

Fonagy, Peter / Moran, George S. und Target, Mary

Aggression und das psychische Selbst

Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 47 (1998) 3, S. 125-143

urn:nbn:de:bsz-psydok-40503

Erstveröffentlichung bei:

Vandenhoeck & Ruprecht WISSENSWERTE SEIT 1735

<http://www.v-r.de/de/>

Nutzungsbedingungen

PsyDok gewährt ein nicht exklusives, nicht übertragbares, persönliches und beschränktes Recht auf Nutzung dieses Dokuments. Dieses Dokument ist ausschließlich für den persönlichen, nicht-kommerziellen Gebrauch bestimmt. Die Nutzung stellt keine Übertragung des Eigentumsrechts an diesem Dokument dar und gilt vorbehaltlich der folgenden Einschränkungen: Auf sämtlichen Kopien dieses Dokuments müssen alle Urheberrechtshinweise und sonstigen Hinweise auf gesetzlichen Schutz beibehalten werden. Sie dürfen dieses Dokument nicht in irgendeiner Weise abändern, noch dürfen Sie dieses Dokument für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, aufführen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Mit dem Gebrauch von PsyDok und der Verwendung dieses Dokuments erkennen Sie die Nutzungsbedingungen an.

Kontakt:

PsyDok

Saarländische Universitäts- und Landesbibliothek
Universität des Saarlandes,
Campus, Gebäude B 1 1, D-66123 Saarbrücken

E-Mail: psydok@sulb.uni-saarland.de
Internet: psydok.sulb.uni-saarland.de/

INHALT

Aus Klinik und Praxis / From Clinic and Practice

BLESKEN, K.W.: Der unerwünschte Vater: zur Psychodynamik der Beziehungsgestaltung nach Trennung und Scheidung (The Unwanted Father: On the Psychodynamics of Father-Child Relations after Separation and Divorce)	344
BONNEY, H.: Lösungswege in der ambulanten Kinder- und Jugendpsychiatrie – Studie zur klinischen Evaluation (Approaches to Outpatient Child and Adolescent Psychiatry – Study of Clinical Evaluation)	499
KIRSCH, C./RAHM, D.: Nicht therapierbar? – Bericht über ein Gruppentherapieprojekt mit psychosozial schwer beeinträchtigten Kindern (No Therapy Possible? A Group Therapy Model for Psychologically Disturbed and Socially Disadvantaged Children)	683
KOCH-MÖHR, R.: Computer in der Kinderpsychotherapie – Über den Einsatz von Computerspielen in der Erziehungsberatung (Computers in Child Psychotherapy – About the Application of Computer Games in Child Guidance)	416
MALLMANN, D./NEUBERT, E.O./STILLER, M.: Wegschicken, um weiterzukommen: die Kurzentlassung als eine Handlungsmöglichkeit stationärer Psychotherapie mit Jugendlichen (Send Away in Order to Advance: Short-time Dismissal as an Alternative Method of the Juvenile Stationary Psychotherapy)	331
MILLNER, M.M./FRANTHAL, W./STEINBAUER, M.: Zyklisches Erbrechen als Leitsymptom einer Regression (Cyclic Vomiting Syndrome as Cardinal Sign of a Regression)	406
ROEB, D.: Aspekte der Gruppentherapie mit sexuell mißbrauchten Kindern – Symbolische Verarbeitungsformen und die Gestaltung der Initialphase (Aspects of Group Therapy with Sexually Abused Children – Forms of Coping by Symbols and the Featuring of the Initial Phase)	426
WURST, E.: Das „auffällige“ Kind aus existenzanalytischer Sicht (The „Unbalanced“ Child in the Light of Existential Analysis)	511

Originalarbeiten / Originals

BECKER, K./PAULI-POTT, U./BECKMANN, D.: Trimenonkoliken als elterliche Klage in der pädiatrischen Praxis: Merkmale von Mutter und Kind (Infantile Colic as Maternal Reason of Consulting a Pediatrician: Characteristics of Mother and Child)	625
DE CHÂTEAU, P.: 30 Jahre später: Kinder, die im Alter von bis zu drei Jahren in einer Beratungsstelle vorgestellt wurden (A 30-Years Prospective Follow-Up Study in Child Guidance Clinics)	477
DIEBEL, A./FEIGE, C./GEDSCHOLD, J./GODDEMEIER, A./SCHULZE, F./WEBER, P.: Computergestütztes Aufmerksamkeits- und Konzentrationstraining bei gesunden Kindern (Computer Assisted Training of Attention and Concentration with Healthy Children)	641
EVERS, S.: Die Situation der Musiktherapie in der stationären Pädiatrie und Kinder- und Jugendpsychiatrie (The Situation of Music Therapy in Pediatrics and in Child and Adolescent Psychiatry)	229
FINZER, P./HAFFNER, J./MÜLLER-KÜPPERS, M.: Zu Verlauf und Prognose der Anorexia nervosa: Katamnese von 41 Patienten (Outcome and Prognostic Factors of Anorexia Nervosa: Follow-up Study of 41 Patients)	302

GOLDBECK, L.: Die familiäre Bewältigung einer Krebserkrankung im Kindes- und Jugendalter. Möglichkeiten der standardisierten Erfassung mit Selbstbeurteilungsverfahren: Ergebnisse einer empirischen Vorstudie (Families Coping with Cancer during Childhood and Adolescence. Practicability of Standardized Self-assessment Methods: Results of a Pilot Study)	552
HAGER, W./HÜBNER, S.: Denkförderung und Strategieverhalten: vergleichende Evaluation zweier Denkförderprogramme (Cognitive Training and Thinking Strategies: a Comparative Evaluation)	277
KÄSSLER, P./BREME, K.: Evaluation eines Trainingsprogramms für ängstliche Kinder (Evaluation of a Group Therapy Program for Anxious Children)	657
KIESE-HIMMEL, C./HÖCH, J./LIEBECK, H.: Psychologische Messung taktil-kinästhetischer Wahrnehmung im frühen Kindesalter (Psychological Measurement of Tactile-Kinesthetic Perception in Early Childhood)	217
KRECH, M./PROBST, P.: Soziale Intelligenzdefizite bei autistischen Kindern und Jugendlichen – Subjektive Theorien von Angehörigen psychosozialer Gesundheitsberufe (Personal Theories of Deficient Social Intelligence of Autistic Persons in Health Care Professionals: an Exploratory Field Study)	574
LIMM, H./V. SUCHODOLETZ, W.: Belastungserleben von Müttern sprachentwicklungsgestörter Kinder (Stress of Mothers with Language Impaired Children)	541
MÖLLER-NEHRING, E./MOACH, A./CASTELL, R./WEIGEL, A./MEYER, M.: Zum Bedingungsgefüge der Störung des Sozialverhaltens bei Kindern und Jugendlichen einer Inanspruchnahmepopulation (Conditions of Conduct Disorders in a Clinic-referred Sample)	36
REISEL, B./FLOQUET, P./LEIXNERING, W.: Prozeß- und Ergebnisqualität in der stationären Behandlung: ein Beitrag zur Evaluation und Qualitätssicherung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie (Process and Outcome Quality in Inpatient-Care: a Contribution to Evaluation and Quality Assurance in Child and Adolescent Psychiatry)	705
SCHREDL, M./PALLMER, R.: Geschlechtsspezifische Unterschiede in Angstträumen von Schülerinnen und Schülern (Gender Differences in Anxiety Dreams of School-aged Children)	463
V. ASTER, M./MEIER, M./STEINHAUSEN, H.-C.: Kinder- und jugendpsychiatrische Versorgung im Kanton Zürich: Vergleich der Inanspruchnahme von Ambulanz, Tagesklinik und Station (Child and Adolescent Psychiatric Services in the Canton of Zurich: A Comparison of Outpatient, Day Clinic, and Inpatient Referral Populations)	668

Übersichtsarbeiten / Reviews

BIERMANN, G./BIERMANN, R.: Das Scenotestspiel im Wandel der Zeiten (The Sceno Game in the Course of Time)	186
BUDDEBERG-FISCHER, B.: Die Entwicklung familientherapeutischer Konzepte – Wechselwirkung zwischen Patienten- und Therapeutenfamilie (The Development of Family Therapy – Interrelationship Between the Patient's and the Therapist's Family)	174
BÜRGIN, D.: Drum zwingt, wem ein Zwang gegeben? (Should constrain, who is constrained?)	66
DOHERTY, W.J./MCDANIEL, S.H./HEPWORTH, J.: Medizinische Familientherapie bei Kindern mit chronischer Krankheit (Medical Family Therapy for Childhood Chronic Illness)	1
EGGERS, C.: Konversionssymptome im Kindes- und Jugendalter (Conversion Disorders in Childhood and Adolescence)	144

EGGERS, C.: Reizschutzmodell der Frühschizophrenie: ein integrativer ätiologischer und therapeutischer Ansatz (A Stimulus Barrier Model of Early Onset Schizophrenia: an Integrative Aetiological and Therapeutic Approach)	740
ESSAU, C.A./BASCHTA, M./KOGLIN, U./MEYER, L./PETERMANN, F.: Substanzmißbrauch und – abhängigigkeit bei Jugendlichen (Substance Abuse and Dependence in Adolescents) . .	754
FONAGY, P./MORAN, G.S./TARGET, M.: Aggression und das psychische Selbst (Aggression and the Psychological Self)	125
HEEKERENS, H.-P.: Evaluation von Erziehungsberatung: Forschungsstand und Hinweise zu künftiger Forschung (Evaluation of Child Guidance: State of Research and Comments on Future Research)	589
HIRSCHBERG, W.: Probleme der Gefährlichkeitsprognose im jugendpsychiatrischen Gutachten (The Prediction of Violent Behavior in Forensic Adolescent Psychiatry)	314
HUNDALSZ, A.: Beratung, Psychotherapie oder Psychologische Beratung? Zum Profil therapeutischer Arbeit in der Erziehungsberatung (Counselling, Psychotherapy of Psychological Counselling? The Profile of Therapy in Educational Guidance)	157
KLEMENZ, B.: Kinderplandiagnostik (Plan Diagnosis with Children)	722
RESCH, F./SCHULTE-MARKWORT, M./BÜRGIN, D.: Operationalisierte psychodynamische Diagnostik im Kindes- und Jugendalter (Operationalized Psychodynamic Diagnostic in Children and Adolescents – a Contribution to Quality Management in Psychotherapy)	373
RÜTH, U.: Gutachterliche Probleme im Sorgerechtsentzugsverfahren nach §§ 1666, 1666a BGB im Spannungsfeld zwischen Kontrolle und helfender Funktion (Problems Concerning the Expert's Assessment of the Restriction of Parental Rights Particularly with Regards to Control or Assistance)	486
STECK, B.: Eltern-Kind-Beziehungsproblematik bei der Adoption (Parent-Child Relationship Problems in Adoption)	240
STREECK-FISCHER, A.: Zwangsstörungen im Kindes- und Jugendalter – neuere psychoanalytische Sichtweisen und Behandlungsansätze (Compulsive Disorders in Childhood and Adolescence – New Psychoanalytic Views and Treatment Approaches)	81
TREMPLE, V.: Zur Wechselwirkung von Rahmen und Inhalt bei der Behandlung dissozialer Kinder und Jugendlicher (Interaction of Frame and Content in the Treatment of Dissocial Children and Adolescents)	387
VAN DEN BERGH, P./KLOMP, M.: Erziehungspläne als Steuerungsinstrumente der Jugendhilfe in den Niederlanden (Educational Plans as Control Instruments in Youth Care in the Netherlands)	767
VAN DER KOLK, B.A.: Zur Psychologie und Psychobiologie von Kindheitstraumata (The Psychology and Psychobiology of Developmental Trauma)	19
WIESSE, J.: Zur Gegenübertragung in der psychoanalytischen Therapie von Kindern und Jugendlichen mit Zwängen (Countertransference in Dynamic Treatment of Children and Adolescents with Obsessive-Compulsive Disorders)	96

Werkstattbericht / Brief Report

ROMBERG, A.: Die Elternarbeit einer kinderpsychiatrischen Station im Urteil der Eltern (Parents Judgement Concerning Family Work of a Child Psychiatric Ward)	773
---	-----

Buchbesprechungen

ASENDORPF, J.B.: Psychologie der Persönlichkeit	118
BAHR, R.: Schweigende Kinder verstehen. Kommunikation und Bewältigung bei elektivem Mutismus	530
BENZ, A.: Der Überlebenskünstler. Drei Inszenierungen zur Überwindung eines Traumas	697
BIEN, W. (Hg.): Familie an der Schwelle zum neuen Jahrtausend. Wandel und Entwicklung familialer Lebensformen	361
BLANK-MATHIEU, M.: Jungen im Kindergarten	532
BOECK-SINGELMANN, C./EHLERS, B./HENSEL, T./KEMPER, F./MONDEN-ENGELHARDT, C. (Hg.): Personenzentrierte Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen, Bd. 2: Anwendung und Praxis	780
BÖNISCH, L./LENZ, K. (Hg.): Familien: Eine interdisziplinäre Einführung	366
BOOTHE, B./HEIGL-EVERS, A.: Psychoanalyse der frühen weiblichen Entwicklung	264
BRICKENKAMP, R.: Handbuch psychologischer und pädagogischer Tests	57
CIERPKA, M. (Hg.): Handbuch der Familiendiagnostik	53
CLAAR, A.: Was kostet die Welt? Wie Kinder lernen, mit Geld umzugehen	613
DU BOIS, R.: Junge Schizophrene zwischen Alltag und Klinik	448
DUDEL, J./MENZEL, R./SCHMIDT, R.F.: Neurowissenschaft. Vom Molekül zur Kognition ...	114
DURRANT, M.: Auf die Stärken kannst du bauen. Lösungsorientierte Arbeit in Heimen und anderen stationären Settings	527
EICKHOFF, F.W. (Hg.): Jahrbuch der Psychoanalyse, Bd. 36	206
EISENMANN, B.: Erzählen in der Therapie. Eine Untersuchung aus handlungstheoretischer und psychoanalytischer Perspektive	267
ELBING, U.: Nichts passiert aus heiterem Himmel – es sein denn, man kennt das Wetter nicht. Transaktionsanalyse, geistige Behinderung und sogenannte Verhaltensstörungen ...	533
FRANKE, U. (Hg.): Prävention von Kommunikationsstörungen	788
GAGE, N.L./BERLINER, D.C.: Pädagogische Psychologie	50
GEWERT, U.: Sexueller Mißbrauch an Mädchen aus der Sicht der Mütter. Eine Studie über Erleben und Bewältigung der Mütter betroffener Mädchen	270
GUTHKE, J.: Intelligenz im Test. Wege der psychologischen Intelligenzdiagnostik	614
HANTEL-QUITMANN, W.: Beziehungsweise Familie. Arbeits- und Lesebuch Familienpsychologie und Familientherapie; Bd. 1. Metamorphosen, Bd. 2: Grundlagen	790
HARTMANN, K.: Lebenswege nach Heimerziehung. Biographien sozialer Retardierung ...	526
HILWEG, W./ULLMANN, E. (Hg.): Kindheit und Trauma – Trennung, Mißbrauch, Krieg ...	786
HIRSCH, M.: Schuld und Schuldgefühl. Zur Psychoanalyse von Trauma und Introjekt ...	209
KÖPP, W./JACOBY, G.E. (Hg.): Beschädigte Weiblichkeit: Eßstörungen, Sexualität und sexueller Mißbrauch	269
KRAUTH, J.: Testkonstruktion und Testtheorie	54
KREBS, H./EGGERT SCHMID-NOERR, A. (Hg.): Lebensphase Adoleszenz. Junge Frauen und Männer verstehen	702
KUSCH, M./LAVOUIE, H./FLEISCHACK, G./BODE, U.: Stationäre psychologische Betreuung in der Pädiatrie	442
LEHMKUHL, G. (Hg.): Chronisch kranke Kinder und ihre Familien	443
LIENERT, G./RAATZ, U.: Testaufbau und Testanalyse	54
LINDEN, M./HAUTZINGER, M. (Hg.): Verhaltenstherapie	615
MANSEL, J. (Hg.): Glückliche Kindheit – schwierige Zeiten? Über die veränderten Bedingungen des Aufwachsens	364

MARKGRAF, J. (Hg.): Lehrbuch der Verhaltenstherapie, Bd. 1: Grundlagen, Diagnostik, Verfahren, Rahmenbedingungen	618
MEERMANN, R./VANDEREYCKEN, W. (Hg.): Verhaltenstherapeutische Psychosomatik. Klinik, Praxis, Grundversorgung	620
MEYER, W.U./SCHÜTZWOHL, A./REISENEZEIN, R.: Einführung in die Emotionspsychologie, Bd. II: Evolutionspsychologische Emotionstheorien	205
MILZ, I.: Neuropsychologie für Pädagogen	114
MITCHELL, R.R./FRIEDMAN, H.S.: Konzepte und Anwendungen des Sandspiels	788
MÖNKS, F.J./KNOERS, A.M.P.: Lehrbuch der Entwicklungspsychologie	117
NEUENSCHWANDER, M.P.: Entwicklung und Identität im Jugendalter	448
NEUMANN, W./PETERS, B.: Als der Zahnarzt Zähne zeigte ... Humor, Kreativität und therapeutisches Theater in Psychotherapie, Beratung und Supervision	529
Österreichische Studiengesellschaft für Kinderpsychoanalyse (Hg.): Studien zur Kinderpsychoanalyse, Bd. XIII	208
OTTO, U. (Hg.): Aufwachsen in Armut. Erfahrungswelten und soziale Lagen von Kindern armer Familien	700
PETERMANN, F. (Hg.): Fallbuch der Klinischen Kinderpsychologie. Erklärungsansätze und Interventionsverfahren	784
PETERMANN, F. (Hg.): Kinderverhaltenstherapie – Grundlagen und Anwendungen	616
PETERMANN, U.: Entspannungstechniken für Kinder und Jugendliche. Ein Praxisbuch ...	617
PIONTELLI, A.: Vom Fetus zum Kind: Die Ursprünge des psychischen Lebens. Eine psychoanalytische Beobachtungsstudie	268
PLAUM, E.: Einführung in die Psychodiagnostik	56
PÖRTNER, M.: Ernstnehmen – Zutrauen – Verstehen. Personenzentrierte Haltung im Umgang mit geistig behinderten und pflegebedürftigen Menschen	49
RAUCHFLEISCH, U.: Alternative Familienformen. Eineltern, gleichgeschlechtliche Paare, Hausmänner	790
RECKERT, W.: Väterlichkeit und pädagogische Profession am Beispiel der Heimerziehung	524
REIMER, C./ECKERT, J./HAUTZINGER, M./WILKE, E.: Psychotherapie – Ein Lehrbuch für Ärzte und Psychologen	116
REINELT, T./BOGYI, G./SCHUCH, B. (Hg.): Lehrbuch der Kinderpsychotherapie	781
REMSCHMIDT, H. (Hg.): Psychotherapie im Kindes- und Jugendalter	782
RODEWIG, K. (Hg.): Der kranke Körper in der Psychotherapie	266
ROSSMANN, P.: Einführung in die Entwicklungspsychologie des Kindes- und Jugendalters	116
ROST, J.: Testtheorie, Testkonstruktion	54
SANDLER, J. (Hg.): Über Freuds „Die endliche und die unendliche Analyse“. Freud heute – Wendepunkte und Streitfragen, Bd. 1	698
SCHAD, U.: Verbale Gewalt bei Jugendlichen	446
SCHMITT, G.M./KAMMERER, E./HARMS, E. (Hg.): Kindheit und Jugend mit chronischer Erkrankung	441
SCHROEDER, J./HILLER-KETTERER, I./HÄCKER, W./KLEMM, M./BÖPPLE, E.: „Liebe Klasse, ich habe Krebs!“ Pädagogische Begleitung lebensbedrohlich erkrankter Kinder und Jugendlicher	528
SCHUMANN-HENGSTLER, R./TRAUTNER, H.M. (Hg.): Entwicklung im Jugendalter	444
SIGUSCH, V. (Hg.): Sexuelle Störungen und ihre Behandlung	696
SPECK, O.: System Heilpädagogik. Eine ökologisch reflexive Grundlegung	52
STROEBE, W./HEWSTONE, M./STEVENSON, G. (Hg.): Sozialpsychologie. Eine Einführung ...	204
THÖMA, H./KÄCHELE, H.: Lehrbuch der psychoanalytischen Therapie, Bd. 1: Grundlagen ..	264

THOMASIU, R.: Familiendiagnostik bei Drogenabhängigkeit. Eine Querschnittstudie zur Detailanalyse von Familien mit opiatabhängigen Jungerwachsenen	534
TÖLLE, R.: Psychiatrie, einschließlich Psychotherapie	205
WARSCHBURGER, P.: Psychologie der atopischen Dermatitis im Kindes- und Jugendalter .	443
WILMER, I.: Sexueller Mißbrauch von Kindern. Empirische Grundlagen und kriminalpoli- tische Überlegungen	272
WURMSER, L.: Die verborgene Dimension. Psychodynamik des Drogenzwangs	785
ZINNECKER, J./SIEBEREISEN, R.K.: Kindheit in Deutschland. Aktueller Survey über Kinder und ihre Eltern	362

Editorial / Editorial	63
Autoren und Autorinnen /Authors	48, 105, 203, 263, 355, 440, 524, 607, 694, 779
Zeitschriftenübersicht / Current Articles	105, 356, 608
Tagungskalender / Calendar of Events	59, 121, 212, 273, 368, 451, 536, 622, 703, 793
Mitteilungen / Announcements	61, 123, 214, 371, 454, 540, 624, 704, 795

ÜBERSICHTSARBEITEN

Aggression und das psychische Selbst¹

Peter Fonagy, George S. Moran und Mary Target

Summary

Aggression and the Psychological Self

In this paper we explore the idea of aggression as a defence against threats to the psychological self. This aspect of the self allows reflection about people in psychological terms and develops, in the first three years of life, through appreciation of mental states in the other. When the object is unpredictable or hostile, recognition of this is painful to the child, and his reflective function will not be adequately established. The defences of aggression or avoidance will be invoked very frequently. In time, aggression may become an organising influence in the construction of the self; pathological destructiveness then takes the place of emotional relatedness and concern for the other. Psychoanalytic treatment no longer works primarily by addressing conflict. Instead, particularly through interpretations of transference and counter-transference, the analyst recreates an intersubjective process which enhances the patient's reflective self, this time in the safety of a benign relationship.

Zusammenfassung

In diesem Beitrag untersuchen wir die Idee der Aggression als Verteidigung gegen Drohungen gegen das psychische Selbst. Diese Kapazität entwickelt sich intersubjektiv in den ersten drei Lebensjahren durch Erkenntnis mentaler Zustände in anderen. Wenn das Objekt unberechenbar oder feindselig ist, ist die Erkenntnis dieser mentalen Zustände schmerzhaft für das Kind, und seine reflexive Funktion wird unzureichend etabliert werden. Die Verteidigung durch Aggression oder Vermeidung wird häufig veranlaßt. Langfristig kann Aggression zu einem organisierenden Einfluß bei der Konstruktion des Selbst werden; pathologische Destruktivität nimmt dann den Platz emotionaler Verbundenheit und Sorge um den anderen ein. Psychoanalytische Behandlung wirkt nicht mehr primär durch das Ansprechen von Konflikten. Stattdessen rekreiert der Analytiker, vor allem durch Interpretationen von Übertragung und Gegen-

¹ Der Beitrag erschien erstmals 1993 im International Journal of Psycho-Analysis 76, 471-485. Aus dem Englischen übersetzt von Ute Boldt.

übertragung, einen intersubjektiven Prozeß, der das reflexive Selbst des Patienten stärkt, und zwar in diesem Fall im Rahmen der Sicherheit einer gutwilligen Beziehung.

In diesem Aufsatz untersuchen wir die Rolle der Aggression zum Zweck der Abwehr von Bedrohungen für das psychische Selbst. Dabei konzentrieren wir uns nicht auf die Ursprünge oder das Wesen der Aggression, sondern auf eine ihrer Funktionen in der normalen und der abweichenden Entwicklung: ihre defensive Rolle zum Schutz der Selbstrepräsentanz und Identität. Es soll aufgezeigt werden, daß einige pathologische Manifestationen der Aggression – wie sinnlose, grausame Zerstörungswut – keine von Geburt an vorhandenen Eigenschaften oder einfach Reaktionen auf Frustrationen von außen sein müssen. Vielmehr verweisen sie auf ein Versagen der defensiven Funktion der Aggression, so wie auch der normale Abwehrprozeß der Projektion Teil eines paranoiden psychotischen Zustands werden kann.

1 Psychoanalytische Aggressionstheorien

Die psychoanalytische Auseinandersetzung mit Aggression ist hinter der Erforschung vieler anderer Aspekte unserer theoretischen Modelle zur normalen und klinischen Entwicklung zurückgeblieben. Auf dem Wiener Kongreß von 1971 zum Thema Aggression klagte ANNA FREUD in ihren Schlußbemerkungen ungewöhnlich schroff den Mangel an theoretischer Arbeit auf diesem Gebiet an: „Was er (dieser Kongreß) nicht geleistet hat, ist die Beseitigung von Unsicherheiten über die Bedeutung der Aggression innerhalb der Triebtheorie, oder die Klärung einiger dringender Probleme, wie die Rolle, die die Aggression in der normalen kindlichen Entwicklung spielt, ihre Einbindung in die verschiedenen Instanzen der psychischen Struktur, ihre Rolle bei der Charakterbildung, ihr Anteil an der Pathogenese von Neurosen, Psychosen, Delinquenz, den Perversionen usw.“ (1972, S. 163).

Die psychoanalytischen Theorien über Aggression konzentrieren sich auf den Natur- und Nahrungsaspekt. Einige Autoren meinen, Aggression sei dem Menschen angeboren – einen Instinkt zu zerstören (z. B. FREUD 1920, 1929; KLEIN 1957; KERNBERG 1976). Nach diesen Theorien ist Aggression eine beim Säugling vorhandene, gegen das Leben und das Selbst gerichtete vernichtende Kraft; eher ein Hindernis für die Entwicklung des Ich als ein Protest des Ich angesichts der Behinderungen durch die Umgebung. Wie HEIMANN (1952) beobachtete, zeigte die exzessive Zerstörungswut der menschlichen Aggression, auch wenn die Aggression reaktiv zu sein schien, daß die Umstände die Entschuldigung, aber nicht die Ursachen für die Handlung liefern können. KERNBERG bietet die treffendste Erklärung des Modells der „angeborenen Zerstörungswut“ (KERNBERG 1976, 1991a, b), er sieht Aggression als einen Trieb an, der die Synthese einer Vielzahl angeborener Gefühlszustände darstellt. Negative Gefühlszustände und damit assoziierte selbstbezogene wie auch wahrgenommene Erfahrungen bilden die angeborenen Komponenten komplexer Affekte wie Haß, Wut und Ekel. Diese sind ihrerseits in die Triebstruktur der Aggression eingebunden.

Andere Theoretiker sehen Aggression als reaktives und schützendes Phänomen an, das beim Individuum durch äußere, auf verschiedene Weise zu Frustrationen führende

Einflüsse hervorgerufen wird. Manche Ich-Psychologen sehen Aggression als Reaktion auf dem Anpassungsprozeß innewohnende Konflikte an, eine Reaktion auf Unlust und depressive Affekte (z.B. HARTMANN 1958; BRENNER 1974, 1975, 1982). MEISSNER und Mitarbeiter vertreten die Ansicht, Aggression werde durch das Streben ausgelöst, ein Hindernis zu überwinden (BUIE et al. 1983; MEISSNER et al. 1987). Die meisten unabhängigen britischen Analytiker sehen das Lebensmotiv (Libido) als der Aggression übergeordnet an, und daher die kindliche Aggression als Ausdruck eines gesunden Kampfes gegen pathologische Interaktionen (FAIRBAIRN 1954; GUNTRIP 1974; WINNICOTT 1965). BALINT (1968) führt Aggression auf mangelhafte Übereinstimmung zwischen dem kindlichen Bedürfnis nach absoluter Abhängigkeit und der mütterlichen Reaktion darauf zurück, wobei Haß als Schutzbarriere dient, um das Ich vor „Menschen zu schützen, die es nicht lieben“ (vgl. SUTHERLAND 1980). Für Selbst-Psychologen stellt Aggression eine Reaktion auf narzißtische Bedrohung dar, ein Signal für eine drohende Verletzung des Selbst (KOHUT 1977).

Die meisten Psychoanalytiker finden eine solche Polarisierung der Theorien für ihre Arbeit wahrscheinlich nur wenig relevant und verwischen diese Unterscheidungen höchstwahrscheinlich in ihren eigenen, klinisch orientierten Theorien (SANDLER 1983). Die Entwicklungsforschung hat gezeigt, daß sowohl die nativistische wie auch die reaktive Aggressionstheorie nur Teilmodelle sind. Säuglinge unterscheiden sich hinsichtlich ihrer Temperamentsmerkmale wie Reizbarkeit, die mit Aggression verbunden sein kann (KAGAN 1989). Andererseits hat die Behandlung und Beobachtung von Kindern gezeigt, daß alle Kinder durch frühkindliche Deprivation geschädigt werden, aber auf sehr unterschiedliche Weise. Manche entwickeln emotionale Anpassungsstörungen, andere sind viel besser dazu in der Lage, die zur Verfügung stehende Unterstützung zu nutzen (z.B. RUTTER et al. 1983; MASTEN u. GARMEZY 1985; EMDE 1988). Eine fördernde Umgebung scheint für Säuglinge mit schwierigem Temperament, mit möglicherweise von Natur aus stärkerer Aggression wichtiger zu sein, als für pflegeleichte, empfängliche Babys (SROUFE et al. 1990). Die Umgebung muß für das jeweilige Kind eben „gut genug“ sein.

Es wird allgemein anerkannt, daß Aggression nicht von sich aus pathologisch ist und durchaus Teil eines gesunden mentalen Zustandes sein kann. Sie hat durchdringenden Einfluß auf viele alltägliche Handlungen wie das Konkurrenzverhalten, die Humorentwicklung, das Verhalten beim Sport und die Phantasietätigkeit. Sie kann auch beschützend wirken, wie ANNA FREUD und DOROTHY BURLINGHAM so schön illustrierten:

Sam (20 Monate) spielte friedlich ... als ihm Larry (19 Monate) plötzlich seinen Ball wegnahm. Sam sah hilflos auf seine leeren Hände und begann zu weinen. Edith (21 Monate) hatte diese Szene beobachtet, sie eilte zu Larry, biß ihn, brachte den Ball zurück zu Sam und knuddelte sein Haar, bis er getröstet war (1944, S. 573).

2 Das physische gegenüber dem psychischen Selbst

Bevor wir uns der abwehrenden Funktion der Aggression zum Schutz der Selbstrepräsentanz zuwenden, erscheint es notwendig, einige unserer Einschätzungen über die Entwicklung des Selbst darzulegen.

Psychoanalytiker verschiedener theoretischer Richtungen sind der Ansicht, daß die elterliche Fähigkeit, sich in den Geisteszustand anderer hineinzuversetzen, die Entwicklung der Selbststrukturen des Kindes stark beeinflußt (WINNICOTT 1956; BION 1967; КОНУТ 1977). Diese Einschätzung umfaßt zwei verwandte, aber selten deutlich benannte Voraussetzungen: zunächst den Begriff des psychischen Selbst, zweitens seine Entwicklung durch einen intersubjektiven Prozeß. In einer früheren Arbeit (FONAGY et al. 1993a) haben wir zwischen zwei Aspekten des Selbst unterschieden: „Das präreflexive oder physische Selbst“, welches das Leben unmittelbar erfährt, und das „reflexive oder psychische Selbst“, den inneren Beobachter des mentalen Lebens. Das psychische Selbst sieht sich selbst und die Objektwelt in Begriffen der Gefühle, Überzeugungen, Absichten und Wünsche und denkt über Erfahrungen in mentalen Begriffen nach.

Das präreflexive oder nicht-psychische Selbst, das die Welt und das Selbst in physischen Begriffen darstellt, ist in einfacher Ausprägung wahrscheinlich von Geburt an vorhanden und mit sechs Monaten fest etabliert (STERN 1985). Das reflexive oder psychische Selbst entwickelt sich langsamer im Verlauf der ersten beiden Lebensjahre. Weil es die mentale Welt der Überzeugungen und Absichten seiner selbst und anderer nicht versteht, ergeben die Handlungen anderer für den Säugling nur einen begrenzten Sinn. Er kann weder über seine eigenen Reaktionen reflektieren, noch über seine mentale Befindlichkeit, und seine Anerkennung des Geisteszustandes anderer beschränkt sich auf Resonanz. Die hier vorgeschlagene Dichotomie enthält also eine dualistische Sichtweise, die besagt, daß der Geist ontogenetisch auf das Verhalten folgt (d.h. von ihm abgeleitet wird). Wir vertreten die Ansicht, daß die Wahrnehmung einer psychischen Absicht für das Verständnis der Handlungen des Objekts von den frühesten Entwicklungsstufen an unabdingbar ist. Wir stellen fest, daß der Säugling zwischen sozialen und nicht sozialen Objekten unterscheidet und daß er sich der mentalen Welt bewußt ist. Wir glauben nicht, daß der Verstand irgendwann auftaucht, wie das manche Entwicklungspsychologen behaupten, sondern daß er sich in seiner Komplexität entwickelt.

An anderer Stelle (FONAGY et al. 1993a) haben wir untersucht, wie die Fähigkeit zur Reflexion durch einen intersubjektiven Prozeß erworben werden kann. Die wachsende Erkenntnis des Kindes, daß mentale Zustände von Bedeutung sind (Gefühle, Überzeugungen, Wünsche und Absichten) wächst durch das gegenseitige und teilhabende Verständnis für seine eigene mentale Welt und diejenige seiner Bezugsperson. Sie denkt über seine mentalen Erfahrungen nach und re-präsentiert sie ihm, übersetzt in eine Sprache physischer Handlungen, die er verstehen kann. Ihre Aufgabe ist es, einen kreativen, sozialen Spiegel zur Verfügung zu stellen, der für den Säugling Aspekte seiner Handlung aufnehmen kann und dann eine organisierende Perspektive hinzufügt, wobei das zur Anwendung kommt, was DENNETT „vorsätzliche Haltung“ nennt – die Annahme, daß das Verhalten eines Menschen in Begriffen seines mentalen Zustandes verstanden werden kann (DENNETT 1978). Man stelle sich zum Beispiel ein elf Monate altes Kind vor, das verzweifelt auf ein Glas Wasser zeigt. Die Mutter greift zielsicher unter den Tisch, hebt ein Stück Aluminiumfolie auf und gibt es dem Kind. Es lächelt zufrieden. Die Mutter hat erkannt, daß das Kind kurz zuvor etwas Glitzerndes gesehen

und dann aus den Augen verloren hat und nun auf etwas anderes Glitzerndes zeigt, als wolle es sie so an das erinnern, was es hatte haben wollen.

WINNICOTT (1956) beschreibt ähnliche Prozesse in der Mutter-Kind-Beziehung. Zuerst kann sich der Säugling als Einheit mit der Mutter empfinden, in dem Ausmaß, in dem sie sich mit ihm identifizieren kann. Diese Entwicklungsstufe wird von allmählicher emotionaler Ablösung gefolgt, während der der Kontakt aufrechterhalten wird und sich gegenseitiges Verständnis entwickelt, durch das, was WINNICOTT (1971) *Austausch der Identifikationen* (projektive und introjektive Identifikationsmechanismen) nennt. Der Säugling erlangt dann allmählich eine mentale Erfahrung seiner selbst durch genaue Beobachtung des mentalen Zustands seines Objekts, wobei er dessen Wahrnehmung seiner eigenen Gefühle erkennt. LOEWALD (1978) vertrat ebenfalls die Ansicht, daß sich die Selbstreflexion auf dem rückspiegelnden Zusammenspiel der Mutter-Kind-Dyade gründet. Das Vorhandensein dieses Verständnisses ist für das Phänomen des „Containments“, wie es von Bion beschrieben wurde, unabdingbar, wie auch für Bions Unterscheidung zwischen Alpha- und Betafunktionen (Bion 1962, 1967, 1970).

Wenn die Bezugsperson ausreichend mit dem Kind in Einklang ist (STERN 1985), einen mentalen Spiegel bietet, der „gut genug“ ist (WINNICOTT 1967), kann der Säugling die „Illusion“ bekommen, daß der Prozeß der Reflexion innerhalb seiner eigenen mentalen Grenzen stattgefunden hat. Wir gehen davon aus, daß dadurch das Gefühl der eigenen Wirksamkeit wie auch das Selbstverständnis des Säuglings gestärkt wird. Natürlich ist die „Illusion“ nur auf den frühesten Entwicklungsstufen notwendig und begrüßenswert. Eine erträgliche Diskrepanz zwischen dem mentalen Zustand des Kindes und der Rückspiegelung durch die Bezugsperson ist für das Entstehen eines reflexiven Selbst wahrscheinlich unerlässlich. Das ist in WINNICOTTS Beschreibung der Mutter enthalten, die sich zunehmend und nützlicherweise dem Kind versagt, wenn sie die ursprüngliche völlige Hinwendung an das Kind langsam zurücknimmt und ihre Eigenständigkeit zurückfordert. Auch in VYGOTSKYS Entwicklungsmodell (WILSON u. WEINSTEIN 1992) und in den Schriften von GEORGE KLEIN (1976) wird diese Zurücknahme beschrieben.

3 Aggression und das psychische Selbst

Der Säugling kann sich selbst die beständige Existenz seines präreflexiven Selbst durch seine Interaktion mit der physischen Welt bestätigen. Im Gegensatz dazu ist das psychische Selbst des Kindes leicht verletzbar, da es die fürsorgliche Gegenwart einer Bezugsperson benötigt, die dazu in der Lage ist, die Gefühle des Kindes zu erkennen und zurückzuspiegeln. Mikroanalytische Beobachtungsstudien zeigen dialogähnliche Interaktionen zwischen Kind und Bezugsperson, in denen die Säuglinge großes Empfindungsvermögen für die Äußerungen, und wenn sie älter werden, auch die Absichten des anderen zeigen (TREVARTHEN 1977, 1987; TREVARTHEN u. LOGETHI 1987; EMDE 1981, 1988; STERN 1985). Daß der Säugling eine „vorsätzliche Haltung“ einnehmen kann, ist abhängig von der richtigen Rückspiegelung der Bezugsperson; wenn eine Bezugsperson hier also versagt, stellt sie eine Bedrohung für das psychische Selbst des Kindes

dar. Das Kind, dem keine komplexen psychischen Abwehrformen zur Verfügung stehen, greift dann wahrscheinlich auf einfache Abwehrstrategien des Säuglingsalters zurück, wie sie von SELMA FRAIBERG (1982) beschrieben wurden – vor allem auf Vermeidung und Aggression.

Kraftvoller Ausdruck der eigenen Persönlichkeit, wie das Beharren des Kleinkindes, eine bestimmte Beschäftigung fortzusetzen oder ein bestimmtes Spielzeug zu bekommen, wird oft als Aggression mißverstanden. Solche Fehleinschätzungen sind häufig, weil das kleine Kind nur begrenzte Mittel hat, seiner eigenen Persönlichkeit Ausdruck zu verleihen, diese werden größtenteils nicht von sozialen Konventionen bestimmt, und gelegentlich kann es anderen durch sie Schaden zufügen. Die Absicht des Kindes ist es jedoch nicht, anderen zu schaden, sondern ein Ziel zu erreichen; das erlebt es als lustvoll, weil sein Wunsch erfüllt wird und auch, weil dadurch das Gefühl seiner eigenen Wirksamkeit verstärkt wird. Im Gegensatz dazu beinhalten sowohl gesunde wie auch pathologische Aggression den Wunsch zu schaden (in der Realität oder der Phantasie) und werden oft von Unlustaffekten wie Wut, Angst oder Frustration begleitet. Wenn jedoch der Selbstaussdruck des kleinen Kindes immer wieder vereitelt oder als Aggression mißverstanden wird, kommt es zu einer Verschmelzung von Selbstaussdruck und Aggression, was zu einer pathologischen Lust am Zerstören führt. STECHLER (1990) hat diesen Entwicklungsgang der Aggression aus einem Ich-psychologischen Blickwinkel hervorragend beschrieben.

Man stelle sich die folgende Situation vor: Tom, 14 Monate alt, ist zu Besuch bei seinen Großeltern. Er sieht sich um, lächelt zufrieden, nimmt dann seine Tasse und hämmert damit begeistert auf einem empfindlichen Tisch herum. Die sanften Ermahnungen des Großvaters führen nur zu stärkerem Hämmern. Schließlich schimpft der Großvater: „Du sollst den Tisch nicht kaputt machen, das ist ungezogen. Ich nehme dir die Tasse weg.“ Als ihm sein Hammer weggenommen wird, schlägt Tom zweimal verzagt auf den Tisch und beginnt dann wütend zu schreien. Als seine Mutter kommt, um ihn zu trösten, schlägt er nach ihr und kratzt sie. Sie beachtet das nicht und reicht Tom seine Trommel und den Schlegel. Toms Gesicht hellt sich auf, er beginnt rhythmisch auf die Trommel zu schlagen, sieht sich um und formt Laute.

Dieser Ausschnitt aus dem alltäglichen Familienleben gibt Hinweise nicht nur auf Art und Ursprünge von Aggression im mentalen Leben des Säuglings, sondern auch auf die Bedingungen, die zu ihrer Besänftigung führen, anstatt sie zu verstärken und fort dauern zu lassen. Der Großvater verstand Toms Handlung als einen Angriff auf den empfindlichen Tisch und bedrohte dadurch Toms eigene, noch unsichere Einschätzung seiner Absichten. Tom griff dann zu einer aggressiven Abwehrstrategie, indem er das Gesicht seiner Mutter angriff. Das verminderte nicht nur sein Gefühl der Hilflosigkeit, sondern indem er (durch Verschiebung) das mißverstehende Objekt zurückwies, wehrte er die unmittelbare Bedrohung seines Selbstverständnisses ab. Die Erkenntnis der Mutter, daß Toms Absicht berechtigt war, nämlich Töne zu produzieren, ermöglichte es ihm weiterhin, eine „vorsätzliche Haltung“ einzunehmen und sich selbst als wirksam zu erleben.

Zusammen mit Miriam und Howard Steele führten wir eine systematische Studie über die emotionale Entwicklung im ersten Lebensjahr durch (FONAGY et al. 1991a, b). Zweihundert Mütter und Väter wurden mit Hilfe strukturierter Interviews über ihre eigene

Kindheit befragt, während die Frau mit dem ersten Kind schwanger war. Die Kinder der Eltern, welche es beim Interview vermieden hatten, über ihre eigenen Absichten oder die anderer nachzudenken, zeigten als sie ein Jahr alt waren Vermeidungsverhalten, Widerstand oder milde Aggression gegenüber ihren Eltern, nachdem sie für kurze Zeit von diesen getrennt gewesen waren. Obwohl die von uns beobachteten Effekte statistisch äußerst signifikant waren, erwarten wir nicht, daß diese Hinweise auf sogenannte unsichere Bindungsmuster zu pathologischer Aggression führen. Die abwehrenden Verhaltensstrategien sollten ausreichen, um das psychische Selbst des Kindes zu schützen, das durch die geringfügig verminderte Reflexionsfähigkeit der Eltern belastet wird.

Was aber geschieht in Familien, in denen die reflexive Funktion der Bezugsperson drastisch vermindert ist – dort, wo ein depressives Elternteil die reflexiven Fähigkeiten des Kindes durch inkonsistente Reaktionsfähigkeit auf den mentalen Zustand des Kindes untergräbt? Dort, wo ein paranoider Vater den Selbstausdruck des Kindes fortwährend als böswillig interpretiert und darauf bestrafend reagiert? Dort, wo eine unzulängliche oder geängstigte Mutter die Unabhängigkeitsbestrebungen des Kindes durchkreuzt, indem sie durch Beschämung und Liebesentzug übermäßige Kontrolle ausübt? Oder in den Fällen von offenem Kindesmißbrauch, wenn sich Eltern ihrem Kind gegenüber unverhüllt feindselig verhalten und der gesamte intersubjektive Prozeß (der Versuch des Kindes, mentale Zustände durch die Identifikation mit dem Geisteszustand des Objekts zu erfahren) zu einer Bedrohung für die mentale Sicherheit des Kindes wird? In allen diesen Fällen wird das Kind des teilhabenden Verständnisses beraubt, das das primitive reflexive Selbst stützt. Es gibt eine Reihe drastischer, aber durchaus üblicher pathologischer Strategien, die dem Kind in solchen Situationen zur Verfügung stehen.

WINNICOTT (1965) beschreibt, wie ein „falsches Selbst“, das dem Objekt gefallen soll, aber wirkliche Reflexion vermeidet, sich zum Schutz des geschädigten eigentlichen Wesens des Säuglings entwickeln kann. Bei anderen (sogenannten vermeidenden Persönlichkeiten) beobachten wir die Verschmelzung von Vermeidungsstrategien mit der Selbststruktur; eine massive Hemmung sowohl des Selbstausdrucks als auch der Aggression kann daraus resultieren.

Eine weitere Strategie ist die Entwicklung einer pathologischen Destruktivität. Angesichts äußerst gefühlloser oder grausamer Eltern wird die Repräsentanz von jeglichem mentalen Leben beim kleinen Kind sehr zerbrechlich sein. Alltägliche Frustrationen werden dann die mögliche Zerstörung des reflexiven Selbst signalisieren, was von unerträglicher Angst begleitet wird. Der defensive Schutz des Selbst durch aggressive Handlungen, eine erfolgreiche Kurzzeit-Strategie, reicht bei dem Ausmaß der Bedrohung und bei der Zerbrechlichkeit der zu schützenden Struktur nicht aus. Nachdem der Versuch des Kindes, sein psychisches Selbst zu schützen, fehlgeschlagen ist, kommt es zu einer pathologischen Verschmelzung der Selbststruktur und der Abwehr (Aggression), wobei die Aggression unauflöslich mit der Selbststruktur verknüpft wird. Wir nehmen an, daß dies eine der Wurzeln sinnloser Zerstörungswut und anderer verheerender Auswirkungen auf die intrapsychische Entwicklung und die Objektbeziehungen ist.

Einige dieser Überlegungen möchten wir mit einem Bericht über ein von GEORGE MORGAN behandeltes Kind illustrieren, das zusammen mit anderen ebenfalls sehr ge-

störten Kindern, die unter einem Brittle-Diabetes litten, von ihm erfolgreich behandelt wurde. Dies Fallbeispiel veranschaulicht den im Anna-Freud-Centre unter GEORGE MORGANS Leitung entwickelten psychoanalytischen Ansatz zur Behandlung psychisch schwer kranker Patienten. Der Eckpfeiler dieser Technik ist die Erkenntnis, daß die vorrangige Beschäftigung mit dem Diabetes des Kindes auf lange Sicht keinen Nutzen bringt.

Von besonderer Bedeutung ist es, daß das Kind sich auf die analytische Beziehung einläßt und daß sein jeweiliges Empfinden, vor allem seine Furcht vor Zerstörung oder Verlassenwerden, wahrgenommen wird. Der Analytiker bemüht sich also, die Erfahrung innerer Bedrohung und Gefährdung des Patienten zu verstehen und zu interpretieren. Es wurde festgestellt, daß es nur bei weniger gestörten (meist jüngeren) Kindern zu einer anhaltenden Besserung führte, wenn sich die Behandlung auf die Bedeutung der Körperbefindlichkeit, den Diabetes oder die gefährlich nachlässige Einhaltung der Diabetes-Kontrollen konzentrierte. Das den Körper schwächende, selbstverletzende Verhalten des Kindes wird in diesem Zusammenhang nicht als zu untersuchende Metapher verstanden, sondern als Hinweis auf eine tiefere Störung, die analytisch erfaßt werden muß, wenn der Patient von der analytischen Erfahrung profitieren soll.

4 Fallbeispiel

Ein paar Tage vor seinem zehnten Geburtstag wurde David, das älteste von drei Kindern einer Mittelschichtfamilie, bewußtlos auf dem Flur seiner Schule gefunden. Augenscheinlich hatte er sich geweigert zu frühstücken und erlitt nun eine hypoglykämische Episode. Seit sein Diabetes im Alter von sieben Jahren diagnostiziert worden war, war er mindestens zwölfmal wegen hypoglykämischer Anfälle ins Krankenhaus eingeliefert worden. Davids Überweisung in die Psychoanalyse waren mehrere Versuche verhaltenstherapeutischer Intervention und eine zwei Jahre währende Familientherapie vorausgegangen. In seiner Überweisung äußerte der behandelnde Arzt die Sorge, es könne aufgrund der wiederholten hypoglykämischen Episoden zu Hirnschäden oder sogar zum Tod kommen.

David war zum Erlernen einer besseren Kontrolle seines Diabetes in die psychoanalytische Behandlung überwiesen worden, aber seine Gewalttätigkeit gegenüber Familienmitgliedern, Schulkameraden und sich selbst gab zu ebenso großer Sorge Anlaß. David versuchte in seiner Wut oft, seiner Mutter Haare auszureißen, er verhöhnnte sie mit Beschimpfungen, Essensverweigerung oder dadurch, daß er den Inhalt seiner Spritze ins Waschbecken entleerte. Wenn er sie so sehr gereizt hatte, daß sie nach ihm schlug, reagierte er mit Boxen und Treten. Der Familientherapeut berichtete mit einiger Besorgnis, daß David sogar während der Familiensitzungen seine Mutter boxte und trat, wenn sie über ihn sprach, und sie dann mit aller Kraft an den Haaren riß. David verhielt sich provozierend, er war nur schwer zu ertragen; die Beschreibung des Vaters, David sei „fast ausnahmslos schlecht gelaunt“ schien dem Analytiker zutreffend, wenn auch untertrieben.

Davids Mutter hatte selbst beträchtliche Schwierigkeiten, die ihren Problemen mit David vorausgegangen waren. Sie war ein ungewolltes und aggressives Kind gewesen, mit fünf Jahren war sie auf ein Internat geschickt worden. Sie erinnerte sich daran, oft von ihrem Vater geschlagen worden zu sein, und war sich der Gefahr, sich ihren eigenen Kindern gegenüber genauso zu verhalten, bewußt genug, um sich selbst anonym beim Kinderschutzbund anzuzeigen. Als sie

erwachsen war, entwickelte sie Zwangsgedanken und Zwangshandlungen; nach der Geburt Davids, ihrem ersten Kind, verstärkten sich diese Störungen. In den ersten beiden Wochen nach seiner Geburt konnte sie ihn nicht füttern und nicht ansehen, während seinem ersten Lebensjahr nahm sie fast unablässig Antidepressiva. Als David drei Jahre alt war, wurde sie für kurze Zeit in eine psychiatrische Klinik eingewiesen. Ihr Beharren auf Sauberkeit und Ordnung führte zu fortwährenden Kämpfen mit David wegen seiner „Schlampigkeit“, und zu dem Verbot, ohne sie aus dem Haus zu gehen und mit anderen Kindern zu spielen. Sie pflegte viele Rituale, unter anderem ging sie immer wieder die Treppe hinauf, solange bis es ihr gelungen war, die oberste Stufe zu erreichen, ohne daß jemand ein Wort gesprochen hatte.

Aggression schien akzeptierter Bestandteil des Familienlebens zu sein. In ihren Kämpfen mit David zahlte die Mutter es ihm „mit gleicher Münze“ heim; manchmal hockte sie auf ihm, schlug nach seinem Kopf und riß an seinen Haaren. Wenn sie diese Kämpfe beschrieb, betonte sie, daß keine wirkliche Gefahr für David bestehe, da sie „seinen Kopf bedecke“ und ihm oft sogar „für die Schlacht“ einen Anorak mit Kapuze anzog. Davids Vater hatte die Unzulänglichkeiten seiner Frau noch verstärkt. Er war ein gewissenhafter Ernährer, entzog sich aber dem Familienleben, wenn er von der Arbeit nach Hause kam, und überließ die Erziehung der drei Kinder völlig seiner Frau, während er auf seinem Vorrecht bestand, sie zu kritisieren und herunterzumachen, weil sie nicht angemessen mit ihnen umging. Obwohl er sie zweifellos als mächtig und gefährlich erlebte, hatte er das gegenphobische Bedürfnis zu beweisen, daß er „mit ihr fertig werde“. Seine stichelnden Bemerkungen führten bei Davids Mutter zu wütenden Forderungen, er solle endlich verschwinden, da er weder gebraucht noch gewollt werde. Das bewirkte jedoch nur, daß er sie weiter quälte, zum Beispiel dadurch, daß er während ihres Treppen-Rituals etwas sagte, „vor allem dann, wenn sie fast oben angelangt ist“, gestand er einmal dem Analytiker. So zwang er sie, das ganze Ritual zu wiederholen.

Beide Eltern rechtfertigten ihren Entschluß, diese unbefriedigende Beziehung (eher ein Zermürbungskrieg als eine Ehe) aufrecht zu erhalten, mit ihrer Verpflichtung gegenüber den Kindern.

Das eingeschränkte Einfühlungsvermögen für Davids mentale Befindlichkeit wird durch die Geschichte der Diagnosestellung seines Diabetes veranschaulicht. Die Eltern waren beschämt und wütend, als David mit sieben Jahren wieder ins Bett machte. Sie erklärten dem Hausarzt das Problem, ohne David mit zur Untersuchung zu nehmen, und waren damit einverstanden, daß David gegen seine Enuresis Medikamente verschrieben bekam. Da das Einnässen sich noch verschlimmerte, und David sich immer überzeugter davon zeigte, ein außerirdisches Wesen zu sein, diagnostizierte der Arzt David als psychotisch. Die Eltern hatten das Gefühl, daß David, nun schwer psychisch krank, vor dem Arzt „verrückt spiele“. Schließlich wurde David in ausgetrocknetem Körperzustand, mit schwerer Ketosis und Gewichtsverlust ins Krankenhaus eingeliefert, und der Diabetes wurde diagnostiziert.

Daß David sich der Feindseligkeit seiner Eltern in dieser Periode bewußt war, wie auch ihrer Ablehnung, sich mit seiner wirklichen Befindlichkeit auseinanderzusetzen, mag zu seiner aggressiven Weigerung gegen von seiner Mutter oder dem Krankenhauspersonal injizierte Spritzen geführt haben, die einige Monate nach der Diagnosestellung anhielt. Die Mutter unterstützte Davids Versuch, seine nicht-diabetische Identität aufrecht zu erhalten, indem sie wartete, bis David schlief, um dann dem wehrlosen Kind die Spritze zu geben. Ihr Verhalten unterlief Davids Verlangen nach Selbstbestimmung, auch wurde so die Konfrontation mit der Realität vermieden, die zur Anpassung an die Krankheit notwendig gewesen wäre.

David kam in analytische Behandlung und begann bald, den Analytiker anzugreifen und zu provozieren. Obwohl sein Material auf den ersten Blick erfindungsreich und phantastisch wirkte, fehlte doch die Spontaneität und das Wechselspiel, das bei solchen Patienten für gewöhnlich anzutreffen ist. Sein Phantasieleben schützte ihn vor dem Schmerz der Erinnerung und des Er-

zählens und war hauptsächlich defensiv. David bestand darauf, ein stereotypes Brettspiel zu spielen, das er sich selbst ausgedacht hatte. Die Spielfiguren stellten eine Kultur von Außerirdischen dar, die über unermessliche körperliche Kraft und immenses Wissen verfügten. Der Analytiker interpretierte immer wieder, daß dieses Spiel David dabei helfe, sich in der ihn ängstigenden und ungewohnten analytischen Umgebung sicherer zu fühlen. Solche Interventionen führten jedoch nicht zu einer Veränderung der Verhaltensmuster. Die Möglichkeit, diese zerbrechliche, aber rigide mentale Kontrolle aufzugeben, war augenscheinlich zu bedrohlich.

Ein Vorfall kann Davids Distanz und Entfremdung von normalem menschlichen Kontakt verdeutlichen. Während einer Stunde erzählte er, was für ihn ungewöhnlich war, daß er am Vortag auf eine Gruppe von Kindern zugegangen sei und sich als „Außerirdischer“ vorgestellt habe. Der Analytiker kommentierte, daß David das Gefühl habe, nichts mit anderen Kindern gemeinsam zu haben, und daß er fürchte, der Analytiker würde ihn nicht verstehen. David reagierte verwirrt und erzählte unzusammenhängend über die magischen Denkfähigkeiten seiner Rasse von Außerirdischen, den Christabelliern, vor allem, daß sie die Gedanken anderer kontrollieren könnten. Der Analytiker meinte daraufhin, daß David manchmal von seinen Gedanken geängstigt werde, weil sie ihm befremdlich erschienen, anders als die Gedanken anderer Kinder. David wurde sehr ängstlich und sagte, er wisse, daß ganz gewöhnliche Pflanzen Gedanken hätten und Menschen töten könnten, vor allem, wenn sie diese umschlingen würden. Der Analytiker fragte, ob David befürchte, sich in den normalen Gedanken zu verfangen, die der Analytiker ihm in den Kopf pflanze, und ob er Angst habe, vielleicht verrückt zu werden. David wurde aggressiv und versuchte, den Analytiker zu treten; nach und nach beruhigte er sich jedoch wieder. Schließlich (nachdem er sein mentales Selbst erfolgreich verteidigt hatte) sagte David: „Ich lasse einen Christabellier niemals einen Kampf verlieren.“ David erlebte seinen Analytiker als beängstigend und möglicherweise gewalttätig.

Interpretationen über Davids Projektionen seiner eigenen aggressiven Wünsche auf den Analytiker bewirkten nur selten ein Nachlassen seiner Angriffe, er mußte oft gezügelt werden. Die Alternative zum Angriff war Rückzug – zunehmend zog er sich aus der therapeutischen Beziehung zurück, las Comics und vermied den Austausch. Wenn es angebracht erschien, ging der Analytiker auf die von David empfundene Unsicherheit über seine Identität ein, wenn er nicht wütend war und kämpfte, auf sein geheimes Vergnügen beim Körperkontakt mit der Mutter, obwohl dieser gewalttätig und beängstigend war, auf seine Rebellion gegen Autorität und seine mangelnde Akzeptanz seiner Krankheit, auf die in seinem Kopf bestehende Verbindung zwischen dem Tod seiner geliebten Großmutter und der Diagnosestellung seiner Krankheit und auf viele andere Themen. Solche Interpretationen führten nur dazu, daß David sich verfolgt fühlte und ausfallend wurde. Er erklärte, der Analytiker sei ihm völlig egal, er sei dumm und habe keine Ahnung. Daraufhin sprach der Analytiker über Davids Schwierigkeit, seine eigenen Gedanken zu verstehen oder auszudrücken und die daraus entstehende Hilflosigkeit: „Etwas in Deinem Kopf stört Dich und Du kannst es nicht ausdrücken.“ David zuckte nur mit den Schultern, sagte, sein Kopf sei leer, und vergrub sich in seinem Comic.

Davids Angriffe gegen den Analytiker dauerten an. Je mehr der Analytiker versuchte, in Davids Geist Verbindungen herzustellen, um so feindseliger und abgewandter wurde David. Sogar wenn er sich verstanden fühlte, reagierte er feindlich. Nachdem er ungefähr ein Jahr in Behandlung war, fand eine ungewöhnlich lebhafte Sitzung statt, während der David bekannte, daß er sich wie ein Sklave seiner Mutter, seines Diabetes und seiner Analyse fühle, seine mörderischen Wünsche ihnen gegenüber aber nicht so groß seien, wie die Sicherheit, die sie ihm bieten würden. Diese Offenheit war jedoch nur von kurzer Dauer. Kurz danach wurde David in ketotischem Zustand ins Krankenhaus eingeliefert und zog sich nach seiner Entlassung sogar noch mehr in sich selbst zurück als davor.

Er beschuldigte den Analytiker, häufig Masken zu tragen, so wie Darth Vader, der böse Held in „Krieg der Sterne“. An anderen Tagen sah er ihn an und fragte „Was ist los? Wollen Sie Ärger?“. Außer daß diese Äußerungen die immer gegenwärtige Angst Davids vor dem Analytiker beleuchteten, gaben sie diesem auch einen Hinweis, warum David offenkundig so wenig von Interpretationen profitierte, die komplexer waren als bloße Reflexionen über seinen momentanen Affekt (oder den des Analytikers). Sein Objekt anzusehen, vermittelte ihm keine Vorstellung vom mentalen Zustand des Objekts, er konnte nur unbarmherzige Vergeltung erwarten. Sein Empfinden seiner selbst als mentaler Entität war so schwach entwickelt, daß er den Analytiker nicht als jemanden wahrnehmen konnte, der versuchte, Davids mentales Leben zu verstehen. David hatte zwanghafte Phantasien von außerirdischen Wesen, denen nichts etwas anhaben konnte und die über zerstörerische Geisteskräfte verfügten, von Sklavenarmeen der Evilier mit tödlichen Laserwaffen, fleischfressenden Pflanzen, kopflosen Drachen usw. Diese konnten als Selbst- und Objektrepräsentanzen verstanden werden, bei denen sinnvolle emotionale Erfahrungen durch blinde Aggression ersetzt worden waren.

Es schien, als zeige David eine ungewöhnliche Form starken Widerstands: Er konnte es nicht ertragen, daß der Analytiker über ihn nachdachte. David versuchte, sein mentales Selbst vor den Gedanken des Analytikers zu schützen, so wie er versucht haben mochte, die Zurückweisung durch seine Mutter während der von ihrer Depression belasteten Jahre und später ihre aktive Feindseligkeit auszulöschen. Nichts in seiner Lebensgeschichte wies auf eine Zeit wirklicher Zuwendung von einem Elternteil hin, die David dabei geholfen hätte, seinen eigenen mentalen Zustand und den anderer wahrzunehmen und gemeinsame Gefühle außer aggressiven zu empfinden. Seine heftigen Angriffe gegen den Analytiker und den analytischen Prozeß konnten als das Bemühen angesehen werden, die Tatsache auszulöschen, daß der Analytiker Interesse und Einsicht zeigte, um so eine Illusion gegenseitiger Interesselosigkeit aufrecht zu erhalten. Wenn die Realität Davids psychisches Selbst zu bedrohen schien, wurde seine Aggression sofort gegen diese Realität gerichtet und nahm eine anscheinend psychotische Ausprägung an.

Diese Zusammenhänge einfach zu interpretieren, half David nicht. Fälle wie dieser führen uns vor Augen, daß die Technik der Konfliktinterpretation bei vielen Patienten schnell an ihre Grenzen stößt. Was soll der Therapeut tun, wenn der Patient nicht dazu in der Lage ist, vorbewußte mentale Inhalte zu assimilieren? Mit Interpretationen fortzufahren, wirkt auf diese Patienten wie ein vorsätzlicher Angriff oder wie ein Mangel an Empathie. Die Techniken müssen geändert und den mentalen Fähigkeiten des Kindes angepaßt werden.

Davids Analytiker wurde erfinderisch; im zweiten Behandlungsjahr entstand plötzlich ein Spiel: David und sein Analytiker schrieben jeweils auf ‚Was ich denke, daß du denkst, das ich gerade denke‘. David wollte dieses Spiel monatelang jeden Tag wiederholen, zunehmend, wenn er während seiner Sitzung besonders starke Angst verspürte. Wenn David das Stichwort gab, war es das Ziel des Analytikers, Davids mentalen Zustand in der Übertragung zu klären, sowohl bewußt wie vorbewußt, anstatt Formulierungen anzubieten über Davids abgelehnte Gefühle in vergangenen und gegenwärtigen Beziehungen. Während einer Sitzung spielten David und der Analytiker Tischtennis. David gewann und zeigte die Schuldangst, die oft bei solchen Gelegenheiten auftrat; er wurde sehr aufgeregt und begann, sich auf die Couch zu werfen, wobei er den Namen von Tennisstars schrie. Der Analytiker sagte: „Ich frage mich, ob Du glaubst, ich sei weniger enttäuscht, wenn ich wüßte, daß ich von einem berühmten Tennisspieler geschlagen worden bin. Dann bräuchtest Du Dich nicht so unbehaglich zu fühlen.“ Anstatt zu ant-

worten, stand David von der Couch auf und schlug mit dem Tennisschläger nach dem Analytiker. Der Analytiker ging aus Davids Reichweite, gebot ihm aber keinen Einhalt. Kurz darauf schrie David: „Sie kennen mich nicht!“ Der Analytiker erwiderte: „Du willst nicht, daß ich Dich kenne, denn dann würde mir vielleicht nicht gefallen, wie groß und stark Du Dich fühlst.“ David drehte sich im Kreis, bis ihm schwindelig wurde und er auf dem Fußboden zusammensackte. Dann sagte er, er habe Kopfschmerzen, um den Analytiker zu prüfen und auch um sich an ihm zu rächen. Als der Analytiker über die Unsicherheit nachdachte, die er über Davids mögliches dringendes Nahrungsbedürfnis empfand, sagte er: „Man kann sich sehr hilflos fühlen, wenn man nicht weiß, wie sich ein anderer fühlt. Aber noch schlimmer ist es, wenn man nicht weiß, wie man sich selbst fühlt. Ich glaube, Du hast große Angst davor, daß ich Dir nicht länger werde helfen wollen, wenn Du stark und mächtig wirst; daß ich Dich einfach sterben lassen könnte.“ Ohne ein Wort zu sagen, leerte David den Inhalt seiner Schachtel auf den Teppich. Dann begann er, alles unordentlich wieder hineinzustopfen, so daß nur noch ungefähr ein Drittel seiner Sachen in die Schachtel paßte. Bevor der Analytiker etwas sagen konnte, fauchte David: „Warum halten Sie nicht einfach den Mund?“. Der Analytiker sagte nur: „Dadurch, daß Du mich piesackst und anscheinst, hoffst Du, glaube ich, alle Gedanken und Gefühle loszuwerden, mit denen wir deinem Empfinden nach nicht umgehen können.“ David sah seinen Analytiker zum ersten Mal freundlich an und schlug vor, das Spiel „Ich denke, daß Du denkst“ zu spielen. Er schrieb als erste Annahme „ängstlich“ und fügte dann „verloren gegangen“ hinzu. Der Analytiker bestätigte, daß er denke, David sei durch den Gewinn des Tennisspiels geängstigt worden, weil er glaube, daß sein Erfolg den Analytiker zerstören würde und David dann verloren wäre.

Bei diesem Austausch vermied der Analytiker, Davids zunehmend provokativen körperlichen und später gegen seine analytische Identität gerichteten Angriffe zu thematisieren. Stattdessen behandelte er Davids Aggression durchgängig als eine gegen die Angst gerichtete Abwehr, die jeder enge mentale Kontakt bei David auslöste. Er ging Davids Angriffen aus dem Weg, behielt seine analytische Haltung jedoch bei, indem er wiederholt Davids widerstreitende Gefühle ins Blickfeld rückte. Nach und nach konnte David sich besser mit seinen eigenen Ängsten, Gedanken und Wünschen und denen seines Analytikers auseinandersetzen. Im dritten und vierten Behandlungsjahr trat Davids Angst davor, als ‚böse‘ angesehen zu werden, in den Vordergrund. Seine grundlosen, äußerst aggressiven Handlungen konnten nun als hauptsächlich gegen Objekte gerichtet erkannt werden, die er als ihn negativ einschätzend erlebte. Es schien, als könne er sich durch das Angreifen dieser Personen zeitweise von bösen Gedanken ablenken, die ihn zu überwältigen drohten.

Eine Episode aus dem vierten Jahr der Analyse kann zur Illustration dieses Prozesses hilfreich sein. David war wütend auf seinen Analytiker, weil er glaubte, der Vorschlag des Hausarztes, David auf ein Internat zu schicken, käme von ihm. Er kam wutentbrannt in seine Stunde. Er kickte achtlos mit einem Ball im Zimmer herum und traf einen kleinen Tisch, auf dem eine schwere Pflanze stand. Er schimpfte auf verschiedene Menschen, die seine Internatseinweisung vielleicht befürworteten. Der Analytiker ging sofort auf Davids Wut ihm gegenüber ein und äußerte die Vermutung, David würde sich betrogen fühlen und wolle den Analytiker genauso treten, wie er sich von einigen Menschen, die sich angeblich um ihn sorgten, getreten und herumgestoßen fühle. David schrie, er hasse den Analytiker und erklärte, es sei alles Theater, wenn er zu seinen Stunden komme, und daß er die Nase voll davon habe, vom Analytiker zu hören, was dieser dachte, daß David dachte. Er fügte hinzu, der blaue Fleck in seinem Gesicht vor einigen Wochen, zu dem er nichts hatte sagen wollen, sei ihm von seiner Mutter beigebracht worden. Der Analytiker meinte, David könne sich nicht länger sicher sein, ob der Analytiker bloß Theater spiele oder ihn vielleicht wirklich verletzen könne, wie seine Mutter das getan habe. Er wollte hinzu-

fügen, daß David sich gedemütigt und beschämt fühle, weil sein Vertrauen mißbraucht worden sei, aber David verließ vorher das Zimmer, ohne sich zu verabschieden.

Zur nächsten Sitzung kam David immer noch sehr wütend und sprach diesmal lange über seine Pläne, die Behandlung abubrechen. Der Analytiker kommentierte, daß es David anscheinend unmöglich sei, ihm zu verzeihen. David hob einen Augenblick lang aufmerksam den Kopf, als ob er lausche, dann begann er, einen Traum zu erzählen, was ungewöhnlich für ihn war. Im Traum tauchten wieder die außerirdischen Wesen aus den ersten Jahren der Analyse auf: Ein Evillier und ein Christabellier hatten ein Scheinduell. Der Christabellier machte einen Ausfall und schlug dem Evillier versehentlich den linken Arm ab. Der Christabellier tötete dann den Evillier, indem er immer wieder auf ihn einschlug, noch lange nachdem dieser wahrscheinlich schon tot war.

David sagte, der verwundete Evillier habe einen „sonderbaren Blick“ gehabt, der furchtbare Macht gehabt habe. Der Blick hätte dem Christabellier gesagt, daß der Evillier vernichtet werden müsse. Der Analytiker äußerte die Vermutung, David habe das Gefühl, seinen Analytiker während des Streits am Vortag verletzt zu haben, und das sei ihm so furchtbar, daß er meine, die „Sache zu Ende bringen zu müssen“. David hörte aufmerksam zu und bemerkte, der Evillier sei ein Spock-Wesen ohne Gefühle gewesen. Dann bewunderte er die auf dem Tisch liegende Sonnenbrille des Analytikers und sagte: „Als ich Sie gestern ansah, sahen Sie so traurig aus.“ Der Analytiker erwiderte: „Wenn Du Dir mich als Spock vorstellen kannst, fühlst Du Dich sicher. Gestern hast Du mich als jemanden mit Gefühlen erlebt, heute möchtest Du, daß ich meine Sonnenbrille aufsetze, damit Du nicht sehen kannst, wenn ich Dich wieder so anblicke.“ David wurde bei diesem Kommentar des Analytikers sehr aufgeregt. Schließlich fragte er, ob der Analytiker schon einmal jemanden geschlagen habe. Anstatt eine direkte Antwort zu geben, fragte der Analytiker: „Ich glaube, Du möchtest wissen, ob ich weiß, wie schrecklich man sich fühlen kann, wenn man jemanden verletzt hat?“ David erzählte dann stockend die erste Version einer Geschichte, die er später noch oft durcharbeitete. Es fiel ihm schwer, sich an den Krankenhausaufenthalt seiner Mutter zu erinnern. Bei ihrer Rückkehr hörte er zufällig, wie sie über das „Baby, das nicht herauskommen konnte“ sprach und verstand ihre Worte so, daß sie nicht mehr schwanger werden könne, weil David ihr Schaden zugefügt habe.

Es wäre falsch, dieser einzelnen Phantasie oder diesem Trauma zu große Bedeutung beizumessen. Obwohl David während seiner Behandlung häufig darauf zurückkam, war diese Geschichte wahrscheinlich nur ein Abbild von vielfältigen, vielleicht wesentlich traumatischeren präverbalen Erfahrungen. Sein anspruchsvolles Temperament in Verbindung mit dem ungefestigten Charakter seiner Mutter brachte sie wahrscheinlich häufig dazu, Davids Selbstbehauptung mit ihrem „sonderbaren und strafenden Blick“ zu ersticken. Der exzessive Einsatz von Strafe und Demütigung und die Gefühllosigkeit könnten den mentalen Kontakt mit ihr zu einer leidvollen psychischen Erfahrung gemacht und die Entwicklung von Davids reflexivem Selbst behindert haben.

Die analytische Arbeit bezüglich Davids Weigerung, Gedanken und Gefühle wahrzunehmen, und seiner Ängste, gedemütigt zu werden, half ihm dabei, mit seinem Diabetes angemessener umzugehen und in der Schule zurechtzukommen. Seine vier Jahre währende Behandlung war insoweit erfolgreich, als seine zerstörerischen Ausbrüche nach und nach in Häufigkeit und Intensität gemindert werden konnten und sein vorsätzliches selbstverletzendes Verhalten aufhörte. Seine Objektbeziehungen blieben jedoch eingeschränkt und seine Sexualität war bei der letzten Nachuntersuchung noch nicht normal entwickelt.

5 Diskussion

Die Ätiologie solcher, wie bei David vorliegenden, Störungen ist natürlich komplex, aber wir meinen, daß sie teilweise durch die Untersuchung der Funktion verständlich wird, die die Aggressivität hier hat. Wir stimmen Davidson (1983) zu, daß die Erkenntnis unseres eigenen Geistes ein Prozeß ist, der über das Vertrautwerden mit dem Geist anderer verläuft. Das Begreifen, daß die eigenen Handlungen und die des Objekts von einem Geist mit Gefühlen, Wünschen, Einstellungen und Überzeugungen geleitet werden, hängt von der Beobachtung des anderen ab. Das reflexive Selbst entwickelt sich durch einen fortwährenden Prozeß von kleinen Primär-Identifikationen. Dadurch kann die Repräsentanz des mentalen Selbst des Objekts wachsen, die dann verallgemeinert und auf ähnliche Zustände des Selbst übertragen werden kann. Wir stellen uns dies als sehr schnellen und zugleich kontinuierliche Prozeß vor, der vom Säuglingsalter an wirksam ist und zu einer primitiven, aber stabilen Repräsentanz des mentalen Selbst im zweiten Lebensjahr führt.

David's Analyse zeigt die schwierige Situation, der sich ein Kind gegenüber sieht, wenn die Gedanken und Gefühle des Objekts über die normale Bandbreite von Erfahrungen hinausgehen. Der Identifikationsprozeß mit dem mentalen Zustand des Objekts wird unterbrochen, ruft Unlust hervor und kann dazu führen, daß dem mentalen Funktionieren des Kindes einschneidende Beschränkungen auferlegt werden. Das mangelnde Verständnis seiner Eltern während seiner frühen Kindheit hatte David anscheinend gehemmt, seine Fähigkeit, den mentalen Zustand anderer zu verstehen, voll zu entwickeln. Für David war es gefährlich, über die Gedanken nachzudenken, die seine Mutter über ihn hatte, da diese Gedanken nur zu deutlich die Einschätzung enthielten, David sei böse und gefährlich, und vielleicht auch den Wunsch, ihm tatsächlich Schaden zuzufügen. Die Abwehrfunktion seiner Aggression wurde gegen die mentalen Prozesse gerichtet, die er als überwältigend bedrohlich erlebte, nämlich jene, die den Repräsentanzen von Überzeugungen und Wünschen im Geist seiner Eltern und in seinem eigenen zugrundelagen.

Ein Kind, dessen Primärobjekt gleichzeitig aggressiv und geschädigt ist, sieht sich einem unüberwindlichen Hindernis für seine Entwicklung gegenüber. Die Pathologie des Selbst entsteht aus einer Verstärkung der Aggression zu Abwehrzwecken und der Unfähigkeit, die eigene Zerstörungswut zu ertragen, weil das Objekt als zerbrechlich wahrgenommen wird. David's Vater war zu entfernt und zu aggressiv, als daß er ein alternatives Identifikationsobjekt hätte sein können. Es ist diese Wahrnehmung des Objekts als zerbrechlich und gleichzeitig gefährlich, die die Möglichkeiten des Kindes beschränkt, eine reflexive und vorsätzliche Haltung zu internalisieren. Daß eine solche Haltung nicht vorhanden ist, vermindert die Fähigkeit des Kindes, seine eigene Aggression zu zügeln. Die nicht vorhandene Sorge um das Objekt, ursprünglich aus David's Bedürfnis erwachsen, die Wahrnehmung der Gedanken und Gefühle seiner Eltern auszulöschen, erklärt zum Teil seine auffällige Grausamkeit. Die Repräsentanz des Objekts ist jeder Bedeutung enthoben, grausame Handlungen werden verübt in einer Welt, die belebt, aber unmenschlich erfahren wird. Es wäre falsch, David als sadistisch zu bezeichnen, da Sadismus die Wahrnehmung des verletzten Objekts voraussetzt. Sinnlose

Zerstörungswut basiert auf einem früheren Bedürfnis, den reflexiven Anteil des Objekts auszulöschen, und wird zugelassen, weil die reflexive Komponente der Selbstrepräsentanz verkümmert und verzerrt ist.

Ohne mäßigende reflexive Fähigkeiten war David brutal zu seinem Analytiker und bössartig gegen seine Mutter. Patienten, deren reflexive Fähigkeit auf diese Weise eingeschränkt wurde, sind sehr gefährdet, wenn ihre Entwicklungsstörung mit einer ernsthaften körperlichen Erkrankung einhergeht. Davids defensive Hemmung der mentalen Funktion ging einher mit einer verminderten Wahrnehmung seiner Körperbefindlichkeit. Wenn keine angemessenen reflexiven Fähigkeiten vorhanden sind, kann das präreflexive oder physische Selbst zum Ersatz für mentale Funktion werden – der Körper kann dann statt des Geistes Erfahrungen aufnehmen und wird daher mit Gedanken und Gefühlen erfüllt. So wie gedankliche Reflexion eine bedrohliche Erfahrung erträglich machen kann, kann der Körper solcher Patienten Gedanken und Gefühlen, die das Individuum nicht mental verarbeiten kann, eine Art Halt bieten. Davids vorsätzliche Sabotage seiner Diät war eine tödliche Alternative zum unerträglichen Gefühl des Wahnsinns, das durch die Erfahrungen mit seiner Mutter hervorgerufen wurde. Seine Rücksichtslosigkeit gegenüber seiner körperlichen Gesundheit kann auch als Widerspiegelung einer Entwicklungsstörung verstanden werden. Sein primitives reflexives Selbst erkannte nicht, daß der Tod seines Körpers zum Tod seines mentalen Selbst führen würde. Davids Kontrolle über seinen Diabetes normalisierte sich tatsächlich zusammen mit der Entwicklung seiner Reflexionsfähigkeit.

Seine Probleme reichten jedoch tiefer als bis zur Hemmung seinem reflexiven Selbst dienlicher mentaler Prozesse. Der Zusammenbruch des durch seine gesunde Aggression geschaffenen Schutzwalls führte direkt zur Fusion seiner zerbrechlichen Selbststruktur mit diesem Abwehrprozeß. Seine aggressiven Strategien nahmen anscheinend die Selbst-ingetrative Rolle ein, die normalerweise von intersubjektiv geteiltem Verständnis ausgefüllt ist. Die Bandbreite seiner emotionalen Erfahrungen war stark eingeschränkt durch die Furcht vor spontanen Gedanken und Gefühlen, die für ihn Verlustkontrolle und Wahnsinn bedeuteten, paradoxerweise erhielt er nur durch Aggression das Gefühl von Halt und Sicherheit. Davids aggressive Haltung war nicht länger ein Schutzschild, das je nach Bedarf gehoben oder gesenkt werden konnte, sondern wurde Teil seiner Selbsterfahrung, seines Dranges nach Selbstbehauptung, seiner Autonomie und Herrschaft über seine Umgebung. Für den außenstehenden Beobachter hatte es den Anschein, als würde Davids Aggression seine Interaktionen häufig und sinnlos beherrschen. Tatsächlich wurde seine Aggression bei den vielen Gelegenheiten aktiviert, in denen sein Selbstgefühl Verstärkung brauchte, weil es von Gedanken und Gefühlen über ihn selbst bedroht wurde, über die zu reflektieren er nicht in der Lage war. Die Fusion von Selbststruktur und Aggression befähigte David nur sehr eingeschränkt dazu, mit anderen in Beziehung zu treten, ohne dabei ausfallend und zerstörerisch zu sein. Die Verzerrung des psychischen Selbst durch Aggression geht mit einer Wegwendung vom Objekt einher, mit dem eine mentale Einheit nicht hergestellt werden konnte. Zusätzlich können genuine emotionale Bindungen an andere Personen, die eine frühere Erfahrung emotionaler „Verschmelzung“ mit der Bezugsperson voraussetzen, nicht entwickelt werden. Verbindungen mit anderen, die trotz der Vermi-

schung von Aggression und Selbststruktur aufrecht erhalten werden, beruhen auf Körperbedürfnissen und werden vom nicht-psychischen Selbst hergestellt. Davids psychisches Selbst war gegenwärtig, dynamisch aber unerreichbar.

Wir sind der Ansicht, daß eine solche Hemmung einer Fähigkeit nicht möglich wäre, wenn diese Fähigkeit sich zunächst vollständig und sicher hätte entwickeln können. Eine mangelhaft entwickelte Fähigkeit, die Gedanken und Gefühle anderer wahrzunehmen, macht bestimmte Kinder wahrscheinlich dafür anfällig, diese Art der Abwehr gegen psychischen Schmerz einzusetzen. Das läßt auf eine tieferreichende Störung schließen als es die bloße Internalisierung zurückweisender, liebloser Eltern darstellt.

Durch diese Einschätzung von Davids Pathologie stellt sich die Frage, wie die psychoanalytische Interaktion bei ihm zu einer Besserung seines Zustandes führen konnte. Interpretationen, vor allem der Übertragung und Gegenübertragung, waren nötig und stützend, weil sie David ermöglichten, die Gedanken des Analytikers wahrzunehmen, auch wenn dadurch für den Augenblick die Selbstreflexion in den Hintergrund trat. Als der psychische Zustand des Patienten sich weiter stabilisiert hatte, wurde die Aufforderung zur Selbstbeobachtung möglich, die die mentale Unabhängigkeit des Selbst voraussetzt (wie in Davids Traum über den Christabellier deutlich wurde). Die Reflexionen über Davids mentalen Zustand und das Verständnis des Analytikers bestärkten sein psychisches Selbst, weil David die mentale Welt seines Objekts genau beobachten und sich zeitweilig damit identifizieren konnte. David konnte die Erfahrung, den mentalen Zustand des Analytikers zu verstehen, zur Erforschung seines eigenen Geistes nutzen und dazu, eine Repräsentanz seines mentalen Selbst zu entwickeln – ohne den seelischen Schmerz, von dem ein solcher Kontakt mit seiner Mutter oft begleitet gewesen war. Die Kraft der therapeutischen Allianz, das Wissen, daß scheinbare Zurückweisung und Feindseligkeit in dem Kontext einer freundlichen und sicheren Beziehung stattfanden, erlaubte die Exploration der ganzen Bandbreite von Gefühlen, die der Analytiker David gegenüber empfand.

Die Notwendigkeit, beim Aufbau des psychischen Selbst eindeutige mentale Repräsentanzen des anderen zu erhalten, rechtfertigt in diesen Fällen die Betonung der Übertragung. Dadurch wird der mentale Zustand des Analytikers in der psychoanalytischen Behandlung in den Mittelpunkt gestellt.

SPILLIUS (1992) führte aus, daß dieser theoretische und technische Zugang viel mit den Theorien von MELANIE KLEIN über das Denken gemeinsam hat (KLEIN 1940; SEGAL 1957; BION 1962). Die Unterscheidung zwischen dem präreflexiven physischen Selbst, das unfähig ist, über seine Empfindungen hinaus zu denken, und dem reflexiven Selbst, das sich mit sich und seiner Umwelt auseinandersetzen kann, erinnert an KLEINS Unterscheidung zwischen der paranoid-schizoiden und der depressiven Phase. Und auch BIONS (1962) Begriff „containment“ hat viel mit unserem Konzept der reflexiven Funktion des Selbst zu tun. BION hat auch Störungen der Denkfunktionen behandelt, die den Patienten in einem von „leblosen“ (seelenlosen) Objekten bevölkerten Universum leben lassen. Viele Kleinianer setzen zunehmend die detaillierte Klärung der Interaktion während der Therapiesitzung ein (JOSEPH 1989), und STEINER (1992) beschreibt eine Arbeitsmethode mit Borderline-Patienten, die auf die Gedanken des Patienten über den Geisteszustand des Analytikers abzielt, besonders auf seine Emp-

findungen und Gedanken gegenüber dem Patienten. WINNICOTT (1972) beschrieb bereits unter Bezugnahme auf die Erkenntnisse von MELANIE KLEIN eine ähnliche Technik bei Borderline-Patienten, bei der er den „Identifikationsaustausch“ von Patient und Analytiker anwendete. Er hob hervor, daß dies eine Parallele zu dem Prozeß sei, durch den eine Mutter normalerweise ihrem Kind hilft, ein eigenständiges, gesundes Selbst zu entwickeln, ein Prozeß, der bei diesen Patienten offensichtlich fehlgeschlagen ist.

Durch die Analyse erlangte David die Fähigkeit, sich Haltungen und Bedeutungen vorzustellen, die dann den Kern eines Gefühls seiner selbst bildeten. Er mußte die Welt nicht länger auf ihre konkreten Aspekte beschränken und Aggression nicht mehr einsetzen, um seine Selbstrepräsentanz zu vervollständigen und zusammenzuhalten. Der Nutzen, den er aus dem analytischen Prozeß zog, wurde vor allem zu Beginn durch seine Entwicklungsstörung eingeschränkt. Innerhalb dieser Grenzen war er jedoch manchmal in der Lage, die Kommentare des Analytikers zu verstehen und für sich zu nutzen, so daß seine Gedanken die des Analytikers wiederholten, ohne daß ihm das bewußt war. Diese Wiederbelebung des mentalen Prozesses wird bei Patienten wie David als erster Mechanismus in der Therapie festgestellt (FONAGY et al. 1993b) und führt schließlich dazu, daß die Anwendung traditioneller interpretierender Techniken genutzt werden kann. Trotz der relativ erfolgreichen Analyse Davids sind wir nicht sicher, ob bei Patienten, die ein so frühes Trauma erlebt haben, durch den analytischen Prozeß tatsächlich ein wirkliches Empfinden für das eigene psychische Selbst und das anderer sicher etabliert werden kann.

Durch seine Analyse verbesserte sich Davids Fähigkeit, die mentale Welt zu bewältigen; solch ein psychischer Wandel kann jedoch nicht im Nachhinein die verfolgenden und zerstörenden Imagines seine frühen Objekte verändern.

Psychotherapeutische Behandlung im allgemeinen und Psychoanalyse im besonderen bewirkt eine allgemeine Förderung des mentalen Funktionierens. Vielleicht haben darum alle Versuche, das mentale Leben eines Individuums in den Mittelpunkt zu stellen, eindeutige therapeutische Wirkung. Es ist etwas Einzigartiges an einem therapeutischen Prozeß, der zwischen zwei Individuen stattfindet, und in dem die eine Person Interesse für das mentale Leben der anderen bekundet, das über den Versuch hinausgeht, die Grenzen des Bewußtseins auszudehnen. Die Denkfähigkeit des Patienten wird gefördert, innerhalb und außerhalb der analytischen Sitzung, und er kann die Welt auf neue, manchmal traurigere, manchmal glücklichere Weise erleben.

Literatur

- BALINT, M. (1968): *The Basic Fault*. London: Tavistock.
- BION, W.R. (1962): *Learning from Experience*. In: BION, W.R.: *Seven Servants: Four Works*. New York: Jason Aronson, 1977.
- BION, W.R. (1967): *A theory of thinking*. In *Second Thoughts*. London: Heinemann.
- BION, W.R. (1970): *Attention and Interpretation*. London: Tavistock.
- BRENNER, C. (1974): On the nature and development of affects: a unified theory. *Psychoanal. Q.*, 43, 532-556.
- BRENNER, C. (1975): Affects and psychic conflict. *Psychoanal. Q.*, 44, 5-28.
- BRENNER, C. (1982): *The Mind in Conflict*. New York: Int. Univ. Press.

- BUJE, D.H./MEISSNER, W.W./RIZZUTO, A.-M./SASHIN, J.I. (1983): Aggression in the psychoanalytic situation. *Int. Rev. Psychoanal.* 10, 159-170.
- DAVIDSON, D. (1983): *Inquiries into Truth and Interpretation*. Oxford: Oxford Univ. Press.
- DENNETT, D.C. (1978): *Brainstorms*. Cambridge, MA: MIT Press.
- EMDE, R.N. (1981): Changing models of infancy and the nature of early development: remodelling the foundation. *J. Amer. Psychoanal. Assn.* 29, 179-219.
- EMDE, R.N. (1988): Development terminable and interminable. I. Innate and motivational factors from infancy. *Int. J. Psychoanal.* 69, 23-42.
- FAIRBAIRN, W.R.D. (1954): *An Object-Relations Theory of Personality*. New York: Basic Books.
- FONAGY, P./MORAN, G.S. (1991): Understanding psychic change in child psychoanalysis. *Int. J. Psychoanal.* 72, 15-22.
- FONAGY, P./MORAN, G.S. (1993): The psychoanalytic treatment of brittle diabetes. *Brit. J. Psychiatry*, in press.
- FONAGY, P./MORAN, G.S./HIGGITT, A. (1989): Psychological factors in the self-management of insulin-dependent diabetes mellitus in children and adolescents. In: WARDLE, J./PEARCE, S. (ed.): *The Practice of Behavioural Medicine*. Oxford: Oxford Univ. Press.
- FONAGY, P./STEELE, M./STEELE, H./MORAN, G.S./HIGGITT, A. (1991a): The capacity for understanding mental states: the reflective self in parent and child and its significance for security of attachment. *Infant Mental Health Journal* 13, 200-217.
- FONAGY, P./STEELE, H./STEELE, M. (1991b): Maternal representations of attachment during pregnancy predict infant-mother attachment patterns at one year. *Child Development* 62, 891-905.
- FONAGY, P./STEELE, M./MORAN, G.S./STEELE, H./HIGGITT, A. (1993a): Measuring the ghost in the nursery: An empirical study of the relation between parents' mental representations of childhood experiences and their infants' security of attachment. *J. Amer. Psychoanal. Assn.*, in press.
- FONAGY, P./MORAN, G.S./EDGCUMBE, R./KENNEDY, H./TARGET, M. (1993b): The roles of mental representation and mental process in therapeutic action. *Psychoanal. Study Child*, in press.
- FRAIBERG, S. (1982): Pathological defenses in infancy. *Psychoanal. Q.* 51, 612-635.
- FREUD, A. (1972): Comments on aggression. *Int. J. Psychoanal.* 53, 163-172.
- FREUD, A./BURLINGHAM, D. (1944): *Infants Without Families*. New York: Int. Univ. Press.
- FREUD, S. (1920): *Beyond the Pleasure Principle*. S.E. 18.
- FREUD, S. (1930): *Civilization and its Discontents*. S.E. 21.
- GUNTROP, H. (1974): Psychoanalytic object relations theory: the Fairbairn Guntrip approach. In *The Foundations of Psychiatry*. New York: Basic Books.
- HARTMANN, H. (1958): *Ego Psychology and the Problem of Adaptation*. New York: Int. Univ. Press.
- HEIMANN, P. (1952): Notes on the theory of the life and death instincts. In: RIVIERE, J. (ed.): *Developments in Psycho-Analysis*. London: Hogarth Press, 321-337.
- JOSEPH, B. (1989): *Psychic Equilibrium and Psychic Change*. London and New York: Tavistock/Routledge.
- KAGAN, J. (1989): *Unstable Ideas: Temperament, Cognition and Self*. Cambridge, Mass: Harvard Univ. Press.
- KERNBERG, O.F. (1976): *Object-Relations Theory and Clinical Psychoanalysis*. New York: Jason Aronson.
- KERNBERG, O.F. (1991a): Sexual excitement and rage. *Sigmund Freud House Bulletin* 15, 3-38.
- KERNBERG, O.F. (1991b): Aggression and love in the relation of the couple. *J. Amer. Psychoanal. Assn.*, 39: 45-70.
- KLEIN, G. (1976): *Psychoanalytic Theory*. New York: Int. Univ. Press.
- KLEIN, M. (1940): Mourning and its relation to manic-depressive states. In *Love, Guilt and Reparation and Other Works 1921-1945*. New York: Macmillan, 1984, 344-369.
- KLEIN, M. (1957): *Envy and Gratitude*. London: Hogarth Press.
- KOHUT, H. (1977): *The Restoration of the Self*. New York: Int. Univ. Press.
- LICHTENBERG, J. (1988): A theory of motivational-functional systems as psychic structures. *J. Amer. Psychoanal. Assn.* 36, 57-72.
- LICHTENBERG, J. (1989): *Psychoanalysis and Motivation*. Hillsdale, NJ: Analytic Press.
- LOEWALD, H.W. (1978): Instinct theory, object relations and psychic structure formation. *J. Amer. Psychoanal. Assn.* 26, 493-506.
- MASTEN, A.S./GARMEZY, N. (1985): Risk, vulnerability and protective factors in developmental psychopathology. In: LAHEY, B.B./KAZDIN, A.E. (ed.): *Advances in Clinical Child Psychology*. 8, 1-52. New York: Plenum.

- MEISSNER, S.J./RIZZUTO, A.-M./SASHIN, J.I./BUIE, D.H. (1987): A view of aggression in phobic states. *Psychoanal. Q.* 56, 452-476.
- MORAN, G.S. (1984): Psychoanalytic treatment of diabetic children. *Psychoanal. Study Child* 39, 407-447.
- MORAN, G.S./FONAGY, P. (1987): Psychoanalysis and diabetic control: A single-case study. *Brit. J. Med. Psychol.* 60, 357-372.
- MORAN, G.S./FONGAY, P. (1991): Brittle diabetes: empirical investigations. In: SZUR, R. (ed.): *Scientific Explorations in Child Psychotherapy*. London: Free Associations.
- MORAN, G.S./KURTZ, A./BOLTON, A./BROOK, C. (1991): A controlled study of the psychoanalytic treatment of brittle diabetes. *J. Amer. Acad. Child and Adol. Psychiat.* 30, 926-935.
- RUTTER, M./QUINTON, D./LIDDLE, C. (1983): Parenting in two generations: looking backwards and looking forwards. In: MADGE, N. (ed.): *Families at Risk*. London: Heinemann, 60-98.
- SANDLER, J. (1983): Reflections on some relations between psychoanalytic concepts and psychoanalytic practice. *Int. J. Psychoanal.* 64, 35-45.
- SEGAL, H. (1975): Notes on symbol formation. *Int. J. Psychoanal.* 38, 391-397.
- SPILLIUS, E.B. (1992): Discussion of 'Aggression and the psychological self' (a shortened version of the present paper), given at a scientific meeting on 'Psychoanalytic Ideas and Developmental Observation' in honour of George S. Moran, London, June 1992.
- SCROUFFE, L.A./EGELAND, B./KREUTZER, T. (1990): The fate of early experience following developmental change: longitudinal approaches to individual adaptation in childhood. *Child Development* 61, 1363-1373.
- STECHLER, G. (1990): Psychoanalytic perspectives on the self during the transition period. In: CICCHETTI, D./BEEHLEY, M. (ed.): *The Self in Transition: Infancy to Childhood*. Chicago: Univ. Chicago Press.
- STEINER, J. (1992): Patient-centred and analyst-centred interpretations: some implications of 'containment' and 'countertransference'. Paper given at the Borderline Conference, University College London, January 1992.
- STERN, D.N. (1985): *The Interpersonal World of the Infant*. New York: Basic Books.
- SUTHERLAND, J.D. (1980): The British object-relations theorists: Balint, Winnicott, Fairbairn, Guntrip. *J. Amer. Psychoanal. Assn.* 28, 829-860.
- TREVARTHEN, C. (1977): Descriptive analyses of infant communicative behaviour. In: SHAFFER, H.R. (ed.): *Studies in Mother-Infant Interaction*. London: Academic Press.
- TREVARTHEN, C. (1987): Sharing makes sense: intersubjectivity and the making of an infant's meaning. In: STEELE, R./THREADGOLD, T. (ed.): *Language Topics: Essays in Honour of Michael Halliday*. Philadelphia: John Benjamins.
- TREVARTHEN, C./LOGETHI, K. (1987): First symbols and the nature of human knowledge. In: *Cahiers des Archives Piaget*. Geneva.
- WILSON, A./WEINSTEIN, L. (1992): An investigation into some implications of a Vygotskian perspective on the origins of the mind: psychoanalysis and Vygotskian psychology. Part I. *J. Amer. Psychoanal. Assn.* 40, 349-380.
- WINNICOTT, D.W. (1956): Primary maternal preoccupation. In *Collected Papers*. New York: Basic Books, 1958, 300-305.
- WINNICOTT, D.W. (1965): *The Maturation Processes and the Facilitating Environment*. London: Hogarth Press.
- WINNICOTT, D.W. (1967): Mirror-role of the mother and family in child development. In: LOMAS, P. (ed.): *The Predicament of the Family: A Psycho-Analytic Symposium*. London: Hogarth Press.
- WINNICOTT, D.W. (1971): *Playing and Reality*. London: Tavistock Publications.

Anschrift der Verfasser: Professor Peter Fonagy, M.D., Psychoanalysis Unit, University College London, Gower Street, London WG1E 6BT, U.K.