home, she suffered her first panic attacks. Another tragic loss occurring at that time increased the severity of her symptoms. Miss B. had fallen in love with an older man and soon become pregnant, but lost the baby after a few months of pregnancy. This tragic loss led to an episode of major depression during which she entered inpatient psychiatric treatment for the first time.

Out of her own strength and with her partner's support Miss B. was able to overcome this first crisis and achieve some years of relative stability which enabled her to study at university, and become considerably successful. This period of relative stability ended the year before Miss B. was admitted to Klinik Mengerschwaige. She had fallen in love with another man and was for a long time unable to decide which one she loved best. Due to this unresolved ambivalence she became increasingly depressive. Instead of lifting her spirits and relieving her symptoms, the professional success she achieved at that time, only added to her depression and anxiety.

Although at first she only intended to stay at the clinic for some weeks, she ended up staying for six months, in the course of which painting therapy became the most important form of expression and development for her. During the art therapy sessions, taking place several times a week, she created over 350 paintings some of which will be discussed below in order to illustrate the therapeutic process she went through.

Picture 1: 'Blue Head'

Self portraits were an often recurrent topic in Miss B.'s paintings indicating her constant struggle for identity and sense of self. The blue head shown here, illustrates quite clearly the emotional state of depression Miss B. was in, at the beginning. It seems frozen and isolated from social exchange. The way AMMON expresses it, depression indicates a severe deficit of social energy. To fill up these deficits is one of the main goals of the group centred therapeutic setting of the Klinik Mengerschwaige.

Picture 2 'House Head'

Miss B.'s astounding ability to profit from the social energy exchange she was offered in the clinic, indicates that, despite the trauma she suffered in childhood, there must also have been some aspects of secure attachment in the early

mother-child relationship. This is illustrated here by the picture of a house because in a childlike iconography like this, a house most often symbolizes the 'safe haven' and 'secure base' functions of attachment relationships. But the disturbing fantasy-combination of house and a disorganized-looking face, which seems to be sad and confused at the same time, also hints at the disorganizing qualities of her early mother-experiences.

Picture 3 'Hurt'

The ability to experience some kind of secure-base-relationship in the therapeutic setting enabled Miss B. to face the emotional scars resulting from her biography. As shown in this abstract painting, which strongly reminds of an open wound, the visualization of her psychic pain was a recurrent aspect within her pictures throughout therapy. Externalizing the hurt by creating a work of art opens up the possibility to clearly demarcate the self from traumatic experience, which is one of the curative factors in art therapy.

Picture 4 'Girl on a red sofa'

Another important therapeutic aspect is its potential for capturing and exploring emotional states of early childhood which often cannot be verbally represented. This is impressively demonstrated by the next picture in which Miss B. dives deeply into her past, thereby exploring the roots of her psychic problems. This picture of a three or four year old girl, sitting all alone in an empty room, gives a clear impression of how lost and lonely Miss B. must have felt being alone with her mother all day long at that age. How this desperate loneliness creates a deep longing for a loving and caring attachment figure, a phenomenon AMMON termed as 'symbiosis complex', is on a more implicit unconscious level also portrayed in this picture. The way in which the sofa is drawn reminds of a female body, and especially the armrests could elicit associations to a mother's nurturing breasts.

Picture 5 'Left behind'

In attachment theory the prolonged symbiotic longing for the early care-giving mother is an expression of traumatic disruptions in the attachment bond and the therefore resulting excessive separation-anxiety of the child. The picture clear-

ly portrays the insurmountable distance between the woman and the child, resulting in the child's despair.

Picture 6 'Angry girl'

But not only desire and despair result from early deprivation. The experience of being abandoned also leads to intense anger against the attachment figure. The following picture, which once again reveals an aspect of Miss B.'s childhood, clearly depicts the wishes of the little girl to punish the mother for all the traumatic situations she has created, e.g. by destructive actions like painting the walls.

Picture 7 'Sad girl—bad girl'

But in Miss B.'s childhood aggressive and oppositional behaviour against her mother was more part of a strongly suppressed wishful thinking than reality. Indeed, anger was a quite forbidden feeling for her. This was due not only to her mother's wishes, which forbade her to be anything else than friendly and caring, but also due to her intense fears that she might be completely abandoned, if she would disappoint her mother. Therefore our patient developed a defense mechanism, in which anger was habitually replaced by sadness, worry and depression, because the 'sad girl' of the picture before the last one was allowed, while the 'bad girl' of the last picture had to be excluded from awareness and expression. To express and communicate her anger in therapy was an extremely important and liberating experience for our patient. This led to many 'anger pictures' in painting therapy as Miss B. called them herself.

Picture 8 'The nun'

The destructive consequences this defensive splitting of her personality had on our patient are explored in her next picture. It is a self portrait in the habit of a nun. The nun is on the one hand a symbol for the sheer dominance of defensive selfcontrol and discipline Miss B. developed, in order to compensate her traumatic life history. On the other hand the nun's absolute commitment to brotherly love is also a symbol for a special kind of compensatory mechanism the so called controlling-caregiving pattern of attachment. This is a disorganized form of attachment, which many traumatised children develop in order to cope with a chaotic, helpless, and role-reversing parent. The worried, exhausted, and pe-

trified look of the nun gives a clear impression of how much the need for compensating her traumatic past had cut into the vitality and zest for life of our patient.

Picture 9 'Heart in a vice'

Exploring the latter point in all its emotional significance became a major focus of Miss B.'s therapeutic work. She devoted herself completely to this task, confronting herself bravely with the constrictions she had to suffer from her unconscious ways of defense and compensation, leading to depression. In this way she increased the pressure up to a point, where change became a matter of life and death for her and therefore possible. As a symbolic depiction of this actual pressure, which—seen from a different perspective—she already lived under all of her life, the picture here shows a bleeding heart clasped in a vice-like grip by the black mass of unresolved grief and the cold blue mass of anxiety.

Picture 10 'The mummy'

The pressure to change which is created by the therapeutic work culminates in the next picture. It marks the deepest point of therapeutic regression. From a developmental point of view the picture leads back into the first year of life, giving an impression of what might be called the psychotic core of Miss B.'s psychic problems. Not every traumatised patient is able to go that deep and far. In a commentary she later wrote on some of her paintings, our patient tells about this picture:

"While I painted this picture I became so terribly anxious, that I had to stop and leave it unfinished. Even now I can't look at it without getting nervous. The painting shows a person who has been tied up in bandages. She wears a bonnet and someone has put a piece of plaster over her mouth. The eyes are wide open out of anxiety. I can't associate any special memories with this picture, but I believe, that it expresses my feelings in the first years of life. At that time I was completely overtaxed, helpless, and in a continuous state of panic, without being able to tell anyone or to protect myself. Countless hands are trying to get a grip on the 'mummy'. For me these hands symbolize the threats I had to face permanently as a little girl."

Picture 11 'Fragmented anxiety man'

As we have seen in the impersonations of 'nun' and 'mummy', Miss B., like many other traumatised patients, developed an only seemingly adapted personality, more in accord with the necessities of compensation and defense than with genuine identity development. AMMON termed this phenomenon the 'identity facade' of the Borderline Patient, stating that the psychic disorder in these cases often plays the role of a substitute identity. In Miss B.'s case, the pre-occupation with anxiety disorder and panic served this function.

Due to her often intellectualising defense mode she had read many psychiatric books and scientific articles concerning her problems and had become kind of an expert for her disorders. In the course of exploring the emotional costs of her trauma-compensation-mechanisms in the way we have shown before, our patient more and more felt the desire to experience and develop her real self and get rid of her false self.

While in the pictures above this process took on the form of sadness and mourning the self imposed constrictions, in the following picture destructive anger against the false self lent additional energy to the process of change. Full of anger Miss B. had ripped an article on anxiety disorder to shreds. Out of the pieces of paper she had collaged the shape of a man and a pistol aiming at him. The fragmentation of the 'anxiety man' can be seen as a symbol for the fragmentation of the 'pseudo identity' of our patient taking place during the therapeutic process.

Picture 12 'Sad farewell'

Getting rid of one's false self isn't seen as beneficial in the first place. Instead, liberation and genuine identity development is recurrently experienced as coming close to psychic death. If the patient has enough support from the therapeutic milieu to get him through these times of crisis, he will profit a lot for his personal growth as Miss B.'s later written commentary on the next two pictures indicates:

"These two paintings belong together. One shows a grave. On the gravestone there's a picture showing some roses. The other painting is the portrait of a sad woman. Even in retrospect I feel deep sorrow when I look at the pictures. But on the other hand there's also a feeling of relief that I already have been through some of the 'grief work'. That I didn't feel just sorrow while painting these pictures is shown by the colourful wild plants growing on the

grave. Maybe they symbolize my own growth, which only can take place after one has said farewell to things in the past."

Picture 13 'Chaos—Life'

Fragmentation and chaos are inevitable concomitants in the process of personality change. But for traumatised patients who suffer under the longterm effects of severe disorganization in early attachments this is hardly tolerable. It collides with their most important means to avoid re-traumatisation: control, control of the self, and control of others. In the mind of the traumatised patient losing control is associated with being overwhelmed and emotionally flooded. Learning to let go of control is therefore a decisive step for traumatised patients on the way to liberation and creativity.

In art therapy this learning process can take place in the relative safety of working with a third object. In Miss B.'s case the necessity to keep control can be seen in her strong preference for figurative paintings and in the concrete contents of her pictures. Letting go of control and creating abstract paintings was beneficial to her progress and had to be supported. Instead of being disorganizing or scary the abstract painting here has a vital and lively quality and shows potential for further development.

Picture 14 'Place for little Miss B.'

But the therapeutic process is not only limited to exploring the traumatic past and separating it from the present. There's also the need to explore and take up the positive aspects of the past in order to develop constructive qualities where the destructive and deficient ones can't be used anymore.

Painting therapy can also be useful in this respect as the following picture of our patient shows. On first sight there's kind of a paradise scene depicted here. We see a little girl lying peacefully in a hammock. A friendly grandmother is sitting next to her and is reading her a story. In the background we can see the setting sun, going down over the sea and a southern landscape.

In order to understand the meaning of this idyllic painting we have to look at the situation that lead up to it. During her inpatient treatment our patient took part in a special trauma therapeutic group where she learned different techniques of emotional stabilization. One of these techniques requires the patient to imagine a completely safe place, where he / she can go in his mind to seek shelter. After having constructed this safe place as a mental representation in

the trauma therapeutic group, Miss B. gave it a kind of more material reality by painting it in art therapy and thereby stabilizing the imagination itself. So we have a quite good example here of the possible interactions between painting therapy and explicit trauma therapeutic work.

Picture 15 'Generations'

Another example how trauma therapeutic work is reflected in pictures from art therapy can be seen in the next painting. We see our patient on the right, accompanied by her elder sister and brother. The siblings are portrayed not only as adults but also as little babies. In the background there are two dark shadowy figures, which represent Miss B.'s parents. The shadows seem to be threatening the adult siblings, but the little infants who lie in the shelter of heart-like shapes are obviously protected by their alter egos.

In the trauma therapy group, work with the imaginary 'Inner Child' is another important technique and it has found its visual expression in this painting. But there's a lot more to this picture in terms of resolving trauma. As the work of Peter FONAGY and others has informed us, a very important aspect of resolving trauma is the ability to reflect upon traumatic experience and to see it in context, not only in the context of one's own life history, but also in the context of the parent's biography.

Both aspects of integration are represented in this picture. It is the unique potential of the visual language to capture a lot of complex interrelations in one seemingly 'simple' picture, interrelations which are sometimes at first too complicated to be verbalized, but can be shown and grasped in the presentative symbolization of a painting.

Picture 16 'Mother with child'

The theme of transgenerational transmission of trauma is once again explored in the following picture. The attempt to partly resolve own traumatic experience by also being aware of the pain the attachment figure had to suffer when being a child herself is even more marked in this picture if we follow Miss B.'s own comment:

"On this painting a mother is depicted holding her child in the arm. She is shown from behind. Her back is bleeding and full of scars, which is important. It could be me and my unborn child, but on the other hand it could also be my own mother holding myself in her arm. If one looks at her life history, my

mother has been a maltreated child too. "

Picture 17 'Everything'

The healing power of integration is maybe the most important aspect in resolving trauma. For our patient, Miss B., it surely was:

"I gave this picture the title 'Everything' because it stands for everything or at least for most of what I am. The painting was created at the end of my inpatient therapy, during which I recognized my own complexity. Before my stay at the clinic there has always been either good or evil, either black or white, in myself and in my environment, so as if both alternatives couldn't exist at the same time. In this picture neither of the alternatives dominates—a fact that makes it quite different from my former pictures. The picture shows at the same time my despair, sorrow, and angst, symbolized by the dark figure of a woman on the left, as well as the easygoing nature I sometimes feel in myself, represented by the dancer in the middle of the painting. "

Picture 18 'Head of a beautiful young woman'

This positive outlook should be neither underestimated nor overestimated. Although our patient did exceptionally well in inpatient treatment, there hasn't and couldn't have been anything like complete relief for her troubles. In most respects inpatient treatment is nothing more than a blueprint of future development, and usually it takes several years of subsequent ambulant treatment to get close to these early promises. With these reservations in mind one can never the less be astonished and acknowledge how much our patient has achieved in the six months she stayed at the clinic. If one compares this self portrait of a beautiful, open-minded, and self-confident young woman to the depressed and frozen blue head from the beginning, the development of Miss B. is evident. It may be seen as an example of the ways in which art therapy can contribute to the treatment process of patients with early traumatizations.

LITERATUR

- Ammon, G. (1981): Kreativität, Therapie und künstlerische Gestaltung. *Dynamische Psychiatrie* 14:101-115
- (1982): Kreativität als Grenz- und Identitätsgeschehen. In: G. Ammon (Hrsg.): *Handbuch der Dynamischen Psychiatrie*; Bd. 2, S. 714-735. München: Reinhardt
- (1995): Zur Dimension des Schöpferischen. In: G. Ammon (Hrsg.): *Der mehrdimensionale Mensch*; S. 139-163. Berlin: Pöhl.

- Ammon, G.; Marsen, B. (1979): Das Borderline-Syndrom und das ich-strukturelle Arbeiten. In: G. Ammon (Hrsg.): Handbuch der Dynamischen Psychiatrie; Bd. 1, S. 295-363. München: Reinhardt
- Bion, W. (1959): Attacks on linking. *International Journal of Psycho-Analysis* 40:308-315
- (1962): Learning from experience. London: Heinemann
- Fonagy, P.; Gergely, G.; Jurist, E.; Target, M. (2004): Affektregulierung, Mentalisierung und die Entwicklung des Selbst. Stuttgart: Klett-Cotta
- Kress, G. (1987): Kreativitätsentfaltung – Entwicklungsschritte des Patienten in der Maltherapie. *Dynamische Psychiatrie* 20:65-82
- Kress, G.; Bihler, T. (2000): Transkulturelle Aspekte in der Maltherapie. *Dynamische Psychiatrie* 33:257-281
- (2004): Die Entwicklung der visuellen Sprache – Erfahrungen aus der Maltherapie. *Dynamische Psychiatrie* 37:207-240
- Kress, G., Richarz, B.; Thome, A. (1998): Symbiosis and Separation in In-Patient Psychotherapy – Case Study with Paintings. *Dynamische Psychiatrie* 31:95-108
- Sterba, R. (1934): Das Schicksal des Ichs im therapeutischen Verfahren. *Internationale Zeitschrift für Psychoanalyse* 20:66-73

Georg Kress ist Maler und Bildhauer; er arbeitet als Kunsttherapeut in der Dynamisch-Psychiatrischen Klinik Mengerschwaige.

Thomas Bihler ist Dipl.-Psych., Klinischer Psychologe und Mitarbeiter der Klinik Mengerschwaige.

Autorenadresse: Georg Kress, Thomas Bihler • c/o Klinik Mengerschwaige • Geiseltasteigstr. 203 • 81545 München

E-Mail: Thomas.Bihler@cablemail.de; Georg.Kress@t-online.de

Bowlby's Attachment Theory and Depression: Its Implications in Interventions

Essay

Kam-Shing Yip (Hong Kong)

BOWLBY has been recognized as an influential figure in social work, psychiatry and developmental psychology, in particular his attachment theory. In this essay, the writer revisits his related concepts on clinical depression. By means of a case illustration, these concepts are applied to understand and intervene with a Chinese adolescent with chronic depression.

Keywords: attachment, depression, psychotherapy for adolescent clients, acceptance, past loss, separation

Introduction

John BOWLBY has been described as,

one of the three or four most important psychiatrists of the twentieth century. BOWLBY's attachment theory is one of the major theoretical developments in this half-century. Combining the rigorous scientific empiricism of etiology with the subjective insights of psychoanalysis, it has had an enormous impact in the field of child development, social work, psychology, psychotherapy and psychiatry. (HOLMES 1993, p. 56).

Right now, his influence still prevails in research and intervention with parents (EDWARDS 2002), violent adolescents (THOMPSON 2002), human relations (KOBACK 1999; MITCHELL 1998), childhood disorders (VAN DIJKEN, VAN DER VEER, VAN IJZENDOORN, KUIPERS 1998), child development (BRETHERTON 1997). BOWLBY's concepts still have profound influences in psychotherapy (HOLMES 1996, MACKIE 1981); grief handling (KOPELMAN 1994); attachment (BRETHERTON 1992) and personality development (AINSWORTH, BOWLBY 1991). In this essay, the writer revisits his related concepts on clinical depression. BOWLBY's concepts of pathological reaction to loss of intimate attachment figure are described. By means of a case illustration, these concepts are applied to understand and intervene with a Chinese adolescent with chronic depression.

Bowlby's Attachment Theory

Attachment and Security

BOWLBY (1977) asserted that attachment is a primary need of human to be loved, cared and nurtured by a constant figure. Bowlbey derived his attachment theory from observation of child and infant. He defined attachment as:

Attachment is a way of conceptualizing the propensity of human being to make strong affective bonds to particular others and of explaining the many forms of emotional distress and personality disturbance, including anxiety, anger, depression and emotional detachment, to which unwilling separation and loss give rise. (BOWLBY 1977, p. 201)

With good and constant attachment, a person feels safe, secure and is emotionally stable. It is crucial for infants, children and adolescents to have secure and constant attachment so to ensure a normal and healthy physical and psychological development process.

Insecure Attachment and Attachment behavior

A person with insecure attachment may have a mixture of feelings towards their attachment figure. These feelings include intensive love and dependency, fear of rejection, irritability and vigilance (HOLMES 1993, p. 67). To ensure attachment, an insecure person tries to cling to his or her unstable attachment figure as hard as possible by means of 'attachment behavior'.

Attachment behavior refers to any of the various form of behavior that the person engages in from time to time to obtain or maintain a desired proximity. (BOWLBY 1977, p. 270)

Attachment Bond and Dilemma

„Attachment bond refers to an enduring attachment which the child confines to very few.“ (Bowlby 1982, p. 670). Attachment bond is based on very secure and enduring attachment. But attachment behavior is simply a reaction to insecure attachment. It represents a fear of losing attachment. A child who does not discriminate clearly between those to whom he has an attachment bond and those toward whom he simply manifests attachment behavior is likely to be severely disturbed. (BACAL 1990, p. 216). For BOWLBY, the human dilemma turns on the central importance of an attachment that can not be entirely reliable, must perforce be shared, and will be lost eventually. In the process of human development, maturity depends on the capacity to separate from attach-

ment figure and to form new attachments (HOLMES 1993, p. 70).

Insecure Attachments and Psychopathology

There are several types of insecure attachments described by BOWLBY (1969 1973, 1980, 1977, 1982). They are anxious attachment, compulsive self-reliance, compulsive caregivers and detachment. BACAL (1990) had a good summary of these four types of insecure attachments.

Anxious Attachment

People suffering from anxious attachment are chronically fearful that they may lose their attachment figure, and their threshold for manifesting attachment behavior is low. They are often described as overly dependent or immature, and they are likely to develop neurotic symptoms, such as depression or phobia under stress (BACAL 1990, p. 214).

In other words, persons are fear of losing their attachment figure. As a result of this kind of fear, they may be immature and depressed or stressful in their emotion (BOWLBY 1969).

Compulsive Self Reliance

Those who are compulsively self-reliant have had similar experience as children to those who manifest anxious attachment. Although this behavior is the opposite of anxious attachment, these people also yearn for love and support; however, their reaction has been to protect themselves from rejection or from having to be someone else's caretaker by withdrawing from close relationships. They take care of themselves under all circumstances. Their resentment is also displaced to weaker people, they tend to react to stress with psychosomatic symptoms or depression (BACAL 1990, p. 215)

To escape from the fear of losing their attachment figure, person with compulsive self reliance tend to withdraw from close and intimate relationship (BOWLBY 1973). They may even display this sort of fear and frustration to other weaker persons. It may be manifested in form of psychosomatic symptoms or depression.

Compulsive Caregiving

Compulsive caregiving is a form of attachment behavior in which relationship may be close, but the affectional bond is always one sided. Like the compulsively self-reliant, compulsive caregivers do not seek anything from anyone but, unlike them, constantly extend their attention and concern to others-when

ther or not they are looking for it. ... BOWLBY equates the compulsive caregivers with False self personality configuration described by Winnicott. (BACAL 1990, p. 216).

Within compulsive caregiving attachment, the development of a person's self and personality is manipulated and controlled by his or her caregivers or significant other (BOWLBY 1977). As a result, the person may have difficulties in developing his or her true self and ability to be independent.

Detachment

The emotionally detached individual, who is incapable of developing a stable affectional bond with anyone, is usually identified as a psychopathic and or hysterical personality. His childhood experience is usually one of early, ongoing maternal deprivation as well as of parental rejection in later childhood. (BACAL 1990, p. 216)

According to BOWLBY (1982), prolonged detachment from attachment figure may result in an incapability of developing a stable affectional bond with others. As a result, the individual may be highly isolated and prompt to have psychotic disorder.

Separation, Loss and Anger

Facing the separation and loss from the attachment figures, an individual may have to undergo a process of adjustment and adaptation. HOLMES summarized these four stages which includes:

- Stage 1: Numbing
The very earliest response to a sudden bereavement may be an apparent calmness based on emotional shutdown in which all feeling are suppressed, or reality denied, until the bereaved person is in a safe enough situation to let go a little.
- Stage 2: Yearning , Searching and Anger
The search of the lost object includes physical restlessness and searching everywhere, hoping that their lost loved one may reappear. The person also goes over in their mind every detail of the events leading up to the loss. Anger also appears towards the outcome by being angry towards anyone who responsible for the loss of the attached figure. Anger also direct towards potential comforter so as to come to terms with the loss figure.
- Stage 3 & 4: Disorganization and Despair, and Reorganization

Loss throws the inner worlds and life of the suffer into turmoil. All the assumptions and expectation which depended on the presence of the loved one are now thrown into question. The quasi-depressive state which marks the third stage of grief can be understood in facing the loss. The suffer tried to reorganize his or her new life by seeking for a new attachment figure.

Attachment and Depression

Unpleasant Attachment Experiences in the Causes of Depression

According to BOWLBY (1980), depression is mainly provoked by the following problems in attachment: never have a stable and secure relationship.

According to BOWLBY (1980), depression may be perpetuated by a prolonged lack of a stable and secure relationship with one's significant others in childhood and adolescence.

'He is likely to have had the bitter experience of never having attained a stable and secure relationship with his parents despite having made repeated efforts to so, including having done his utmost to fulfil their demand and perhaps also the unrealistic expectations they may have had of him. These childhood experiences results in his developing a strong bias to interpret any loss he may later suffer as yet another of his failure to make or to maintain a stable affectional relationship' (BOWLBY 1980, p. 247)

The lack of stable and secure attachment may result in problems in establishing stable affective bond and relationship with others in later development. Loneliness and frustration in interpersonal relationship may intensify one's ability to interpret and face loss. As a result, depression may easily be provoked.

Rejected by One's Attachment Figure

BOWLBY (1980) asserted that rejection by one's attachment figure may provoke depression.

He may have told repeatedly how unlovable, and/or how inadequate, and/or how incompetent he is. Were he to have had these experiences they would result in his developing a model of himself as unlovable and unwanted, and a model of attachment figures as likely to be unavailable, or rejecting or punitive. Whenever such a person suffers adversity, therefor, so far from expecting others to be helpful he expects them to be hostile and rejecting. (BOWLBY 1980, p. 247)

The person with depression may have a repeated rejection by his parents or significant others. These unpleasant experiences may be internalized by the indi-

vidual. She or he may assume that others are always hostile and rejecting. With that sort of assumption, in facing adversity, the individual may fail to ask for help from others. Thus, the sense of loss and frustration can be intensified to form the onset of depression.

Actual Loss of Attachment Figure

Actual loss of attachment can also be a crucial factor in the cause of depression.

He is likely than others to have experienced actual loss of a parent during childhood with consequences to himself that, however disagreeable they might have been, he was impotent to change. Such experiences would confirm him in the belief that any effort he might make to remedy his situation would be doomed to failure. (BOWLBY 1980, p. 268)

The experiences of losing one's parents in childhood may make the individual think that she or he is incapable to face loss. As a result, individual's ability to face loss and frustration is greatly hindered and depressive mood is nurtured.

Manifestation of Depression

BOWLBY (1980) described that there are various degrees of severity in the manifestation of depression symptoms. They are sadness, depression and depression disorder.

Sadness

According to BOWLBY, sadness is a normal healthy response to any misfortune.

Sadness is a normal healthy response to any misfortune. Most, if not all, more intense episodes of sadness are elicited by the loss, or expected loss, either of a loved person or else of familiar and loved places or of social roles. A sad person knows who he has lost and yearns for his return. Furthermore, he is likely to turn for help and comfort to some trusted companion and somewhere in his mind to believe that with time and assistance he will be able to re-establish himself, if only in some small measure. (BOWLBY 1980, p. 245)

For a normal healthy person, she or he is able to recover from the loss by seeking for help, comfort and re-establish a meaningful attachment with his or her significant others.

Depression

The symptoms of depression are displayed by the loss of interchange between the person and the external world as well as the disorganization of life and coping mechanism.

Loss of Interchange between the Person and the External World

So long as there is active interchange between ourselves and external world, either in thought or action, our subjective experience is not one of depression: hope, fear, anger, satisfaction, frustration, or any combination of these may be experienced. It is when interchange has ceased that depression occurs and it continues until such time as new patterns of interchange have become organized towards a new object or goal. (BOWLBY 1980, p. 246)

The sense of depression in terms of frustration, anger and fear may be intensified to a degree that the individual gradually loses the ability to have active interchange between oneself and the immediate social environment.

Disorganization

Disorganization implies a loss of organization and order in daily life, social functioning and interpersonal interaction. Unless the individual is able to re-organize his or her life and social functioning, otherwise the mood and problems of depression can be prevailed.

Such disorganization and the mood of depression that goes with it, though painful and bewildering, is none the less potentially adaptive. For until the patterns of behavior that are organized for interactions that are no longer possible have been dismantled it is not possible for new patterns, organized for new interactions, to be built up. It is characteristic of the mentally healthy person that he can bear with this phase of depression and disorganization and emerge from it after too long a time with behavior, thought and feeling beginning to be re-organized for interaction of new sort. Here again his sense of competence and personal worth remains intact. (BOWLBY 1980, p. 246)

Depressive Disorder

Depressive disorder implies a severe degree of depression that greatly disturbs one's integrity in daily life, social functioning and emotional regulation. BOWLBY (1980) asserted that in depression disorder, the individual is greatly disturbed by the senses of helplessness, hopelessness. She or he failed to establish affectionate relationship.

Hopelessness and Helplessness

The sense of hopelessness and helplessness make the individual feel that she or he is abandoned or unwanted by others. „What accounts then for more or less intense degree of hopelessness and helplessness, ... sufferers so often feeling abandoned, unwanted and unlovable.“ (BOWLBY 1980, p. 246)

Learned helplessness

The sense of learned helplessness makes the individual feel unable to deal any frustration and problems.

SELIGMAN (1973) draws attention to the ways in which a person having frequently failed to solve certain problems, thereafter feels helpless and , even when confronted with a problem that is well within his capabilities, is liable to make no attempt to tackle it. Should he then attempt it and succeed, moreover, he is still liable to discount his success as mere chance. (BOWLBY 1980, p. 247)

Unable to Make Affectional Relationship

The individual feels failed and helpless or in vain in establishing affectional and intimate relationship with others. „In most depressive disorder, including that of chronic mourning, the principal issue about which a person feels helpless is his ability to make and to make and to maintain affectional relationships.“ (BOWLBY 1980, p. 247)

A Case Illustration

By means of a case, the writer applies BOWLBY's attachment theory in working with an adolescent with depression. To protect the confidentiality of the client, his personal identity and information is properly disguised. His sister approached the writer for help. The writer counseled him for about two years' time. Besides receiving psychotherapy from the writer, he was also on constant medication from a private psychiatrist. His consensus to use his story for academic purpose was obtained.

Johnny was born in Hong Kong. He was the second child of his parents. His father was a merchant who ran business in the Mainland China. As her mother did not have interest and patience in taking care of children. He and his elder sister were cared by a Filipino maid. Her mother indulged in playing Majhong (a kind of traditional Chinese gambling with four persons playing a special

kind of ivory made Chinese cards. This game is very popular, especially among women in Hong Kong).

They were kept at home lonely at home. Her mother died of cancer when Johnny was only seven. His father was superstitious and believed a fortune-teller's prediction that Johnny's fate was miserable and would bring bad luck to his parents. The death of Johnny's mother seemed to actualize the prediction of the fortune-teller. As a consequence, Johnny's father tended to reject the togetherness of Johnny. He sent Johnny to a boarding school. In school, he was lonely, unhappy, introvert, and quiet. He rarely talked with others. His father rarely visited him. Sometimes, he spent his summer vacation in the boarding school. He thought that he was the black sheep of his family. In the boarding school, his teachers advocated rigid discipline and required students to have strict obedience. Johnny was frequently punished by his teachers as he always felt tired and slept in the lessons. He needed to repeat grade 4 and grade 7. In grade 10 he was dismissed by the boarding school because of very poor academic performance.

He returned home and was enrolled in a certificate course in car repair in a technical college. At that time, his father opened a factory in the mainland China. He seldom returned home. Johnny and his elder sister had to look after themselves in everyday life. Johnny felt in love with a female schoolmate in his technical college. Their intimate courtship lasted for one year. His girlfriend separated him after a quarrel. Johnny had problems in facing the loss. He was severely depressed. He refused to eat and go to school for two weeks. He did not have interest in doing any activities. He simply sat still in his room. Finally, her elder sisters took him to hospital. He was diagnosed as suffering from major depression episode. He was then hospitalized for three months and discharged home. He was under the constant medication of anti-psychotic drugs from a private psychiatrist. By the time his sister approached the writer for help, he had suffered for depression for three years' time already. His mental state was stable under constant medication. But his depressive mood still prevailed. He was unable to continue his study in the technical college. He was a casual labor in McDonald restaurant. On and off, he was depressed and unable to work. He felt exhausted and helpless in facing stress and resolving personal problems.

According to BOWLBY's (1980) description, Johnny's depression may be nurtured by problems in attachment. Johnny failed to have a stable and secure relationship with his parents. He was also rejected by his father after the loss of

his mother. All these problems in attachment tended to make Johnny feel sad, lonely and inferior. What below is BOWLBY's self-narration.

„I feel lonely, sad and inferior. No one loves me. No one cares about me. Even my parents do not like me. In my childhood, my mother only liked to play Majhong and left us at home. The Filipino maid only gave us food and blamed us if we did not follow her orders. My father sometimes played with me. But he seemed to believe the fortune teller's nonsense that I was the black sheep of the family. He rejected me. He abandoned me in a boarding school. I was punished by my teachers and isolated by my classmates. You knew I always thought that I was nothing but a nuisance to my family, to my school and to others. Frankly speaking, I dared not to relate to others. I was afraid of being rejected and bringing trouble to others. I am lonely, isolated and fatigue in my whole life.“

Johnny was unable to face the loss and problems in attachment. He seemed to be lack of confidence to initiate intimacy and affective bonding with others. The courtship of her girlfriend seemed to be a good breakthrough of these emotional barriers. Johnny had tried her best in the courtship but still he faced the loss of the intimate courtship. For Johnny, this loss was fatal, so fatal that it broke all Johnny's coping mechanism and provoked the onset of his major depression episode. Johnny frankly disclosed the following.

„You know, I had tried my best to establish a good relationship with my girlfriend. I tried to please her in every way she liked. I sacrificed my time, used up my earning and saving to buy gifts, to have entertainment and to do everything she liked. At first, we went on well. But she seemed to be angry with me and rejected my caring. In fact, she had another boyfriend. She only played around with me and regarded me as a toy or a silly boy who gave money to spend. She rejected me as my parents rejected me. She looked down upon me as my teachers did.“ (Johnny cried bitterly in disclosing his painful feeling of being rejected).

The Manifestation of Depression

In line with BOWLBY's thinking, Johnny's experience of depression consisted of anger, frustration and senses of hopelessness and helplessness. All these intensive and unpleasant feelings are so strong that made Johnny's life be massive and disorganized. Johnny frankly elaborated his anger and frustration towards the separation of his parents.

„I did not like to be sent to the boarding school after the death of my mother. My father simply dumped me again from my family. I thought my eldest sister was much lucky than me. She was able to live with my father. She went to a good secondary school and was loved by my father. All these unfair treatment was only due to the nonsense told a fortune teller that my fate brings bad luck to my family but my sister fate brings fortune and blessings (traditional Chinese superstition like to predict one fate by reading one's date of birth, face and features). It is totally nonsense. I hated the boarding school. It was simply a prison for my bad fate and isolation from my family. I was anger with my father. “

Facing all these unresolved anger, Johnny gradually felt helpless, hopeless, and useless in doing anything to change his own situation. This was why he turned introvert, inert, withdrawn from normal school life.

„I could not change anything. I was totally despaired. I had no say to refuse the admission in the boarding school. I hated the teachers there. I could not sleep well. Every night I asked myself why I was so helpless and so hopeless. In lesson time, I was dreadfully sleepy. I could not learn anything. I was punished by my teachers. They always said me I was hopeless and helpless. “

All these unpleasant feelings seemed to nurture a spontaneous depressive mood within his childhood and adolescence. The depressive mood greatly intensified by the loss of the intimate courtship of his girlfriend. Johnny frankly admitted that the loss of his girlfriend make him crazy and insane. His life was totally disorganized. He was out touch of reality in his major depression episode. Johnny said,

„The leaving of my girl really frustrated me deeply. I was totally disorganized. I hated myself. I hated my parents. I hated my girlfriend. I hated all those who abandoned me. I was angry with myself. I hated myself why I was so bad that everybody left me and hated me. I was hopeless and helpless. My whole life would be destroyed by my bad fate. All these frustrations, anger and endless sadness burnt in my mind and totally occupied my thinking. I did not want to eat, to sleep and to do any thing. I did not want to see anybody. I could only sit still in my own room, with all windows closed and lights turned off. My room was dark so as my life. I was hopeless. I had no future. My sister persuaded me to go out from my room and eat. My father blamed me that I was useless. Yes I was. They did not know that I was so hopeless and helplessness just because their abandonment. I was abandoned by them. In fact, I wanted to die. I had tried means to kill myself. But my sister watched me closely. When I tried

to cut my wrist, she sent me to a mental hospital. “

The Intervention

According to BOWLBY concepts of clinical depression, the author tried to formulate the psychotherapy for Johnny. It consisted of six important stages.

- Stage 1: Proper ventilation of frustration towards loss and separation,
- Stage 2: Acceptance of past loss and separation
- Stage 3: Enhancement of ability to communicate internal frustration
- Stage 4: Revitalizing personal strengths and contact of reality
- Stage 5: Re-establishing meaningful attachment
- Stage 6: Re-establishing confidence in relating other

Proper Ventilation of Frustration towards Loss and Separation

For those persons with depression, they are canned with anger, frustration, hopelessness and helplessness (BOWLBY 1980). Thus, it is important that all these unpleasant feelings can be properly ventilated. In Johnny's case, the writer tried to help Johnny to ventilate these unpleasant feelings.

Johnny's canned unpleasant feelings were, in fact, not being understood by his sister and his father. Johnny was not accustomed to ventilate all these feelings properly. Under the arrangement of the writer, Johnny learnt how to ventilate his feelings properly. The writer encouraged him to tape down the counseling process, especially the elaboration of his feelings. Then the writer encouraged his father and his sister to listen to the tape. With better understanding of Johnny's deep-seated feelings, the writer encouraged Johnny to share his feelings with his father in particular his unresolved anger towards his father. With tears, his father felt regret for his previous attitudes towards Johnny.

Acceptance of Separation and Loss in the Past

Along the line of BOWLBY's concept of clinical depression, it is important for the client to accept the separation and loss in the past and take all these in a positive way. In Johnny's case, the writer tried to make Johnny to accept the death of his mother. The writer encouraged Johnny to forgive his father in neglecting him and sending him to the boarding school.

Johnny's father felt deeply regret for his previous neglect towards Johnny. Johnny cried bitterly. His father embraced Johnny closely. The writer encouraged Johnny to forgive his father. Johnny nodded his head and promised. Two days later, the whole family went to his mother's tomb. Johnny wrote a letter to his deceased mother and built it in front of his mother's tomb. Johnny seemed to discharge his deep-seated anger and frustration behind his separation and loss in his childhood and adolescence. Together with the writer and his sister, he went back to his boarding school and had a close chat with his teachers. They all showed deep concern on Johnny's present situation and encouraged him to live a normal life and contribute to the society. They also invited Johnny to be a volunteer in the fun day of the school.

Enhancement of Ability to Communicate Internal Frustration

It is important to enhance the client's ability to communicate internal frustration properly with others in facing loss and separation so that the client's does not accumulate anger, sadness and senses of hopelessness and helplessness that provoke clinical depression. In Johnny's case, the writer tried his best to achieve this.

After he had forgiven his deceased mother and his father, Johnny felt much better. He seemed to have a much positive feeling about himself. He knew that he was still cared by his father and his teachers. The writer helped him to learn social skills in relating others. He learnt proper ways to initiate social interaction. He practiced proper ways to express his feelings while he was rejected or ignored by others. He even wrote a letter to his previous girlfriend saying he still cared her and would help him if she needed. Gradually, Johnny seemed to be much mature in establishing a better relationship with others.

Revitalizing Personal Strengths and Contact of Reality

BOWLBY (1980, 1982) asserted the recovery of sadness of depression depends on a re-organization of life and proper contact with the external world in coping with the loss and separation. In Johnny's case, the writer helped him to revitalize his potential strengths and re-built a normal life pattern.

With the encouragement of the writer, Johnny returned back the technical college. He worked hard to continue his study in the technical college. The writer discussed with Johnny, his sister and his father about Johnny's interest and strengths. They all agreed that Johnny liked drawing and playing chess

while he was small. Johnny said playing chess and drawing were his only interest to help him to facing boring and frustration. The writer encouraged Johnny to develop his interest further. He joined the chess society in Hong Kong and learnt advanced chess playing technique. He also enrolled another course in computer drawing. Johnny seemed to revitalize his vigor in living a normal and fruitful life as other normal youths and adolescents.

Re-establishing Meaningful Attachment

According to BOWLBY (1980), meaningful and fruitful attachment seems to be pre-requisites for normal personal development. In Johnny situation, the writer helped Johnny to have secure attachment with his father, sister and other significant others.

The writer encouraged Johnny's father to love and care Johnny. He shared Johnny's feelings and encouraged him to participate in healthy activities. Furthermore, the whole family went to holiday trips to Japan, Taiwan, and other countries. The affective bond among him, his father and his sister was greatly improved. Johnny felt much better now. He said he felt he had a happy family and he was loved by his father and his sister. Also, Johnny knew how to make friend with his classmates in the technical college. He was an active member in the chess society. Though he was still on anti-depression drug, the dosage was much reduced.

Re-establishing Confidence in Relating with Others

Along BOWLBY's line of thinking, a healthy and normal individual should have:

- good confidence in relating with others,
- good interpersonal ability, and
- good coping abilities in facing separation and loss.

In Johnny's case, gradually, he was able to achieve all these.

Gradually, Johnny was able to develop a positive self image among his peers. He was a member in team of chess player and participated in international chess playing games. Two years, he was graduated from the technical college with a certificate of car repair. His father gave him a good sum of money and Johnny opened a car repair workshop. He felt happy in running his own business. He had a constant courtship with a new girlfriend who was a team-

mate in the chess team. Two years later, they married and had a happy family thereafter.

Conclusion

As a conclusion, this paper is an attempt to describe BOWLBY's concepts of depression. In terms of his attachment theory, BOWLBY (1980) asserted that depression is a reaction and response to prolonged separation and loss.

By means of case illustration, the writer tried to demonstrate that BOWLBY's concepts of depression have important implications in working with a Chinese adolescent with depression disorder. Interestingly enough, BOWLBY (1980) stressed even within different cultures, the experiences and responses of mourning are similarly loaded with anger, frustration and sadness.

Nevertheless, many scholars asserted that the manifestation of depression symptoms varies in different cultures. In fact, individuals' experiences of depression are constructed within specific cultural contexts (FABREGA 1995; ANTHONY, BENEDEK 1975; KARP 1996; BROWN, HARRIS 1978; D'ANDRADE 1984; DE VRIES et al. 1992; JENKINS 1997). Different cultures may have different interpretation and connotation of depressive affects like guilt, shame, anger and rage which may be different from the western culture (ANTHONY, BENEDEK 1975; KARP 1996; BROWN, HARRIS 1978; JENKINS 1997).

Johnny and his father were Chinese people. Johnny's anger and senses of helplessness and hopelessness such as bad fate told by the fortune teller is closely related to superstitious and religious beliefs in traditional Chinese culture (NG 1990; TIEN 1985; TSENG, LIN, Yeh 1995; DRAGUNS 1997; LIN 1982, 1983; YIP 2002). Johnny's frustration of failure to form attachment to his father and mother may also reflect the traditional Chinese orientation in terms of strong family ties and attachment (YANG 1995).

Finally, experiences of depression are also subjectively interpreted and felt by individuals (DE VRIES et al. 1992, JENKINS 1997; ANTHONY, BENEDEK 1975; KARP 1996; BROWN, HARRIS 1978; JENKINS 1997). Professionals should be empathetic to client's suppressed needs, frustration and sufferings symptoms of depression which are caused by problems in social environment (STRAUSS 1992, DONAHUE 2000; FRANKL 1963, YIP 2002). BOWLBY's concepts of attachment and loss seems to be a good start for us to believe that respecting all these can have good therapeutic implications in helping a person with depression to face the frustrating reality constructively.

Zusammenfassung

BOWLBY ist als bedeutender Wissenschaftler im Bereich der Sozialarbeit, der Psychiatrie und der Entwicklungspsychologie, besonders durch die Entwicklung der Bindungstheorie, bekannt.

In der vorliegenden Arbeit stellt der Autor BOWLBYs Konzept in Bezug auf die klinischen Depressionen dar. Nach BOWLBY entwickelt sich eine Depression durch einen langanhaltenden Mangel an stabiler und sicherer Beziehung zu bedeutenden Personen in der Kindheit und Jugend.

Auch spontane Zurückweisungen durch Bindungspersonen können Depressionen provozieren. Der Verlust von Bindungspersonen in der Kindheit und Jugend führt unweigerlich zur Entwicklung einer Depression.

BOWLBY beschrieb unterschiedliche Schweregrade depressiver Symptome. Er unterschied Trauer, Depression und depressive Störungen.

Trauer ist eine gesunde und adäquate Reaktion auf erfahrenes Unglück. Depression entsteht durch den Verlust von Austausch zwischen dem Menschen mit seiner Umwelt und durch die Desorganisation der Lebensverhältnisse und Bewältigungsmechanismen. Depressive Störungen implizieren einen schweren Grad an Depression wodurch die Integrität des täglichen Lebens, die sozialen Funktionen und die emotionale Regulationsfähigkeit stark beeinträchtigt sind. BOWLBY beschrieb, dass bei depressiven Störungen die Person durch das Erleben von Hilflosigkeit, Hoffnungslosigkeit und der Unfähigkeit, emotionale Beziehungen eingehen zu können, stark beeinträchtigt ist.

Im Rahmen einer Falldarstellung können diese Konzepte angewandt werden um Verständnis und Interventionsmöglichkeiten bei einem chronisch depressiven, chinesischen Jugendlichen zu bieten. Bezugnehmend auf BOWLBYs Konzept der klinischen Depression formuliert der Autor eine Psychotherapie bei jugendlichen Patienten mit Depression. Diese basiert auf sechs Stufen.

- Die erste Stufe besteht in der genauen Exploration von Frustrationserlebnissen bezüglich Verlusten und Trennungen in der Vergangenheit.
- Die zweite Stufe beinhaltet die Akzeptanz von vergangenen Verlust und Trennungserfahrungen.
- Stufe drei zielt auf eine Verbesserung der Fähigkeit, Enttäuschungserlebnisse mitteilen zu können.
- Die vierte Stufe beinhaltet die Revitalisierung der persönlichen Stärke und der Verbesserung der Kontaktfähigkeit zur Realität.

- In der fünften Stufe geht es um die Wiederherstellung von bedeutsamen Bindungserlebnissen.
- Die sechste Stufe besteht in der Etablierung von Vertrauen in die Beziehung zu anderen.

REFERENCES

- Ainsworth, M. S.; Bowlby, J. (1991): An ethological approach to personality development. *American Psychologist* 46(4):333-341.
- Anthony, E. J., Benedek, T. (eds.) (1975): Depression and Human Existence. New York: Little Brown.
- Bacal, H. (1990): John Bowlby. In: H. A. Bacal, K. M. Newman (eds.): Theories of Object Relations: Bridges in Self Psychology; pp. 206-222. New York: Columbia University Press
- Bowlby, J. (1969): Attachment and Loss; vol. 1: Attachment. London: Hogarth.
- (1973): Attachment and Loss; vol. 2: Separation: Anxiety and Anger. London: Hogarth.
- (1977): Attachment: the making and breaking of affectional bonds: Aetiology and psychopathology in the light of attachment theory. *British Journal of Psychiatry* 130:201-210.
- (1980): Attachment and Loss; vol. 3: Loss: Sadness and Depression. London: Tavistock.
- (1982): Attachment and loss: Retrospect and prospect. *Journal of American Orthopsychiatry* 52: 666-578.
- Bretherton, I. (1992): The origins of attachment theory: John Bowlby and Mary Ainsworth. *Developmental Psychology* 28(5):759-775.
- Brown, G. W.; Harris, T. (1978): Social Origins of Depression: A Study of Psychiatric Disorder in Women. New York: The Free Press.
- D'Andrade, R. G. (1984): Cultural meaning system. In: R. G. Shweder, R. A. Levin (eds.): Cultural Theory: Essays on Mind, Self and Emotion; pp. 88-122. New York: Cambridge University Press.
- de Vries, M. W. (ed.) (1992): The Experience of Psychopathology. New York: Cambridge University Press.
- Draguns, J. G. (1997): Abnormal behavior in Chinese societies: clinical, epidemiological and comparative studies. In: M. H. Bond (ed.): Chinese Psychology; pp. 412-428. Hong Kong: Oxford University Press.
- Donahue, A. B. (2000): Riding the mental health pendulum: mixed messages in the era of neurobiology and self-help movement. *Social Work* 45(5):427-437.
- Edwards, M. E. (2002): Attachment, mastery and interdependence: a model of parenting processes. *Family Process* 41(3):389-404
- Fabrega, H. (1995): Cultural challenges to psychiatry enterprise. *Comprehensive Psychiatry* 36(5):377-383.
- Frankl, V (1963): Man's search for meaning. New York: Pelican Press.
- Holmes, J. (1993): John Bowlby and Attachment Theory. London: Routledge.
- (1996): Bowlby, Fairbairn, and Sutherland: the Scottish connection in psychotherapy. London: Free Association.
- Jenkins, J. H. (1997): Subjective experience of persistent schizophrenia and depression among US Latinos and Euro-American. *British Journal of Psychiatry* 171:20-25.
- Karp, D. A. (1996): Speaking of Sadness. Oxford: Oxford University Press.

- Koback, R., (1999): The emotional dynamics of disruptions in attachment relationships: Implications for theory, research and clinical intervention. In: J. Cassidy, Ph. Shaver (Eds.): *Handbook of Attachment: Theory, Research and Clinical Intervention*; pp. 21-43. New York: Guilford.
- Kopelman, L. M. (1994): Rejoinder: If grief is not bad, is it good?. *Philosophy, Psychiatry and Psychology* 1(4):225-226.
- Lin, T. Y. (1982): Culture and psychiatry: a Chinese perspective. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 16:235-245.
- (1983): Psychiatry and Chinese culture. *The Western Journal of Medicine* 136(6):862-867.
- Mackie, A. J. (1981): Attachment theory: Its relevance to the therapeutic alliance. *British Journal of Medical Psychology* 54(3):203-212.
- Mitchell, S. A (1998): Attachment theory and the psychoanalytic tradition: Reflections on human relationality. *British Journal of Psychotherapy* 15(2):177-193
- Ng, V. (1990): *Madness in Late Imperial China: From Illness to Deviance*. London: University of Oklahoma Press.
- Seligman, M. E. P. (1975): *Helplessness on Depression: Development and Death*. San Francisco: Freeman.
- Strauss, J. S. (1992): The person-key to understand mental illness: towards a new dynamic psychiatry 3. *British Journal of Psychiatry* 162:19-26.
- Tien, J. K. (1985): Traditional Chinese beliefs and attitudes towards mental illness. In: W. S. Tseng, Y. H. Wu (eds.): *Chinese Culture and Mental Health*. New York: Academic Press.
- Thompson, C. (2002): The disposables: Our treatment of violent behavior. *American Journal of Psychoanalysis* 62(3):273-284
- Tseng, W. S.; Lin, T. Y., Yeh, E. K. (1995): Chinese societies and mental health. In: T. Y. Lin, W. S. Tseng, E. K. Yeh (eds.): *Chinese Societies and Mental Health*; pp. 3-18. Hong Kong: Oxford University Press.
- van Dijken, S.; van der Veer, R.; van Ijzendoorn, M.; Kuipers, H. J. (1998): Bowlby before Bowlby: The source of an intellectual departure in psychoanalysis and psychology. *Journal of the History of the Behavioral Science* 34(3):247-269.
- Yang, K. S. (1995): Chinese social orientation: an integrative analysis. In: T. Y. Lin, W. S. Tseng, E. K. Yeh. (eds.): *Chinese Societies and Mental Health*; pp. 19-39. Hong Kong: Oxford University Press.
- Yip, K.-S. (2002): Subjective experience of depression. *Social Work* 47(4):471-472.

Author's address: Prof. Kam-Shing Yip • Department of Applied Social Studies • The Hong Kong Polytechnic University • Hung Hom, Kowloon, Hong Kong • Fax: (852) 277 36558
E-mail: sskyip@polyu.edu

Compensatory Attachment Development – A New Paradigm in Psychotherapy and Psychiatry?

Martin Urban (München)

Clinical researches revealed that in groups of mentally ill persons 87% showed an insecure pattern of attachment behaviour. Every patient should be looked at as a help-seeking person whose attachment system is activated. Consequently the therapist has to show a corresponding sort of behaviour. A 'good therapeutic relationship' seems to be not only a precondition of psychotherapy but one of its main aims. Shaping the therapeutic relationship (which reflects the patients' early attachment pattern) means to cause a compensatory attachment development. The author reflects these possibilities, facing the different diagnostic groups of anxiety and borderline disorders, depression and schizophrenia. Finally he discusses some consequences for the setting and atmosphere in psychiatric institutions, with special comment of the soteria model.

Keywords: attachment theory, anxiety disorder, borderline personality disorder, depression, schizophrenia, soteria.

When John BOWLBY – around 1960 – presented his findings about children's behaviour in the 'strange situation', about the importance of 'attachment, separation and loss', presenting his new theory of attachment as a primary motivating system in human behaviour, he caused a storm of protest and contradiction in the psychoanalytic world. In the following years his work was never really mentioned in psychoanalytic literature, nor was it received by the other psychotherapeutic schools. It seemed to be just a chapter in the book of children psychology.

Basic Findings of Research

But time changes, and since about 10 years there has been an enormous interest and an increasing flood of clinical research and publications showing clearly more and more the importance of early attachment development and attachment disturbances even for the adult person. Of course, human development is a multifactorial process changing throughout lifetime, but disturbances in the early relationship between the child and its primary caring person (normally the mother) seem to have an enormous impact on the emotional stability or instability of a person, causing different types of either *secure* or *insecure* attachment behaviour.

In demonstration videos of the ‘strange situation’ we can observe 1½ years old children, when the mother leaves them alone in a sort of a doctor’s waiting room, and just after three minutes the mother comes back. Here we see all of them being troubled and anxious, but some of them are really in despair, heart-rendingly screaming or in outburst of rage. Realising this, one cannot doubt that these early experiences will influence the children’s further life like an imprint on the soul. Nowadays many studies and scientific research have proved that in clinical populations the rate of insecure attachment styles is much higher than in a normal population.

	Normal population [%]	Clinical groups [%]
Secure	55-60	13
Ds = dismissing (insecure-avoiding)	15-20	41
E = enmeshed/preoccupied (insecure-ambivalent)	10-20	46
U = unresolved trauma (desorganised)	15-20	80

Fig. 1. Distribution of secure and insecure attachment representation (measured by AAI), by normal population compared to clinical groups.

According to a metaanalytic study by van IJzendoorn & Bakermans-Kranenburg (1996: 14 studies, N = 688) (cf. Buchheim 2005).

These results show that attachment development in early childhood must be acknowledged as a very powerful risk factor for mental health. One could even say that disturbances of attachment behaviour in early childhood is probably one of the most important roots (or conditions) of mental illness in the later life of a person.

What does that mean for our theory and practice of psychotherapy and psychiatry?

Consequences for Psychotherapy

First thesis:

The patient is a help-seeking person: being troubled his attachment system is activated.

In this situation his primary need will be the need for attachment, i.e. to have somebody physically near, ready to listen, able to understand, ready to give him support.

As HOEGER (2005) newly pointed out, the patient asking for psychotherapy normally is in a troubled situation, that means: his attachment system is active. Automatically he is looking for someone who might care for him, who will be

able to understand him in his troublesome situation – like the anxious child seeking the mother. This is normal human behaviour, not childish, not pathologic – it is a basic human need.

So, coming to the therapist, what does the patient need? First of all: an empathic person, signalling that he will have time enough for listening, who will be capable of understanding and of accepting him in his troubled situation, and who will *react* emotionally and immediately. This is in correspondence with BOWLBY's concept of 'sensitive responsiveness' (Feinfühligkeit) as a necessary trait of a good mother. It is as well in correspondence with the findings of a broad stream of research in psychotherapy, done by the school of Client Centred Therapy, about the main variables describing a good therapist. These main variables are: empathy, unconditioned acceptance, and authenticity.

This point seems to be a matter of fact. But it is not. FREUD told the psychoanalytic therapist to behave 'like a plain mirror', that means *not to react* emotionally, at least not to communicate his own feelings. The behaviour therapist is told to behave more like a teacher, instructing his patient about the rules of learning and dealing with him in order to work out a new learning program. This all might be useful, at a certain time, but first of all and in general, the patient needs that quality of sensitive and empathic responsiveness – only this will reduce his anxiety, and only on a low level of anxiety we are able to learn, to make new experiences and progress in autonomy. BOWLBY (1988) states, that the therapist should become a 'secure base' on which the patient can rely, so that he will be able to activate his 'exploration system' and thus find new solutions for his problems.

I am convinced that this is the key of understanding for many 'unspecific effects' of psychotherapy. I'll tell an example: One day a young man came to me who suffered from both an anorexia nervosa and a phobia. One year before he had made a psychotherapy with a doctor, just 25 sessions, and he had lost his anorexia—which is well known as a normally severe disorder (and rather seldom with male patients). I asked him what the doctor had done with him—he could not very well explain what it really was: they had talked together about everyday events, "it was quite a nice conversation!" he said. "No analysis of dreams or unconscious problems, no eating control programs or 'cognitive restructuring', more like a small talk."

But in fact he lost his symptom of anorexia. Then, one year later, he came to me, because the other symptom bothered him increasingly: he could hardly leave the house because of his phobia, being so anxious about getting in con-

tact with the excrements of dogs and infecting himself with a life-threatening illness. It was a strange symptom and in my opinion probably connected with unconscious problems of sexual fear, caused by a very complicated oedipal conflict situation (until that time, he did not have a girlfriend). I was prepared to undergo a long and difficult therapy, but he lost these problems again in less than 25 sessions. He told me about some problems in his job at a bank, where he was a specialist for computer networks. His teamleader apparently was less clever in that field and seemed to envy the young man, starting a sort of mobbing. My patient became furious, telling me about these events and decided to go to his upper boss, informing him about the problem. Of course, I encouraged him to do so, and he succeeded. The teamleader was corrected and removed, and my patient was rehabilitated. Shortly after that event he made a holiday trip, and straight at the airport he met a nice girl, he fell in love with her, he had his first sexual experience without problems, and now they are married.

What happened in that therapy? In both cases, with his first therapist and with me, the patient apparently profited to such an amount from the good therapeutic relationship as a secure base that he was able to resolve even difficult mental problems by himself!

How can we explain this effect?

This will be the second thesis:

There is a transference not only of libidinous wishes, but as well of the need for attachment, upon the therapist.

It sounds logical to extend FREUD's concept of transference from the libidinous wishes to the need for attachment. And this seems to be a comparably strong factor.

Another example:

In my first years in acute psychiatry I saw a psychotic woman who set fire to her pyjama (made of nylon) one day and nearly burned herself to death. Our contact at that time was limited to few conversations, then I left the hospital and that city. Some years later I met her in a public conference about reforms in psychiatry. Giving a comment, she introduced herself saying, "I am Mrs. N., a schizophrenic patient, and (pointing towards me) there is my therapist!" I was ashamed, obviously I underestimated the importance of our relationship, based on her need for attachment, so that over years she could hold the representation of that relationship and the feeling of 'belonging to each other'.

The patient transfers his early wishes for attachment to the therapist, and ob-

serving his behaviour towards the therapist, especially in a case of separation (if the therapist is ill or on holidays), we can analyse the different types of attachment representation (that means, the sum of a person's experiences concerning his need for attachment from early childhood on): it developed either as a secure type, or insecure-ambivalent, or insecure-avoiding. This is not the only a source of assessment: what the patient refers to about his childhood, about his relationship to father and mother, his actual contact to the family members, his attitude to partnership and children's education – all this is useful information about the 'inner working model' (BOWLBY) and the actual state of the patient's attachment system.

And, as we can learn from the experiences with the Adult Attachment Interview (AAI): it is not only the content of the patient's report about his essential relationship experiences (namely in the childhood) but as well the way he speaks about: whether this report is consistent or not, differentiated or globally idealising respectively rejecting persons, whether he can give concrete examples or not: all these marginal traits give us important information about the patient's attachment development. But a second and immediately touching way of assessment will be the patient's actual behaviour toward the therapist – observing this as a form of transference.

Normally the patient profits from the therapeutic relationship, if it has the quality of a secure base, with an empathic and emotionally reacting therapist. So he can make progress in understanding and accepting himself, in mastering his daily life problems, and building up his self esteem. His recovery potential is active and effective. This happened with the first patient mentioned above (with anorexia and phobia) because he was – in spite of his difficult symptoms—a 'neurotic person', without deeper disturbances in his attachment development.

But the 'good therapeutic relationship' will not be generated automatically by transference. If the child suffered too much from disturbances in attachment development, the adult person will have difficulties to trust in any person, he will transfer his *lack of confidence* upon the therapist. Concretely: he may cling on him like an anxious child, expecting to be left alone (as he felt with his mother), or he might fight against the therapist, provoking him in a mixture of anxiety and anger, or he may avoid to get in emotional contact with the therapist in order to avoid frustration (which he had with his mother). That means: in such cases the patient's style of attachment behaviour will work as a sort of resistance for the therapeutic process. But this fact can be used as well as an

issue for the therapeutic work, because, as FREUD says, psychotherapy consists of ‘working on transference and resistance’. The transference of the patient’s need for attachment upon the therapist gives us the chance to work on his attachment system in the sense of a *compensatory attachment development*.

This is my third thesis:

Psychotherapy, under the perspective of attachment theory, means: using the chance for compensatory attachment development.

That means, a good therapist must be able to understand and to bear the patients’ difficulties in the therapeutic relationship—clinging or fighting or withdrawal—not as a mere sort of resistance or bothering habit, but as manifestation of his deepest suffering: not having had the experience of a stable early relationship which would have been necessary to build up the fundamental ability of trust (‘Urvertrauen’, according to Erik H. ERIKSON 1959).

I would like to explain this in more detail with four diagnostic groups which are specially connected with the different attachment styles:

insecure-ambivalent type:	the clinging-dependant patient (anxiety/panic disorder) the fighting-dependant patient (borderline personality disorder)
insecure-avoiding type:	resigned withdrawal (anaclitic depression) refusing communication (schizophrenia).

Anxiety or Panic Disorder

Patients with an anxiety disorder or with panic attacks have often been ‘normally functioning’ persons until a certain point of their life: situations like splitting partnership, or the real, or expected loss of mother or father or of another important attachment-person typically are the starting point of those symptoms. Looking back on my own psychotherapeutic education I can say that there was no satisfying theoretical explanation nor sufficient practical handling advice for this sort of mental disorder. Even behavioral programs were not successful in severe cases and therapists easily became angry after some time of inefficient therapeutic work with these ‘clinging patients’ who seemed to deny any progress in mastering their anxiety attacks and (re)gaining independence in everyday life.

The situation can change if we learn to understand this behaviour as a form of ‘regression’ of an adult person who, as a child, was exposed to too much fear of separation, or traumatising experiences of being left alone. Observing young children in the ‘strange situation’, we can very well identify the roots of

such panic states (which are well known to emerge in the infant's eighth or ninth month of life). Reflecting this, we may understand that the patient cannot easily overcome this clinging attitude (that means, his relapse into the infant's panic state) until he has made enough 'correcting emotional experiences', and this is the chance and the real issue of an attachment-theory based psychotherapy. It may include that the patient can reach you even between the sessions by phone, perhaps even at night.

In most cases I know those offers have not been misused. Mostly it is sufficient for the patient just to know that he *could* phone if necessary, i. e. if he cannot handle his panic attacks by himself. And even if he really does bother us sometimes, isn't it worth enduring if this calculated effort shortens the therapy, perhaps for month or years? In general, the therapist will need a lot of patience not to get disappointed or angry about the duration of the therapy, or the failing success of his efforts. The only reasonable consequence will be to admit that all therapeutic efforts up to now were not sufficient, and that as well the facilitating effects of the environment inside and outside the clinic were not strong enough until now to build up the necessary amount of 'correcting emotional experiences' (milieu-therapeutic factors; social support by the partner, by family members and friends). As it is with an anxious child, it does not help to correct the person for his anxiety; the only way will be to assure him that you are there and ready to support him, and that you trust in him that he will overcome this state, thus encouraging him to make new experiences, and by that to learn (again) that he is able to master his life. Until that point he will need the therapist as a central attachment person, and every attempt to end this process earlier will lead to new failure experiences on both the patient's and the therapist's side.

Borderline Personality Disorder

From the viewpoint of attachment theory the therapist must be able to *stand* the ambivalent behaviour of borderline patients with a stable positive attitude, even in correcting their provoking behaviour. When we observe children in the 'strange situation' we easily can see that separation causes not only anxiety but as well anger and aggression. Considering this, the therapist must be able to interpret the patients' provoking behaviour as symptoms of an immense need for security, nearness and love. Compared to the anxiety disorder, in the borderline disorder there seems to be a greater amount of narcissistic violation, the child

feeling not only left alone but even neglected, thrown away or even traumatised by physical assaults and/or early sexual misuse.

In general, anger is the expression of deep frustration, and by the amount of the patient's aggression (not to forget: the aggression towards himself!) we can estimate the depth of his frustration regarding his basic needs for nearness and security, and the depth of violation of his self-esteem. This elementary aggression may be overlapped by conscious or unconscious attempts of 'testing behaviour': testing whether the therapist will really accept him and *hold* him even if he refuses to be the 'compliant patient' (like an easy going child). If the therapist would go into an authoritarian fight of keeping rules or asking for surrender, he will loose the game. Of course, there are borders to be respected, to save the therapeutic frame or even the patient's life (in case of heavy self-violations), but the therapist's intervention must be understood as not caused by his own need for authority but by a true care for the patient's sake and welfare. So the message must be, "I don't accept, and I don't tolerate this or that behaviour (because it hurts others, and it hurts yourself), but I like *you*!"

Probably this seems to be a very simple rule, and it may be amplified by special forms of trauma-mastering techniques, but I think this is the core of borderline psychotherapy. The rest is a game, a multi-coloured but very serious game, and to keep that rule may cost us a lot, but it is the main condition for a win-win-situation.

Depression

René SPITZ observed children in orphans homes and described the forms of early hospitalism as a result of the lack of motherly care (1945). He also created the concept of 'anaclitic depression' (SPITZ 1946), the Greek word emphasizing the necessity of 'leaning on' for the child. This is in high correspondence with BOWLBY's later findings (1960, 1980). While separation combined with the fear of loss causes the symptoms of panic disorder, the real loss of the mother causes a state of apathy, grief and despair—apparently the earliest form of depression. Even if later experiences in the patient's life may undoubtedly contribute to the development of a depressive illness in adulthood, for a general tendency to such illness we may assume early experiences of lack of motherly care as a main root of that development. And surely, this can be caused not only by physical absence of the mother but as well by her emotional absence or disregard.

What does a person need to overcome this state of apathy, grief and despair?

Therapeutic guidelines for depression in different psychotherapeutic schools are full of advices. All may be useful, but that mourning child, missing motherly care should always be the centre of our attention. So especially those of our patients who often withdraw and tend to annoy the therapist, making him feel useless like they themselves feel useless, need a lot of emotional attention and nearness. They will need a longer process of 'warming up' to be able to accept a new person caring for them, that means before a positive transference can start to work. In the initial phase it is important to accept them as *mourning* persons who are unable to get involved into new relationships. But offering them a sort of companionship in their mourning, thus guiding them along their painful way of working through experiences of loss and being left alone, they slowly might accept to have somebody next to them, thus overcoming the permanent feeling of being left alone.

Schizophrenia

Schizophrenic patients are well known for their withdrawn attitude and in some sense they are often regarded as autistic. But in the light of attachment theory, they seem to be an extreme example of that 'insecure-avoidant behaviour': they often seem uninterested in interpersonal contact, involved in their inner world of thoughts and imaginations. In the perspective of classical psychiatry, it seems to be an internal disturbance of the psyche, probably caused by some neurophysiological damage. The school of systemic psychotherapy gives us a different interpretation: The patient behaves like an 'excommunicated' person (because he feels like that, not accepted by the rest of the family), and the aim of psychotherapy therefore must be to 're-introduce them into communication' (RETZER 2000).

In the perspective of attachment theory even the schizophrenic patient seems to basically suffer from a lack of secure relationship, or the patient experiences a sort of nearness which was dangerous because his need for autonomy was not respected. And because of the fear of further frustration he became more and more withdrawn, distrusting every sort of human contact. Thus, in a second step, he became overwhelmed by his inner thoughts and imaginations as it would happen to anyone being closed up in a single room prison for several days or weeks, or to anyone walking through the desert alone for many days (we can read about those experiences by St. Exupéry or many other authors).

What does that mean to psychotherapy? The patient needs to make new experiences in the therapeutic contact: some sort of very careful and cautious

communication which respects the violated self and the autonomy of the patient. Further personality development will be possible only if the basic lack of trustful relationship will be filled up and the patient can accept his own basic need for attachment (which I often discovered being alive behind that wall of refusing communication). The therapist must respect the fear of nearness with that insecure-avoiding type of patients, accepting their need for freedom, but also showing them a sort of attention and sympathy which satisfies their hidden need for attachment. So he must give them the chance of correcting emotional experiences, and of a compensatory development of their attachment system.

Conclusion

The attachment system of the individual (that means, the sum of his cognitions, feelings, expectations and habits concerning human relationship) is on the one hand highly influenced or stamped by the early experiences of the child; but on the other hand it is not totally determined or fixed but still to some degree flexible, influenceable by new experiences in later life, even in adulthood. This is the challenge of psychotherapy. To change the patient's attachment system in direction of a more secure type of relationship would improve the patient's chance of social integration, of mastering his life in the future, and of reducing all other pathological symptoms.

Coming back to the above mentioned article of HOEGER. He resumes:

Building up a good therapeutic relationship – from the viewpoint of attachment theory – is not a mere precondition of the therapeutic process; it is a main subject of the psychotherapy itself, not seldom as well the crucial point, decisive for success or failure of the therapy. What psychotherapy research discovered since long time, thus gains its theoretical foundation by the theory of attachment. (HOEGER 2005)

Psychiatry – a secure base?

Just in short, I would like to delineate some consequences of attachment theory for the field of psychiatry. As we saw, the most severe forms of mental disease may be looked at as severe forms of disturbed attachment development. Therefore, consequences must be taken not only in the field of (outpatient-) psychotherapy but as well concerning psychiatric institutions. And the crucial question will be whether these institutions are able to play the role of a secure base for the patients (as the psychotherapist should do, according to BOWLBY).

Let us look at the most difficult case: a patient's acute admission to the ur-

gency unit of a psychiatric hospital. The patient is in despair, suicidal, or highly excited in acute psychosis, perhaps reluctant or aggressive, but in any case very anxious. So his attachment system must be highly activated, even if he does not show this need. Therefore the most important thing to do would be to behave like a good mother with a troubled child, just listening to him, asking about his problems, his situation, his thoughts and feelings.

It is most important that he feels accepted and welcomed, realising the staff members being able to understand, and ready to help him. And this should be provided *before* the first medication is given, instead of overwhelming the patient like an enemy by giving an injection, maybe even by using physical force such as fixation. And before a juridical decision will be made whether he has to stay in the clinic against his own will. A patient told me his story that he tried to kill himself and drank a lot of alcohol before he tried to do it. During three days he was seen by four different doctors who tried to assess whether he had to be kept in the hospital against his own will or not—and not one of them asked him *why* he wanted to kill himself! This happened last year, it is a striking example how in psychiatry elementary human needs can be disregarded. Attachment theory can help us to see what human beings need in such situations.

In the case of acute psychotic states, there is an alternative model of psychiatric treatment: the famous ‘Soteria’-houses, founded first in California by Loren MOSHER (who died just a few months ago), then transferred to Europe by Luc CIOMPI in Bern. The core of this treatment consists of the concept of ‘being with’, that means: one single person is caring for the ill person for a long time, accompanying him day and night, ready for conversation if needed, or caring for his demands, and ready to let him in peace if he wishes so. CIOMPI advised his coworkers to look at the patient like at a child in fever dreams. The most important thing the child needs in that situation is a caring person sitting next to him, to give him confidence, to lower his anxiety in face of the nightmares. It could be proved by scientific research (in the Soteria houses) that psychotic states were often resolved without, or at least with less medicine. Afterwards the patients felt better (compared to the normal treatment), the cooperation was much better. ‘To be with’, this concept is exactly correspondent to attachment theory! So, in my opinion, attachment theory is the real theoretical base to explain the effects of the Soteria method. But until now the authors themselves have not seen this connection. In their newest book ‘How does Soteria work?’ (CIOMPI, HOFFMANN, BROCCARD 2003). These authors do

not mention attachment theory or concepts at all. Astonishing, but it shows that the concepts of attachment theory have not been introduced in the field of psychiatry yet!

The case of discharging patients from hospital is another example, where concepts of attachment theory can give useful guidelines. Even though most patients are happy to leave, this might be at the same time a new case of traumatic separation, specially if the therapy was useful and he gained new human relations. Therefore the continuity of caring (i. e. of the caring person or team, even if the patient changes the institution) is an essential demand of psychiatric reform: here we have the theoretical foundation! The treatment inside the clinic should be much more linked to the different forms of after-care, be it psychotherapy or day centres or mobile services or institutions of supportive housing etc..

In the perspective of attachment theory, these institutions could be more important than the 'high potential treatment' in the hospital: whereas the treatment in the clinic was shortened more and more over the last decades (under 30 days actually), for cost-lowering reasons, these long-term forms of psychiatric care offer the chance of building up longer lasting relationships, 'holding' the patient. And this might be the most powerful therapeutic factor in the recovery process of severe mental illnesses.

In my own small study with 39 patients of an institution of supportive housing (were I was the therapeutic leader) I could show that patients of the group with psychotic illnesses profited to the same degree from that form of treatment as the group of borderline-structured patients: both groups enhanced the quality of their contact behaviour for one point on a 4-point assessment scale. (The average stay in the institution was 1.5 years.) No doubt, such changes will improve their chance of more life quality in the future to a great amount.

Zusammenfassung

Die klinische Forschung hat gezeigt, dass in Gruppen von psychiatrischen und psychotherapeutischen Patienten 87% ein unsicheres Bindungsmuster aufweisen. Da solche Muster bereits in früher Kindheit ausgeprägt werden, lässt dies den Schluss zu, dass frühkindliche Bindungsstörungen einen der stärksten Risikofaktoren für psychische Erkrankungen darstellt.

Der Patient ist demnach vor allem als hilfesuchende Person zu sehen, deren Bindungssystem aktiviert ist: er sucht in erster Linie Kontakt zu einer Person,

die zuhört, Nähe gibt, Verständnis und Hilfsbereitschaft zeigt. Das erfordert ein anderes therapeutisches Basisverhalten als man es z. B. in der psychoanalytischen oder verhaltenstherapeutischen Ausbildung lernt. Auch im Konzept der Übertragung muss – neben libidinösen Wünschen – das Bedürfnis nach Bindung und Sicherheit im Verhältnis zum Therapeuten bedacht und grundlegend akzeptiert werden.

Entscheidend erscheint aus dieser Perspektive die Frage, ob man im Therapieverlauf mit der Möglichkeit einer 'nachholenden Bindungsentwicklung' rechnen kann. Der Aufbau einer 'guten therapeutischen Beziehung' erscheint hier nicht als bloße Voraussetzung der Therapie, sondern als eines ihrer Hauptziele. Die Überwindung der (aus der Bindungstheorie neu zu beleuchtenden) Störungen in der therapeutischen Beziehung werden zum hauptsächlichen Gegenstand therapeutischen Handelns. Dies sieht unterschiedlich aus bei den verschiedenen diagnostischen Gruppen.

Angststörungen

Angststörungen zeigen am deutlichsten das Muster eines anklammernden Verhaltens, wie es schon bei unsicher-ambivalent gebundenen Kleinkindern zu beobachten ist. Hier ist die Funktion einer 'sicheren Basis' (wie schon von BOWLBY beschrieben) die wichtigste Aufgabe des Therapeuten, eine zuverlässige, anteilnehmende Präsenz, die z. B. durch telefonische Erreichbarkeit auch zwischen den Terminen verstärkt werden kann. Die natürlich anzustrebende Entwicklung zu mehr Selbständigkeit und Unabhängigkeit wird dadurch nicht verneint, im Gegenteil; sie setzt aber eine gewisse Regression im Sinne einer nachholenden Bindungserfahrung voraus.

Borderline-Persönlichkeitsstörungen

Menschen mit Borderline-Persönlichkeitsstörungen stellen ihre Therapeuten bekanntermaßen auf besonders harte Proben. Hier mischt sich der Wunsch nach Nähe mit tief sitzenden Aggressionen, die jedoch aus bindungstheoretischer Sicht als ein Maß für die frühe Frustration der Bedürfnisse des Kindes nach Nähe und Beachtet-Werden zu verstehen sind (einschließlich traumatisierender Erfahrungen). 'Heilung' kann von daher nur erwartet werden, wenn vom Therapeuten trotz aller Provokationen ein konsequentes Bindungsangebot durchgehalten wird – das freilich auch Grenzsetzungen und Konfrontationen einschließt.

Depression

Sowohl die schwere Depression als auch die Schizophrenie können als Formen der Kontaktvermeidung als Folge einer frühen ambivalent-vermeidenden Bindungsstörung gesehen werden. René SPITZ beschrieb schon 1946 die 'anaklitische Depression' als Folge früher Entbehrung mütterlicher Fürsorge. Die Chancen der Psychotherapie liegen demnach in einer 'korrigierenden emotionalen Erfahrung': nämlich in diesem Zustand von Apathie, Trauer und Verzweiflung nicht allein gelassen, sondern behutsam begleitet und 'aufgewärmt' zu werden.

Schizophrenie

Bei der Schizophrenie kann das scheinbar 'autistische' Verhalten ebenso als resignierter Rückzug eines Menschen verstanden werden, der sich nicht verstanden fühlt und mit seiner unverständlichen Kommunikation diesen Zustand dokumentiert. RETZER (2000) sieht in der 'Wiedereinführung des Exkommunizierten in Kommunikation' das Grundmuster der hier angebrachten Therapie. Dabei ist zu beachten, dass der Patient wahrscheinlich die Erfahrung einer Kommunikation gemacht hat, die seine Selbstentfaltung und Identität bedrohte. Das erfordert eine spezifische Bereitschaft des Therapeuten, sich auf die Ebene des Patienten einzulassen, ihn – trotz aller scheinbaren 'Verrücktheiten' – als Person, als Subjekt mit ganz menschlichen Grundbedürfnissen, zu respektieren.

Für das System der Psychiatrie gilt ebenso wie in der Psychotherapie zu beachten, dass der Patient in erster Linie als hilfesuchende Person kommt, dessen Bindungssystem aktiviert ist. Er braucht erst recht eine sichere Basis, von der aus er seine Erkrankung verarbeiten und die Folgen bewältigen kann. In der Situation der Akutaufnahme braucht er vor allem menschliche Zuwendung – Zwangsmedikation und Fixierung wären genau das Gegenteil! Das Soteria-Konzept kommt mit seiner Regel des 'Dabei-Seins' (to be with) diesen Vorstellungen sehr nahe, ohne sich jedoch bisher je auf die Bindungstheorie zu beziehen. Nach dem Entlassenwerden aus der Klinik, das wiederum als traumatisches Verlassen-Werden bzw. Alleingelassen-Werden mit allen -Problemen der aktuellen Lebenssituation erlebt werden kann, bieten gerade die ambulanten Betreuungsformen vielfältige Möglichkeiten für eine 'haltende' Beziehung, die aus bindungstheoretischer Sicht das 'höher potente' Heilmittel gegen psychische Krankheiten darstellen als die – heute meist unter 30 Tage währende – Akutbehandlung.

Der Autor hat selbst eine kleine Untersuchung in seiner Einrichtung des Betreuten Wohnens an 39 Klienten durchgeführte. Sie zeigt, dass sowohl bei den psychotisch erkrankten Bewohnern als auch bei denen mit einer Borderline-Struktur im Verlauf von zwei Jahren Betreuungszeit ähnlich positive Veränderungen des Kontakt- bzw. Bindungsverhaltens zu beobachten waren. Dies scheint die These von der Möglichkeit einer 'nachholenden Bindungsentwicklung' zu bestätigen.

LITERATURE

- Bowlby, J. (1960): Grief and mourning in infancy and early childhood. *The Psychoanalytic Study of the Child*, 15:3-39.
- (1969): Attachment and loss. Vol. 1: Attachment. New York: Basic Books.
- (1973): Attachment and loss. Vol. 2: Separation. Anxiety and anger. New York: Basic Books.
- (1980): Attachment and loss. Vol. 3: Loss, sadness and depression. New York: Basic Books.
- (1988): A secure base: Clinical implications of Attachment theory. London: Basic Books.
- Buchheim, A. (2005): Methoden der Erwachsenen-Bindungs-forschung und Ergebnisse zu Bindung und Psychopathologie: Implikationen für die Psychiatrie. In: Urban, Hartmann (2005): S. 32-45.
- Ciampi, L.; Hoffmann, H.; Broccard, M. (Eds.) (2001): Wie wirkt Soteria? Eine atypische Psychosenbehandlung kritisch durchleuchtet. Bern: Huber.
- Erikson, E. H. (1959): Identity and the life cycle. Psychological issues. Monograph 1. New York: International Universities Press.
- Hoeger, D. (2005): Die psychotherapeutische Beziehung im Lichte der Bindungsforschung. In: Urban, Hartmann (2005); S. 46-53.
- Retzer, A. (2000): Psychotherapie bei Psychosen: Der systemische Ansatz. In: M. Urban (Ed.): Psychotherapie der Psychosen. Konzentrische Annäherungen an den Weg der Heilung, S. 68-80. Lengerich: Pabst.
- Spitz, R.A. (1945): Hospitalism: An inquiry into the genesis of psychiatric conditions in early childhood. *The Psychoanalytic Study of the Child*, 1, 53-74.
- (1946): Anaclitic depression: An inquiry into the genesis of psychiatric conditions in early childhood. *The Psychoanalytic Study of the Child* 2:47-53.
- Urban, M. (2005): Erwachsenen-Psychiatrie: Chance nachholender Bindungs-entwicklung? In: Urban, Hartmann (2005); S. 83-95.
- Urban, M.; Hartmann, H.-P. (Eds.) (2005): Bindungstheorie in der Psychiatrie; S. 46-53. Göttingen: Vandenhoeck Ruprecht.
- Van Ijzendoorn, M. H.; Bakermans-Kranenburg, M. J. (1996): Attachment representation in mothers, fathers, adolescents and clinical groups: A meta-analytic search for normative data. *J. Consult. Clin. Psychol.* 64(1):8-21.

Autorenadresse: Martin Urban • Mülberger Str. 170 • 73728 • Esslingen

Medard Boss: „Es träumte mir vergangene Nacht, ...“ – wiedergelesen

Über daseinsanalytisches Traumverständnis

Ulrich Rüth (München)

„Allein, gerade das einfache Hinsehen- und Hören-können
ist uns Heutigen zum Schwierigsten geworden ...“
(Boss 1975, S. 39)

Medard Boss

Medard BOSS (1903-1990) gilt als einer der bedeutendsten Vertreter der von Ludwig BINSWANGER begründeten Daseinsanalyse. BOSS wurde am 4. Oktober 1903 in St. Gallen in der Schweiz geboren, studierte Medizin vorrangig in Zürich und begann, noch vor dem medizinischen Staatsexamen, eine Lehranalyse bei Sigmund FREUD in Wien. Nach einer Assistententätigkeit am ‘Burghölzli’ bei Eugen BLEULER und seiner postgraduierten Ausbildung in Neurologie und Psychoanalyse in London und Wien 1932-33, wurde BOSS 1934 Chefarzt eines privaten Nervensanatoriums im Kanton Zürich und eröffnete eine halbtägige psychoanalytische Praxis.

Zwischen 1938 und 1948 ergab sich eine Zusammenarbeit mit C. G. JUNG. BOSS begann einen Briefwechsel mit HEIDEGGER, der zu einem zutiefst fruchtbaren Austausch mit diesem führenden Vertreter der Existenzphilosophie und zu gemeinsam abgehaltenen Seminaren führte (BOSS 1987). Von 1954 bis 1967 war Medard BOSS Präsident der International Federation for Medical Psychotherapy. Er hatte Gastdozenturen in Indien und Indonesien, in Brasilien, Norwegen, Finnland, San Francisco und mehrfach in Harvard inne und erhielt Einladungen zu Vorträgen an unterschiedlichste Universitäten. 1971 wurde er Präsident der neugegründeten Schweizerischen Gesellschaft für Daseinsanalyse. Nach einem jahrzehntelangen Einsatz für die durch ihn etablierte Daseinsanalyse starb er 87-jährig am 21. Dezember 1990 in Zollikon (Schweiz).

Daseinsanalyse und Tiefenpsychologie

Die Daseinsanalyse fußt auf der Phänomenologie Edmund HUSSERLS und HEIDEGGERS Daseinsanalytik und will strikt phänomenologisch vorgehen. Ihren

eigentlichen Namen erhielt die Daseinsanalyse relativ spät, 1943, auf Anregung des Schweizer Psychiaters WYSS (s. BLANKENBURG 1977)

Daseinsanalyse als eigenständiges psychotherapeutisches Verfahren anzusehen, ist nicht ganz richtig (BLANKENBURG 1977). Sie erwuchs aus dem Mangel an theoretischer Fundierung der Psychoanalyse wie der Psychopathologie und Psychiatrie mit dem Ziel, über eine theoretische Fundierung zu einer unvoreingenommenen, unmittelbaren Begegnung mit dem Kranken zu kommen.

Zwischen dem Begründer der Daseinsanalyse, Ludwig BINSWANGER (1881-1966) und Sigmund FREUD als dem Begründer der Psychoanalyse bestand ein intensiver wechselseitiger, ja nahezu freundschaftlicher Kontakt (BLANKENBURG 1977). BINSWANGER betrachtete sich zeit seines Lebens stets als Schüler, nicht aber als Anhänger FREUDS und blieb zu ihm in kritischer Distanz.

Auf FREUDS Bemerkung, Philosophie sei eine der anständigsten Formen der Sublimierung verdrängter Sexualität stellte BINSWANGER die Gegenfrage, was dann Wissenschaft, insbesondere die psychoanalytische Psychologie sei – worauf FREUD ausweichend antwortete, sie habe wenigstens einen sozialen Nutzen (nach BLANKENBURG 1977).

Daseinsanalyse wurde dann gerade in der Züricher Schule um Medard BOSS weiterentwickelt (BOSS, CONDRAU 1980). Aufgrund seines phänomenologischen Zugangs lehnt BOSS Konstrukte wie ‘Psyche’ oder ‘Unbewusstes’ mit Radikalität ab. Er meint: „eine phänomenologische Bescheidung auf das faktisch Erfahrbare macht alle jene Hypothesen eines ‘psychischen Unbewussten’ ... in jeder Beziehung überflüssig.“ (BOSS 1975, S. 43) ‘Wesenheiten’ sollen existenzphilosophisch durch ‘Wesensschau’ erfasst werden.

Mit HEIDEGGER sieht BOSS das Existieren des Menschen als ein ‘Offenhalten’, und zwar als ein Offenhalten eines ‘gelichteten Weltoffenheitsbereichs’, eines ‘gelichteten Welt-Zeit-Raums’ – dem des vernehmenkönnenden Bewusstseins. Das ‘Lichtung-sein’ des Menschen sei „ein Offenes und Freies, das einer Verborgenheit und Dunkelheit abgerungen und ständig gegen sie ausgestanden werden“ müsse (BOSS 1975, S. 218).

An die Stelle von Unbewusstem und Psyche – ohne mit diesen gleichgesetzt werden zu können – tritt die ‘Verborgenheit’. Das Verborgene ist das eben noch nicht Erkannte und Vernommene. Menschliches Existieren ist ein „Ansprechbarsein für die Anwesenheit wie für die Bedeutsamkeiten der vernommenen Gegebenheiten“ (BOSS 1975, S. 40) und ein ‘handelnd-antwortendes Verhalten’ gegenüber eben jenen Gegebenheiten.

Daseinsanalyse will also sicher keine Tiefenpsychologie sein, vielmehr eine

‘Bewusstseinspsychologie’ – vielleicht sogar eine Philosophie mit Betonung des Ichs gegenüber dem Unbewussten. In der medizinischen Daseinsanalyse wird getreu eines phänomenologischen Zugangs Krankheit unterteilt in Kranksein mit:

Beeinträchtigung des Leiblich-Seins menschlichen Existierens, [... mit] betonter Beeinträchtigung des Einger  umtseins und des Zeitigens des In-der-Welt-seins, [... mit] betonten Störungen im Vollzug des wesensm  igen Gestimmtseins, [... mit] besonderer Beeinträchtigung des Mitseins [... und mit] betonten Beeinträchtigungen im Vollzug des Offenst  ndigseins und der Freiheit des Daseins (BOSS, CONDRAU 1980, S. 733).

Daseinsanalytisches Traumverstehen

Boss kippt alle Formen tiefenpsychologisch-analytischen Traumverstehens radikal über Bord. Träume als Wunscherfüllung, die Unterscheidung zwischen manifestem und latentem Trauminhalt, Traum-Symbolik, Archetypen, kollektives Unbewusstes – alles wird als Suppositionen, als grundlose Spekulationen verworfen. ‘Deutungen’ von Träumen lehnt BOSS ab, da sie, je nach Therapeut, bei ein und demselben Traum zu unterschiedlichsten Ergebnissen führen würden. Tiefenpsychologische Traumtheorien würden sich notwendigerweise zu ‘Traum-Umdeutungslehren’ entwickeln (BOSS 1975, S. 206).

Der von BOSS gewählte phänomenologische Zugang versuche hingegen, bei dem faktisch Vorliegenden zu verweilen, um von diesem her immer weiter Bedeutsamkeiten und Verweisungszusammenh  nge aus dem Traum selbst zu erfassen. Das Geträumte sei in einer phänomenologischen Betrachtungsweise stets das, als was es erscheint, als was es vernommen wird. Dabei unterscheiden sich Wachen und Träumen jedoch darin, dass das träumende Existieren verengt ist. Im Wachen sind wir uns unserer geschichtlichen und zeitlichen Kontinuität bewusst, können begrifflich und selbstreflektorisch denken und halten uns frei in dem von uns ‘offengehaltenen Weltoffenheitsbereich’ auf. Im Träumen tritt demgegenüber eine Verengung unseres *Vernehmenk  nnens* ein. Diese Verengung lässt aber manche Züge unserer Existenz erheblich deutlicher zutage treten. Im Traum vernehmen wir verengt Züge unserer Existenz, die uns im Wachen noch verborgen sind. Nach dem Erwachen ist es möglich, Analogien zum Wachzustand zu ziehen.

Grundlage eines daseinsanalytischen Traumverstehens ist daher stets die Frage, inwieweit Verhaltensweisen, Umstände, Konstellationen, denen sich der Träumer im Traum gegenüber öffnet, auch auf dessen waches Existieren zu-

treffen. BOSS betont den Unterschied, wenn anstelle eines Symbolgehalts nach einem eventuellen Ahnenkönnen von Analogien gefragt werde. Symbolumdeutungen überrennen nach BOSS die Abwehr oder die Ferne, welche ein Träumer zum Zeitpunkt des Traumes gegen seine Selbsterkenntnis aufrecht zu erhalten sucht. BOSS geht davon aus, dass eine „phänomenologische Bescheidung auf das faktisch Erfahrbare“ (BOSS 1975, S. 43) alle Hypothesen über das Unbewusste überflüssig machen würden.

Die therapeutische Anwendung

Therapeutisch wird der Patient angeregt zum ‘Vernehmen’ zusätzlicher ‘Bedeutsamkeiten’ der geträumten Gegebenheiten. Der Wiedererwachte wird zur ‘thematischen Vergegenwärtigung’ analoger Bedeutsamkeiten aufgefordert. So könne das Geträumte zur ‘existentiellen Erhellung’ nach dem Wiedererwachen beitragen. Ein Intellektualisieren über das vom Therapeuten in anderen Schulen ‘Aufgedrängte’ werde den Patienten hartnäckig von der Möglichkeit fernhalten, sich selbst wahrhaft inne zu werden. Nicht Libido oder Partialtriebe drückten sich in den Träumen aus, sondern vielmehr das In-der-Welt-Sein des ganzen Menschen, und beim Kranken sind es Freiheitsbeeinträchtigungen, welche Verhaltensstörungen auftreten lassen, die wiederum zu Leiden in unterschiedlichster Erscheinung führen.

Kritische Würdigung

Freiheit des Einzelnen in seiner Existenz und die Anerkennung jeglicher individuellen menschlichen Existenzweise ist das Anliegen von Medard BOSS, welches uneingeschränkt unterstützt werden kann. Die Existenz des Einzelnen ebenso wie das Geträumte zunächst in ihrer sich zeigenden Phänomenologie als das zu nehmen, als was es ‘vernommen’ werden kann, gebührt in gleicher Weise Beachtung: Werden in der Traumdeutung nicht allzu schnell ‘wilde’ Deutungen und Fantasien vorgebracht mit der Sicherheit eines vermeintlichen Wissens um den Patienten, seinen Traum oder um zwischenmenschliche Zusammenhänge? Wer hat in Seminaren und Supervisionsgruppen noch nicht unter seinen Therapeutenkollegen gelitten, wenn Assoziationen und Gefühle in die Gruppe evakuiert werden, welche bestenfalls von weit entfernt mit dem Patienten zu tun haben! Auf das zu verweisen, was faktisch – in Befund und Inhalt – zu vermerken ist, ist sicher echt wissenschaftliches Vorgehen und ein wichtiger Verdienst der Daseinsanalyse.

Boss bezieht sich aber letztlich auf philosophische Abstraktionen, die einem tiefen und recht verstandenem phänomenologischen Zugang abträglich werden können: Der Verweis auf die philosophischen Zusammenhänge von Wirklichkeit als das „ins Anwesen hervorgebrachte Vorliegen, das in sich vollendete Anwesen von Sich-Hervorbringendem“ (Boss 1975, S. 209) belegt, wie über eine reine Anschauung von Phänomenen und über die Frage nach dem Vernehmbaren hinaus eine abstrahierte Metawelt bemüht wird, menschliches Dasein zu fassen, welches dabei umso mehr einem Erfassen zu entgleiten droht.

Wenn wir uns als Menschen die Lichtung unserer Existenz dem Dunkeln abringen müssen, sind wir erneut in einer Symbolsprache angelangt: Wurde diese Lichtung nicht verstanden als Lichtung im Wald, das „einer Verborgenheit und Dunkelheit abgerungen und ständig gegen sie ausgestanden werden muss?“ (Boss 1975, 218) Hier werden Assoziationen wach zur symbolischen Welt des Unbewussten, zum Wald der Märchen, der Fabelwesen, der magischen Geschehnisse.

Warum es sich bei allen Einwänden dennoch lohnen kann, bei der Betrachtung von Träumen daseinsanalytisch vorzugehen? Kaum eine Therapieform hat sich der Achtung vor der 'heiligen Abwehr' so angenommen, hat so radikal ein Tiefgründeln abgelehnt, um sich, in wissenschaftlichem Denken geschult, zunächst an das Sichtbare, an die Phänomenologie des Traums zu halten. Radikal emanzipatorisch ist die an den Träumer gerichtete Frage, was sich ihm als bisher Verborgenes im Traum aussprechen möchte. Radikal emanzipatorisch gegenüber einem 'geheimen Wissen' und der Deutungsmacht des Analytikers.

LITERATUR

- Blankenburg, W. (1977): Die Daseinsanalyse. In: D. Eicke (Hrsg.): Die Psychologie des 20. Jahrhunderts. Band 3: Freud und die Folgen (2); S. 941-964. Zürich: Kindler.
- Boss, M. (1975): Es träumte mir vergangene Nacht Sehübungen im Bereiche des Träumens und Beispiele für die praktische Anwendung eines neuen Traumverständnisses. Bern: Hans Huber.
- (Hrsg.) (1987): Martin Heidegger: Zollikoner Seminare. Frankfurt: Vittorio Klostermann.
- Boss, M.; Condrau, G. (1980): Die Weiterentwicklung der Daseinsanalyse nach Ludwig Binswanger. In: U. H. Peters (Hrsg.): Die Psychologie des 20. Jahrhunderts. Band 10: Ergebnisse für die Medizin. S. 728-739. Zürich: Kindler.

WEITERE QUELLEN

- Boss, M. (1952): Die Bedeutung der Daseinsanalyse für die Psychologie und die Psychiatrie. *Psyche* 6:178-186.
- (1980): Psychoanalyse und Daseinsanalytik. Bern: Hans Huber.

Medard-Boss-Archiv: www.medardboss.ch

Schweizerischer Verband für daseinsanalytische Psychotherapie: www.daseinsanalyse.com

Autorenadresse: Dr. Ulrich Rüth • Heckscher-Klinik • Deisenhofener Straße 28 • 81539
München

Email: ulrich.rueth@heckscher-klinik.de

Nachrichten • News

Ankündigung

9. Dortmund-Hemeraner Fachtagung für Psychiatrie und Psychotherapie: „Die psychiatrische Erkrankung, der psychisch Kranke und die Gesellschaft – Zur biologischen individuellen und sozialen Dimension psychischen Krankseins im Zeiten des Wandels“

Ort, Datum: Westfälische Klinik Dortmund, Marsbruchstr. 179, 44287 Dortmund (Freitag, 24.8.2007), Hans-Prinzhorn-Klinik, Frönsberger Str. 71, 58657 Hemer (Samstag, 25.8.2007)

Wissenschaftliche Leitung: Prof. Dr. Dr. U. Sprick (Dortmund), Prof. Dr. U. Trenckmann (Hemer)

Fachrichtungen: Psychiatrie, Psychotherapie, allg. Medizin

Informationen und Programme erhältlich bei: Medi-Office, Medizinischer Dokumenten und Kongressservice, Carsten Ball, Fröschengasse 15, 66111 Saarbrücken, Tel.: 0681/9 40 97 60, e-mail: brall@medi-office.de. www.medi-office.de.

Anerkennung als Fortbildungsveranstaltung im Rahmen des Fortbildungszertifikats der ÄKWL ist beantragt.

Erratum

We regret our mistake in the title of no. 218; the correct title is, ‘Acting-Out in Psychotherapy’.