

Dynamische Psychiatrie

Begründet von
founded by
Günter Ammon

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

Vol. 38. Jahrgang

2005 • 3

Nr. 214/215

Dynamic Psychiatry

Trauma–Attachment–Personality 2

Karin Grossmann, Klaus E. Grossmann (Regensburg)

Frühe Erfahrungen in der Familie und die spätere Fähigkeit, liebevolle Bindungen einzugehen

Margit Schmolke (Munich)

Embedding Protective Factors and Resilience in a Dynamic Health and Treatment Concept

Renate Büttner (Hamburg)

Psychotherapeutische Begleitung von Hodenkrebspatienten

Miri Keren, Sam Tyano (Israel)

Attachment, Brain Development, Transgenerational Transmission: Implications for Prevention of Personality Disorders

Irena Namysłowska, Cezary Żechowski, Katarzyna Bażyńska, Anna Siewierska, Antoni Jakubczyk (Kraków, Poland)

Parental and Peer Attachment in Hospitalized Adolescent Patients

Gerhard Wolfrum (Munich)

Experiences with Trauma-therapeutic Stabilizing Techniques in the Treatment Concept of the Dynamic-Psychiatric Clinic Mengerschwabe

Regine Scholz (Bochum)

Culture, Trauma, and Identity

Alexander Schuller (Berlin)

Memory Resurging: Political Aspects in the Reconstruction of the Past

ISSN 0012-740 X

Dynamische Psychiatrie • Dynamic Psychiatry

Internationale Zeitschrift für Psychotherapie, Psychoanalyse und Psychiatrie

38. Jahrgang 2005 • 3, Nr. 214 / 215, S. 289-394.

International Journal for Psychotherapy, Psychoanalysis, and Psychiatry

Vol. 38, 2005 • 3, nr. 214 / 215, pp. 289–394.

Inhalt • Contents

Karin Grossmann, Klaus E. Grossmann (Regensburg)

- Frühe Erfahrungen in der Familie und die spätere Fähigkeit liebevolle Bindungen einzugehen (English Abstract) 289

Margit Schmolke (Munich)

- Embedding Protective Factors and Resilience in a Dynamic Health and Treatment Concept 303

- Die Einbettung von protektiven Faktoren und Resilienz in ein dynamisches Gesundheits- und Krankheitskonzept 311

Renate Büttner (Hamburg)

- Psychotherapeutische Begleitung von Hodenkrebspatienten 317

- Psychotherapeutic Approach to Testicular Cancer Patients (Summary) 323

Miri Keren, Sam Tyano (Israel)

- Attachment, Brain Development, Transgenerational Transmission: Implications for Prevention of Personality Disorders 327

- Zusammenfassung (Thomas Bihler) 333

Irena Namysłowska, Cezary Żechowski, Katarzyna Bażyńska, Anna Siewierska, Antoni Jakubczyk (Kraków, Poland)

- Parental and Peer Attachment in Hospitalized Adolescent Patients 335

- Bindung zu Eltern und Gleichaltrigen bei stationär behandelten adoleszenten Patienten (Zusammenfassung, Thomas Bihler) 344

Gerhard Wolfrum (Munich)

- Experiences with Trauma-therapeutic Stabilizing Techniques in the Treatment Concept of the Dynamic-Psychiatric Clinic Mengerschwaige 349

- Erfahrungen mit traumatherapeutischen Stabilisierungstechniken im Behandlungskonzept der Dynamisch-Psychiatrischen Klinik Mengerschwaige 362

Regine Scholz (Bochum)

- Culture, Trauma, and Identity 377

- Kultur, Trauma und Identität (Zusammenfassung) 383

Alexander Schuller (Berlin)

- Memory Resurging: Political Aspects in the Reconstruction of the Past (Essay) 386

- Erratum 391

- Announcements / Ankündigungen 391

- Impressum 392

Frühe Erfahrungen in der Familie und die spätere Fähigkeit liebevolle Bindungen einzugehen

Karin Grossmann und Klaus E. Grossmann (Regensburg)

Supportive experiences with attachment figures in early and middle childhood of being protected, cared for lovingly, and challenged gently and sensitively by a constant, reliable person lead to secure attachment, secure exploration and the ability to master challenges successfully. Such experiences are the 'bed rock' for psychological security and the roots of the ability to engage in affectional bonds also later. Five empirical studies support this position for at-risk as well as for non-risk developmental pathways. Short characterizations of the longitudinal studies are provided. Furthermore, the interactive process between mother and child and father and child through which the child derives psychological security is illustrated.

Keywords: attachment, parenting breakdown, abuse, violence, resilience, holocaust

Unterstützende Erfahrungen mit den Eltern in der frühen und mittleren Kindheit, die dem Kind vermitteln, dass es geschützt, liebevoll versorgt und behutsam in seiner Entwicklung gefördert wird, führen zu einer sicheren Bindung, zu sicherer Exploration und fördern die Fähigkeit, kleine und größere Belastungen zu meistern. Diese Erfahrungen beeinflussen – z. B. über weitere Erfahrungen mit Freunden – auch die Fähigkeit, später enge, vertrauensvolle Bindungen einzugehen, sowohl in 'belasteten' als auch in 'normalen' Lebensverläufen. Kurze Charakterisierungen entsprechender Befunde aus fünf Langzeituntersuchungen und Beobachtungen interaktiver Prozesse zwischen Mutter und Kind und Vater und Kind, durch die psychische Sicherheit vermittelt werden, untermauern die Aussage.

Schlüsselwörter: Bindung, Heimkind, Gewalt, Missbrauch, Resilienz, Holocaust

Theoretische Grundlagen

Die Fähigkeit, liebevolle Bindungen als Jugendlicher und Erwachsener eingehen zu können, baut auf den Erfahrungen auf, die eine Person in Bindungsbeziehungen während seiner Kindheit besonders mit seinen Eltern gemacht hat. Eine zentrale These der Bindungstheorie von John BOWLBY ist:

Die Fähigkeit des Menschen, Sprache und andere Symbole zu gebrauchen, sein Vermögen, Pläne und Modelle zu entwickeln, eine lang andauernde Zusam-

menarbeit und endlose Konflikte mit anderen einzugehen, dies macht den Menschen zu dem, was er ist. All diese Prozesse haben ihren Ursprung in den ersten drei Lebensjahren und alle sind zudem von den ersten Lebenstagen an Teil der Organisation des Bindungsverhaltens.

(Übersetzung der Verfasser; Grossmann u. Grossmann, 2003, S. 29)

Original:

Man's capacity to use language and other symbols, his capacities to plan and build models, his capacities for long-lasting collaboration with others and for interminable strife, these make man what he is. All these processes have their origin during the first three years of life, and all, moreover, are from their earliest days enlisted in the organization of attachment behaviour (BOWLBY, 1982, S. 358).

Die Bindungstheorie postuliert innerpsychische Prozesse, die deutlich machen können, auf welche Weise Erfahrungen mit Bindungspersonen das Fühlen und die Wahrnehmung, das Denken und Verhalten, sowie und den Umgang mit anderen nahe stehenden Personen beeinflussen. Aus diesem Grund wird in der Bindungsforschung mit Methoden der Verhaltensbeobachtung und in Diskursanalysen über Bindungserfahrungen gearbeitet. Sie unterliegen weniger der kognitiven Kontrolle durch die befragte Personals Fragebögen. John BOWLBY, der Psychoanalytiker und praktizierender Psychotherapeut war, formulierte viele Postulate der Psychoanalyse als empirisch erforschbare Hypothesen, z. B. dass die Natur der Mutter-Kind-Beziehung Folgen für die Persönlichkeitsentwicklung hat (BOWLBY, 2003).

Das Wissen über die Prozesse psychisch adaptiver Entwicklung trägt zum besseren Verständnis für mal-adaptive Entwicklungen bei. Im folgenden geben wir einen kurzen Abriss über den Wert, den sichere, verlässliche Bindungen für eine psychisch gesunde Entwicklung auch nach traumatischen Erlebnissen haben, und wie sie entstehen.

Zunächst stellen wir anhand von zentralen Ergebnissen aus fünf Langzeit-Untersuchungen vor, wie weit reichend der Nutzen sicherer Bindungen und verlässlich unterstützender Beziehungen in der frühen Kindheit aber auch noch später ist. Anschließend wird anhand von Ergebnissen der Bindungsforschung dargestellt, warum das Erleben wenigstens einer solchen Sicherheit-gebenden Beziehung bei der Bewältigung von zunächst kleinen, später größeren Belastungen hilft.

Die Heimkinder-Langzeit-Untersuchung von Jack und Barbara Tizard in Großbritannien

Diese Untersuchung von Kindern, die sehr früh in staatliche Heime kamen und später adoptiert wurden oder in Pflegefamilien kamen, begann zwischen 1960 und 1970 in England. Alle Kinder kamen aus risikoreichen Familien aufgrund einer Anordnung des Jugendamtes. Das Argument damals war, dass es die oft vernachlässigt und ungepflegt wirkenden Kleinkinder in den sauberen, ernährungstechnisch vorbildhaften und von ausgebildeten Krankenschwestern betreuten Heimen besser haben würden. Die damalige Personalorganisation in den Heimen erlaubte aber keine kontinuierlichen Beziehungen zwischen den Kindern und ihren Betreuerinnen. Die zweijährigen Langzeit-Heimkinder waren schon in ihrem kurzen Leben von durchschnittlich 24 verschiedenen Betreuerinnen versorgt worden, und es waren durchschnittlich sogar 50, wenn das Kind bis zum Alter von 4½ Jahren im Heim verblieb (TIZARD, 1977). Unter diesen Bedingungen war es den meisten Kindern nicht möglich, eine Bindung zu einer Person zu knüpfen. Das wurde in dem beeindruckenden Film 'John' aus dem filmischen Gesamtwerk der ROBERTSONS dokumentiert (ROBERTSON, 1967–71). Der 17-monate-alte John brach im Laufe von neun Tagen in einem Kinderheim, in das er ohne Übergang aus einer liebevollen Familie versetzt wurde, psychisch völlig zusammen.

In einer Nachfolge-Untersuchung der TIZARD-Studie konnten nach vielen Jahren diejenigen Mädchen unter den ehemaligen Heimkindern wieder untersucht werden, die junge Mütter geworden waren ($n = 42$). Man erfasste ihre Mütterlichkeit im Sinne von Einfühlsamkeit, Sorgfalt der Fürsorge und angemessenem Umgang mit ihrem Säugling (DOWDNEY, SKUSE, RUTTER, QUINTON u. MRAZEK, 1985). Alle ehemaligen Heim-Mädchen hatten mehr Schwierigkeiten im Umgang mit ihrem Kleinkind, als Mütter aus Familien. Besonders bemerkenswert war jedoch folgendes Ergebnis:

- a) Fast 1/5 dieser jungen Mütter ($n = 18$) hatten so große Schwierigkeiten mit ihrer Fürsorge- und Erziehungsaufgabe ('parenting breakdown'), dass ihr Kind in Langzeitpflege war. In den meisten Fällen hatten diese jungen Mütter ihr Kleinkind freiwillig (nicht vom Sozialamt angeordnet) in Pflege gegeben. Sie fühlten sich von der Erziehung überfordert.
- b) Wenn allerdings eine Mutter mindestens ihre ersten beiden Lebensjahre ohne Unterbrechung bei ihrer eigenen Mutter gelebt hatte und erst danach

in ein Heim kam, dann lebte sie eher mit einem Mann zusammen, der ein unterstützender Vater war. Diese Mütter behielten ihr Kind bei sich, so dass keines ihrer Kinder in Langzeitpflege war.

Der hoch geschätzte und einflussreiche Kinder- und Jugendpsychiater Michael RUTTER zieht folgenden Schluss: Die frühe Erfahrung mit einer beständigen, vielleicht nicht einmal optimalen Bindungsperson scheint einen schützenden Einfluss auf die Beziehungsfähigkeit und Mütterlichkeit ausgeübt zu haben. (RUTTER et al., 1983).

Die Langzeit-Untersuchung einer ganzen Population einer Südseeinsel von Emmy Werner und Mitarbeitern

1955 begann die Untersuchung aller Kinder ($n = 698$) einer Insel des Hawaii Archipels, Kauai, die in diesem Jahr geboren wurden. Ihr Leben wurde 40 Jahre lang wissenschaftlich begleitet.

Etwa 30% der Neugeborenen begannen ihr Leben mit vier oder mehr folgender Risikofaktoren: Geburtstrauma, der Armut ihrer Familie, viele Geschwister, psychische Krankheit der Eltern oder viele soziale Probleme. Dennoch wurden aus einem Drittel der Kinder aus dieser Hoch-Risiko-Gruppe ($n = 72$) kompetente, selbstbewusste und fürsorgliche Erwachsene mit beständigen Partnern. Zwei Drittel konnten ihre anfängliche Benachteiligung allerdings nicht überwinden.

Was waren die schützenden Faktoren bei denen, die die anfängliche Benachteiligung überwunden haben? Die kompetenten, widerstandsfähigen ('resilient') Erwachsenen hatten während ihres ersten Jahres und in der frühen Kindheit mindestens eine verlässliche, gute Bindung zu einer fürsorglichen Person aufbauen können, die vorwiegend liebevoll mit ihnen umging. Diese Person war oft nicht ein Elternteil. Diese frühe unterstützende Bindung wurde als der 'mächtigste' Einfluss auf spätere die spätere Fähigkeit, mit Widrigkeiten konstruktiv umzugehen ('Resilienz') bezeichnet. Besonders häufig wurden Großeltern und um einiges ältere Geschwister zu Bindungspersonen, die sich sehr engagiert für eine guten Entwicklung des Kindes einsetzten. Dies setzte eine positive Spirale in Gang: die Kinder waren fähig, Sympathie und Unterstützung bei anderen zu finden und galten als liebenswert.

Weitere schützende Faktoren waren außerdem: wenige Geschwister zu haben, eine gute Bildung der Mutter, und dass die Mutter zuverlässige Helfer

während der schwierigen Zeit hatte. Auf der Seite des Kindes schützten es ein 'leichtes' Temperament und wenig Probleme mit dem Füttern und Schlafen, ein 'gewinnendes' Wesen des Kleinkindes von Anfang an, schnelle Erholung nach Krankheiten und später u. a. eine überdurchschnittliche Leistungsmotivation (WERNER u. SMITH, 2001).

Auch in dieser Langzeit-Untersuchung hat die frühe Erfahrung mit einer beständigen, fürsorglichen Bindungsperson nachweislich einen förderlichen Einfluss auf die spätere Beziehungsfähigkeit und Mütterlichkeit ausgeübt.

Durchbrechen der Spirale von Gewalt von Generation zu Generation – die Minnesota-Studie

Byron EGELAND untersuchte Mütter und ihre Säuglinge, bei denen ein hohes Risiko für Kindesmisshandlung oder -vernachlässigung bestand, u. a. weil sie selbst als Kinder misshandelt oder vernachlässigt worden waren. Aus dem staatlichen Register konnten 267 Erstgebärende aus risikoreichen Verhältnissen zur Mitarbeit gewonnen werden. Die Mütter waren im Alter von 12–37 Jahren. 62% von ihnen waren bei der Geburt des Kindes ohne festen Partner. Für 86% war das Untersuchungschild ungeplant. 40% der Mütter hatten die Highschool ohne Abschluss verlassen.

Aus der Gesamtgruppe wurden drei Untergruppen ausgewählt, um die Tradierung von Kindesmisshandlung zu untersuchen:

- Gruppe 1: „Kontinuität der Misshandlung“ (n = 18),
- Gruppe 2: „Angemessene Versorgung des Kindes“ (n = 12) und
- Gruppe 3: „Nicht entscheidbare Pflegequalität“ (n = 17).

Die Befunde sprachen wieder deutlich für den schützenden Einfluss von zuverlässigen, unterstützenden Bindungen. In dieser Untersuchung spielten auch spätere sicherheit-gebende enge Beziehungen eine wichtige Rolle dabei, dass die jungen Mütter ihre eigene Misshandlungs- oder Vernachlässigungserfahrungen nicht an ihren Säugling weiter gaben. Die wichtigsten Ergebnisse waren:

1. zwei Drittel der Mütter, die ihre Kinder angemessen versorgten, hatten als Kind mindestens einen fürsorglichen, unterstützenden Erwachsenen gehabt, meist eine nahe Verwandte. Das galt für die Mütter der Gruppe 1, die ihr Kind wieder unangemessen versorgten, dagegen nur für 17%.
2. Die Hälfte der ihr Kind angemessen versorgenden Mütter der Gruppe 2

hatten entweder in ihrem Partner oder in einem Therapeuten eine zuverlässig unterstützende Person gefunden. Das kam bei den misshandelnden Müttern der Gruppe 1 gar nicht vor.

3. Es gab zwar auch bei 18% der Gruppe 2 Misshandlung durch den Partner, aber bei den Müttern der Gruppe 1 kam Gewalt in knapp zwei Dritteln der Partnerschaften vor (EGELAND et al., 1988).

Mindestens eine sicherheit-gebende, länger andauernde Beziehung gab den Müttern anscheinend die Kraft, ihre negativen Erfahrungen mit den eigenen Müttern nicht an ihrem Kind zu praktizieren.

Die israelische Drei-Generationen-Studie von Frauen, die den Holocaust als Kind überlebten, ihren eigenen Bindungsrepräsentationen, den Bindungsrepräsentationen ihrer Töchter und den Bindungen ihrer Enkel

Die geistige Haltung zum Wert von Bindungen (die Bindungsrepräsentation) von Großmüttern, die als Kinder den Holocaust überlebt hatten ($n = 50$), ihrer Töchter und die Bindungsqualität ihrer Enkel wurden verglichen mit einer Vergleichsgruppe, die in Palästina/Israel aufgewachsen waren. Die Großmütter hatten überlebt, weil ihre Eltern sie vor ihrer Deportation zum Schutz allein in Pflegefamilien nach Holland oder andere Länder geschickt hatten.

Die Großmütter empfanden als Holocaust-Überlebenden verständlicher Weise mehr psychische Belastungen und zeigten mehr post-traumatische Stress-Symptome, mehr mentale Probleme und hatten viele traumatische Erlebnisse – verglichen mit den in Israel aufgewachsenen Großmüttern – noch nicht überwunden. Aber weder ihre erwachsenen Töchter noch ihre Enkelkinder zeigten häufiger Bindungsunsicherheit oder gar Bindungs-Desorganisation, als die der Vergleichsgruppe. Das war überraschend.

Die Forschungsgruppe, zu der auch wir gehörten, überlegten uns folgende, unterschiedliche, aber auch zusammen wirkenden Erklärungsmöglichkeiten:

1. Die in Deutschland Geborenen hatten ihre frühe Kindheit in ihrer Familie – mit beständigen Bindungspersonen erlebt.
2. Die Grausamkeiten wurden von Anderen, nicht von ihren Bindungspersonen begangen.
3. So schmerzlich die plötzliche und endgültige Trennung von ihren Eltern

und ihrer Familie auch gewesen ist, sie fanden eine mitfühlende neue Familie oder Gruppe im Kibbutz, die ihre Trauer verstand und ihnen half, die Zukunft zu gestalten.

4. Der Aufbau des neuen Staates Israel war eine große Herausforderung, die all ihre Energie und Planungsfähigkeit erforderte. Sie fanden in ihrer neuen Gemeinschaft viel Einsatzmöglichkeiten und Hilfsbereitschaft. So gab ihnen ihre Kulturgemeinde und ihr Glaube neuen Halt (SAGI-SCHWARTZ et al., 2003).

Die Nicht-Tradierung traumatischer Trennungserfahrungen steht nur scheinbar im Widerspruch zu klinischen Erfahrungen. Es muss bedacht werden, dass bei einem Therapeuten nur psychisch hilfsbedürftige Menschen einfinden. Der Prozentsatz der Menschen mit klinisch bedeutsamer Prävalenz scheint jedoch, bezogen auf eine für die Gesamtpopulation repräsentative Stichprobe in der zweiten und dritten Generation nicht erhöht zu sein (SAGI-SCHWARTZ et al., 2003).

Zwei deutsche Langzeituntersuchungen zur Bindungsentwicklung vom Säuglings- bis zum jungen Erwachsenenalter

Unsere eigenen Langzeit-Untersuchungen über die Bindungsentwicklung von Kindern in 'normalen', risiko-armen Familien zeigen ebenfalls, dass sicherheitgebende Bindungen zu den Eltern in der frühen Kindheit einen nachweisbar positiven Einfluss auf die spätere Wertschätzung von Partnerschaft ausübt (GROSSMANN u. GROSSMANN, 2004; GROSSMANN et al., 2005).

Wir ziehen folgende Schlüsse aus unseren Langzeituntersuchungen in Bielefeld und Regensburg: Die vorsprachlichen Erfahrungen eines Kindes in den ersten drei Jahren mit beiden Eltern sind ein Grundpfeiler – wenn auch ein wesentlicher – der späteren Fähigkeit, liebevolle Bindungen aufzubauen. Die Erfahrungen mit den Eltern in der mittleren Kindheit, die auch sprachlich vermittelt werden, sind ein weiterer Grundpfeiler. Beide stützen die Beziehungen des Jugendlichen zu seinen Freunden, seinen Lehrern und anderen hilfsbereiten Erwachsenen.

Alle drei Erfahrungsbereiche beeinflussen stark, welche Vorstellungen die jungen Erwachsenen von einer Partnerschaft hatten, was sie von einer Partnerschaft erwarteten, und welchen Wert sie Bindungen beimessen. Unter allen sonstigen Einflussfaktoren waren erlebte elterliche Feinfühligkeit in den ersten

beiden Jahren und Akzeptanz in der Kindheit die bei weitem einflussreichsten Faktoren.

Grundlagen einer sicheren, verlässlichen Bindung

Die Bindungstheorie geht von folgender Grundannahme aus: Ein Kind kommt mit der vorprogrammierten Erwartung zur Welt, dass mindestens eine starke und kundige Person es schützen und sich liebevoll um es als künftigen Mitmenschen kümmern wird. Gemäß diesem Programm entwickelt es notwendiger Weise eine Bindung an die wenigen Personen, die für ihn beständig sorgen, ihn wärmen, schützen und beruhigen. Dahinter steht die weitere Erwartung, dass diese Personen seine Fürsorge bis zur eigenen Reife und Selbstbestimmung gewährleisten. Aus diesen Gründen wird der Verlust einer jeden Bindungsperson als lebensbedrohlich erlebt. Dieses Gefühl ist tief, stammesgeschichtlich in der Psyche des Kindes verankert. Die Angst, die Eltern zu verlieren oder von ihnen nicht geschützt zu werden, ist auch heute noch sehr berechtigt, wenn man die Berichte über Misshandlungen und Ausbeutungen von elternlosen, ungeschützten Kindern in Heimen, Kriegsgebieten und nach Naturkatastrophen ernst nimmt (z. B. als billige Arbeitskräfte, Sexualobjekte, Kindersoldaten und käufliche Ware). Nur elterlicher oder verwandtschaftlicher, starker Schutz kann das Kind vor solchen Schicksalen bewahren.

Eine fürsorgliche, zuverlässig reagierende Person wird durch erfolgreiches und beständiges Beruhigen-können des Säuglings und Kleinkindes vertraut. Sie wird mit Entspannung assoziiert und der Säugling fühlt sich bei ihr am sichersten Ort in seiner Welt. Auf diese Weise werden fürsorgliche Personen, meist die Eltern zu Bindungspersonen. Eltern sind der erste sichere Hafen, zu dem ein Kind bei Angst flüchtet. Von dieser sicheren Basis aus kann das Kind die Umwelt erkunden, am besten mit angemessener Unterstützung und Anleitung.

Für die elterliche Bereitschaft und Fähigkeit, fürsorglich zu sein, gilt parallel: Wenn eine Person 'normal' liebevoll und unterstützt aufwachsen konnte, wird sie der Aufgabe als elterliche Bindungsperson gerecht werden (sonst wären die frühen Menschen ausgestorben).

Allerdings ist es im konkreten Alltag mit einem Säugling nicht immer leicht, beständig liebevolle Fürsorge zu geben, aber sie sollte vorherrschen. Säuglinge sind von Natur aus und berechtigter Weise Egoisten und noch unzivilisiert.

Um sie zu zivilisieren und sozialisieren, so dass aus ihnen kompetente und einfühlsame Mitmenschen werden, braucht es aus bindungstheoretischer Sicht

mindestens einen reifen, verständnisvollen und fürsorglichen Erwachsenen, der bereit ist, dieses neue, kleine Wesen zu akzeptieren, zu lieben, für es zu sorgen, und ihm den Weg in die Gemeinschaft zu zeigen. Wie auch immer sich die Eltern um ihr Kind kümmern – ob liebevoll oder abwertend – für das Kind sind sie Vorbilder für die Art und Weise, mit Kindern umzugehen. Psychische Sicherheit entsteht, wenn ein Kind durch seine Eltern Liebe, Fürsorglichkeit und Verantwortung erlebt und darin sozialisiert wird.

Die Bedeutung feinfühligere Reaktionen für den Aufbau einer sicheren Bindung

Ein verängstigtes, belastetes Kind ist nicht neugierig, kann und will nicht spielen, und meistert keine Herausforderungen. Ein Kind, dass 'außer sich' vor Angst, Wut oder Trauer ist braucht Trost und Aufmerksamkeit, also externe Regulation, um sich beruhigen und wieder einen klaren Kopf zu bekommen. Wenn es durch den Trost und die Beruhigung wieder im Gleichgewicht und 'Herr seiner Sinne' ist, kann es auch wieder seine geistigen und körperlichen Fähigkeiten einsetzen und nutzen. Die Selbstregulation in belastenden Situationen, die durch eine aufmerksame und zugewandte Interaktion gefördert wird, ist eine der Stärken, die eine sichere Bindung dem Kind allmählich vermittelt.

Einfühlsame Interaktionen bereiten den Weg für psychische Sicherheit:

- a) Intensive negative Gefühle kann das Kleinkind in den Armen der vertrauten Person ausgehalten.
- b) So werden negative Gefühle zu Signalen, deren Ursprung und Bedeutung erkundet werden kann.
- c) Das Kind erlebt, dass sein Ausdruck negativer Gefühle akzeptiert und nicht verachtet wird, und dass sein Missbehagen wird mit Hilfe des Anderen aufgelöst wird. Beim Trösten wird meist auch gesprochen, so dass das Erleben des Kindes in Worte gefasst wird, mit denen es später selbst darüber sprechen kann.

Auch die Gesprächsbereitschaft eines Kindes wird durch wertschätzende Zwiegespräche gefördert, z. B. durch aufmerksames Zuhören, durch Gesprächsfördernde a-verbale Zeichen und durch positive Kommentare. Ebenso vermitteln Fragen mit wirklichem Interesse an der Antwort, eine Weiterentwicklung des Themas in Bezug auf das Interesse des Kindes oder dem Ziel der gemeinsamen Aufmerksamkeit und Nachfragen bei Unklarheiten mit der Unterscheidung, ob

man das Gesagte nur akustisch oder inhaltlich nicht verstanden hat dem Kind, dass ein Gespräch mit ihm vom Erwachsenen geschätzt wird. Wichtig für die Verarbeitung von Belastungen ist, ob das Kind mit den Eltern über Themen und Gefühle sprechen kann, die Trauer, Ärger und Angst zum Inhalt haben. So wird ihm geholfen, die Umstände der eigenen negativen Gefühle zu erkennen und über sie sprechen zu lernen.

Forschungsergebnisse belegen diese Aussagen. Kinder mit einer sicheren Bindung zur Mutter, die hinreichend feinfühlig sowohl positive als auch negative Äußerungen des Kindes hinreichend zuverlässig beantwortet hat, kommunizieren schon mit zehn Monaten differenzierter und weinen weniger, willigen häufiger in die Ziele der Mutter ein, sind kooperativer und seltener trotzig, zeigen offener ihre Gefühle und lassen sich gut beruhigen. Sie können auch ihr Bedürfnis nach Nähe und Trost, aber auch nach ungestörtem Erkunden und Hilfe dabei selbständig regulieren und entsprechend handeln. Später mit sechs und zehn Jahren können psychisch sichere Kinder offene Gespräche mit interessierten anderen führen, in denen sie auch Belastungen und Gefühle wie Angst, Ärger und Trauen zugeben und besprechen. All dies ist Kindern von unfeinfühligem, nicht unterstützenden, verschlossenen oder gar zurückweisenden Eltern, besonders Müttern wenn überhaupt nur in geringem Ausmaß möglich. In GROSSMANN und GROSSMANN (2004) und SROUFE et al. (2005) wird über zahlreiche Forschungsergebnisse zu diesem Thema berichtet.

Sicherheit in einer Bindung ermöglicht auch, gleichzeitig positive und negative Gefühle in derselben Beziehung zu tolerieren. Das gilt für Eifersucht unter Geschwistern oder Freunden ebenso wie für zeitweiligem Ärger gegenüber der geliebten Mutter oder dem Partner, aber auch bei Enttäuschungen z. B. über Geschenke, wenn man den Schenkenden nicht verletzen will. In einer sicheren Bindung braucht das Kind keine Zurückweisung seiner Person zu fürchten, wenn auch evtl. eine Strafe für unkontrolliertes aggressives Verhalten. Sicherheit in einer Beziehung bedeutet, dass negative Gefühle wie Ärger, Angst vor Trennung, Eifersucht oder Trauer über ein Verlassen-Werden nicht verleugnet oder unterdrückt zu werden brauchen.

Auch für diese Entwicklungsprozesse gibt es gute Belege aus der Forschung. Krabbelkinder mit einer sicheren Bindung zur Mutter kommunizieren ihr Trennungsleid offen, aber reagieren nicht mit höherem Cortisol Ausstoß. Sie erwarten aus vielen positiven Erfahrungen, dass ihr Weinen verstanden und ihr Leid beendet wird (SPANGLER u. GROSSMANN, 1993). Dreijährige, die zu Hause besonders während negativer Befindlichkeit unterstützt wurden, bewältigen sechs

Monate später im Labor kompetenter einer schwierige Aufgabe (LOHER, 1988). Bindungssichere Sechsjährige können klarer über ambivalente Gefühle reden und sind durch sie nicht verunsichert (STEELE u. STEELE, 2005). Bindungssichere Sechsjährige können sowohl positive als auch negative Seiten von sich selbst beschreiben (CASSIDY, 1988), und Jugendliche mit einer sicheren Bindungsrepräsentation schränken auch unter Belastung ihr Denken und ihre Suche nach Lösungsmöglichkeiten nicht ein (ZIMMERMANN, 2000). Sicherheit in mindestens einer Bindungsbeziehung schränkt das Fühlen und Denken weit weniger ein, als bei psychischer Unsicherheit.

Sicherheit in der Bindung impliziert sichere Exploration und unterstützende, angeleitete Herausforderungen

Nicht nur Trost und Beruhigung sondern auch angemessene, feinfühlig herausforderungen durch die Bindungsperson gehören zu einer sicheren Bindung. Wenn die Bindungsperson zum Sicheren Hafen und Quelle der Entspannung geworden ist, muss sie ihre Rollen erweitern. Nun werden Herausforderungen bzw. entwicklungsfördernde Aufgaben, die angemessen und feinfühlig vermittelt und begleitet werden, sowie Unterstützung der Neugier und des Tatendrangs des Kleinkindes seine Kompetenz fördern. Begleitete, angeleitete Herausforderungen und behutsame Hilfen sind besonders dann wichtig, wenn Angst vor einer Aufgabe oder Langeweile entstehen. Ein solches Verhalten, auch von sekundären Bindungspersonen, helfen dem Kind, tüchtig zu werden und sich liebenswert und wertvoll zu fühlen. Besonders in der Kind-Vater-Beziehung gehören kontrollierbare Aufregung (gegenseitiges Jagen, in die Luft geworfen zu werden), geschütztes Erkunden, Beistand bei schweren Aufgaben und Mentorschaft beim Erwerb der kulturellen Fähigkeiten zu einer sicheren, unterstützenden Bindung. Ein solches Tun des Kindes haben wir mit dem Begriff 'sichere Exploration' beschrieben (GROSSMANN u. GROSSMANN, 2004).

Wie erkennt ein Beobachter, ob eine bestimmte Herausforderung angemessen und einfühlsam ist? Sie müssen individuell dem Kind in seiner Entwicklung entsprechen, das einzelne Kind also weder unter- noch überfordern. Die Unterstützungen und Anleitungen richten sich auf den nächsten, anstehenden Entwicklungsschritt und greifen nicht zu weit voraus (VYGOTSKY, 1978). Das Kind erhält Hilfe beim Fokussieren der Konzentration auf die Aufgabe. Es erfährt Aufmerksamkeit, Kooperation und angemessenes Lob, aber keine Einmi-

schung oder Besserwisserei. Bei einer Aufgabe bekommt es hinreichende aber nicht zuviel Hilfe, um die Selbstwirksamkeit zu unterstützen und Erfolge zu ermöglichen. Während des gemeinsamen Tuns werden machbare Ziele gesetzt. (GROSSMANN et al., 2002)

Was lernt ein Kind in sicheren Bindungen?

Zunächst einmal ist wichtig zu betonen, dass ein Kind mehrere, wenn auch nicht viele Bindungen haben kann. Die freudsche Hypothese, dass die Beziehung zur Mutter der Prototyp aller späteren Beziehungen ist, kann aufgrund der empirischen Untersuchungen von über 1000 Kleinkindern, deren Bindung zur Mutter, zum Vater und einer regelmäßigen Tagesbetreuerin gemessen wurde, nicht aufrecht erhalten werden. Die verschiedenen Bindungen können auch unterschiedliche Qualitäten haben, so dass ein Kleinkind, das z. B. drei Bindungspersonen hat, auch drei Chancen hat, eine sichere Bindung aufbauen zu können. Kinder entwickeln eine innere Hierarchie ihrer Bindungspersonen, zu wem sie am liebsten wollen, wenn es ihnen sehr schlecht geht. Verliert ein Kind seine Bindungsperson, wird es trauern. Auch später noch können neue sichere Bindungen aufgebaut werden, die allerdings auf den bisherigen Erfahrungen basieren und damit eventuelle negative Erwartungen erst überwinden müssen. Das kann ein schwieriger, langer Prozess sein.

Mindestens eine sichere Bindung im Kleinkindalter wird deswegen als Schutzfaktor angesehen. Warum hilft eine sichere Bindung dem Kind bei der Bewältigung belastender Erlebnisse?

1. Dem Kind werden eigene Absichten und Ziele, eigene Gefühle, Wünsche und Bedürfnisse zugestanden, es fühlt sich als eine individuelle Persönlichkeit respektiert, deren Ziele einen eigenen Wert haben.
2. Die Bedürfnisse des Kindes nach Schutz, Versorgung und Zärtlichkeit haben Priorität bei seiner Bindungsperson. Das bedeutet: Man kann auch als schwacher Mensch Schutz, Hilfe und Zuneigung erwarten.
3. Die Äußerungen des Kindes werden verstanden, beantwortet und nicht abgewertet. Demnach darf man alle Gefühle – auch die negativen – zeigen und bekommt Verständnis.
4. Altersangemessene Zwie-Gespräche geben dem Erleben des Kindes Worte und Bedeutungen. Dadurch lernt das Kind, über seine Erlebnisse sprechen und nachdenken zu können.

5. Begründetes, auf Erfahrung basierendes Vertrauen auf Unterstützung und Hilfe bei Herausforderungen, wenn man sie braucht, lassen Schwierigkeiten leichter meistern. So werden Probleme als weniger ängstigend wahrgenommen.
6. Erlebt ein Kind, dass es in Situationen, die es leicht selbständig meistern kann, Nicht-Einmischung aber doch Lob von seinen Bindungspersonen, vermittelt ihm das ein Gefühl des Tüchtig-Seins und der Wertschätzung.

Solche Erfahrungen führen zu 'psychischer Sicherheit': Das Kind erlebt sich als tüchtig und verstanden, aber auch wert, dass ihm – wenn es danach verlangt – geholfen wird. Im Vertrauen auf andere und mit ihrer Hilfe – wenn gewünscht – kann es stärkere Belastungen bewältigen, als wenn es ihnen allein begegnen müsste. Und es kann sich mit ihrer Fürsorge danach erholen. So zeigen sich Wege des Umgangs mit Belastungen ohne emotionale Beeinträchtigungen, selbst in 'alltäglichen Beziehungen', wie zum Ehepartner, den eigenen Kindern und den eigenen alternden Eltern.

Literatur

- Bowlby, J. (2003). Mit der Ethologie heraus aus der Psychoanalyse. In: K. E. Grossmann & K. Grossmann (Hrsg.) (2003). Bindung und menschliche Entwicklung. John Bowlby, Mary Ainsworth und die Grundlagen der Bindungstheorie und Forschung (S. 38–54). Stuttgart, Klett-Cotta. Orig. (1980). By ethology out of psychoanalysis: An experiment in interbreeding. *Animal Behaviour*, 28, 1980, pp. 649–656.
- (1982). *Attachment and loss*. Vol. 1: Attachment. (2nd revised edition). New York: Basic Books.
- Cassidy, J. (1988). Child-mother attachment and the self in six-year-olds. *Child Development*, 59, 121–134.
- Dowdney, L., Skuse, D., Rutter, M., Quinton, D., & Mrazek, D. (1985). The Nature and qualities of parenting provided by women raised in institutions. *J. Child Psychology and Psychiatry*, 26, 599–625.
- Egeland, B., Jacobvitz, D. & Sroufe, L. A. (1988). Breaking the cycle of abuse. *Child Development*, 59 (4), 1080–1088.
- Grossmann, K. & Grossmann, K. E. (2004). Bindung. Das Gefüge psychischer Sicherheit. Stuttgart, Klett-Cotta.
- Grossmann, K. E. & Grossmann, K. (2003). Bindung und menschliche Entwicklung. Stuttgart, Klett-Cotta.
- Grossmann, K., Grossmann, K. E., Fremmer-Bombik, E., Kindler, H., Scheuerer-Engelsch, H., Winter, M. & Zimmermann, P. (2002). Väter und ihre Kinder – Die "andere" Bindung und ihre längsschnittliche Bedeutung für die Bindungsentwicklung, das Selbstvertrauen und die soziale Entwicklung des Kindes. In: K. Steinhardt, W. Datler u. J. Gstach (Hrsg.). Die Bedeutung des Vaters in der frühen Kindheit (S. 43–72). Gießen: Psychosozial Verlag.

- Grossmann, K., Grossmann, K. E. & Kindler, H. (2005). Early care and the roots of attachment and partnership representation in the Bielefeld and Regensburg Longitudinal studies. In K. E. Grossmann, K. Grossmann, & E. Waters (Eds.), *Attachment from infancy to adulthood: The major longitudinal studies* (pp. 98–136). New York: Guilford Press.
- Loher, I. (1988). *Intellektuelle und soziale Erfahrungen im vierten Lebensjahr und ihre Beziehung zur Kompetenz im Alltag und in einer Belastungssituation*. Dissertation, Universität Regensburg.
- Robertson, J. (1967–1971). *Filmisches Gesamtwerk: Young children in brief separations*. Herstellung. Tavistock Child Development Research Unit, London. Institut für den Wissenschaftlichen Film, Göttingen.
- Rutter, M., Quinton, D. & Liddle, Ch. (1983). Parenting in two generations: Looking backwards and looking forwards. In N. Madge (Ed.), *Families at risk*. London: Heinemann, 60–98.
- Sagi-Schwartz, A., van IJzendoorn, MH., Grossmann, K. E., Joels T., Grossmann, K., Scharf, M., Koren-Karie, N. & Alkalay, S. (2003). Attachment and Traumatic Stress in Female Holocaust Child Survivors and Their Daughters. *American Journal of Psychiatry*, 160, 1086–1092.
- Spangler, G. & Grossmann, K. E. (1993). Biobehavioral organization in securely and insecurely attached infants. *Child Development*, 64, 1439–1450.
- Sroufe, L. A., Egeland, B., Carlson, E., & Collins, W. A. (2005). *The development of the person. The Minnesota study of risk and adaptation from birth to adulthood*. New York: Guilford.
- Steele, H. & Steele, M. (2005). Understanding and resolving emotional conflict: The view from 12 years of attachment research across generations and across childhood. In K. E. Grossmann, K. Grossmann, and E. Waters (Eds.) *Attachment from infancy to adulthood: The major longitudinal studies*. (pp. 137–164). New York: Guilford Press.
- Tizard, B. (1977). *Adoption: a second chance*. London: Open Books.
- Vygotsky, L. S. (1978). *Mind in society*. Cambridge, MA: Harvard University Press
- Werner, E. E. & Smith, R. S. (2001). *Journeys from Childhood to Midlife. Risk, Resilience, and Recovery*. New York, Cornell University.
- Zimmermann, P. (2000). Bindung, Emotionsregulation und interne Arbeitsmodelle: Die Rolle von Bindungserfahrungen im Risiko-Schutz-Modell. *Frühförderung Interdisziplinär*, 19, 119–129.

Autoren-Kontakt

Dr. phil. Karin Grossmann, Dipl.-Psych.
 Prof. em. Dr. Klaus E. Grossmann, Dipl.-Psych.
 Burgunderstr. 9
 93053 Regensburg
 Tel. +49 - 941 - 70 36 59
 Fax +49 - 941 - 70 40 521
www.psychologie.uni-regensburg.de/Grossmann/

Embedding Protective Factors and Resilience in a Dynamic Health and Treatment Concept

Margit Schmolke (Munich)

‘Protective factors’ and ‘resilience’—as discussed in health psychology, developmental psychology as well as in health promotion—are considered to be central aspects for the positive health of a person. Also the usefulness of ANTONOVSKY’s concept of salutogenesis for research and psychotherapy is being discussed increasingly in the field of mental and physical health. The author emphasizes the conceptual necessity to build a bridge between these concepts of health and current concepts of illness and treatment. A dynamic health and treatment concept has to be contextual, integrative, biographic, inter-relational and subjective in order not to isolate single aspects from each other, such as specific illness symptoms or certain protective factors. More concretely, health strengthening and promoting activities need to be integrated in psychotherapeutic and / or physical treatment. In Günter AMMON’s Dynamic Psychiatry a conceptual integration of health and illness has been started already in the 1980s and concretized in his inpatient and outpatient treatment concept.

Keywords: Protective factors, resilience, health promotion, salutogenesis, health concept, treatment concept

Introduction

In international mental health care there is an increasing insight that just the amelioration of symptoms is far too little to be done for mental patients. Despite of an impressive progress in etiological research and treatment of diseases, the morbidity rates and chronicity of illnesses have not decreased. It has therefore become compelling to involve more refined prevention and health promotion perspectives in health care developments. The main programmatic idea of the health promotion approach is a shift from only minimizing risks and focusing on deficits towards strengthening the positive health of a person.

In the first part of this paper, the current concepts of ‘protective factors’, ‘health promotion’, ‘resilience’, ‘salutogenesis’, and ‘recovery’ will be briefly outlined. In the second part, some research results about protective factors and

resilience will be summarized. Finally, some considerations about building a bridge between health and illness concepts will be presented.

1. Current Health Concepts

Following concepts are presently discussed in health sciences as well as in developmental psychology and developmental psychopathology.

Protective factors

Protective factors or *resources* are influential factors which may modify the effects of risk factors in the sense of reducing the risk of getting an illness. They strengthen the psychic resistance or resilience of persons in risk situations. Protective factors may have a double face: The same factor could be protective in one special context or be a risk factor in another context (SCHMOLKE, 2003a; METZMACHER & ZAEPFEL, 2002; EGLE, HOFFMANN, 2000, p. 4). Therefore the specific context needs to be considered.

Resilience

Resilience is not only the phenomenon of a healthy and competent development in difficult life conditions but also the relatively autonomous recovery from a disordered state (EGLE, HOFFMANN, 2000, p. 4). Resilience is a central term in developmental psychology. It means 'psychic resistance' despite stressors, adversity and challenges in different stages of human development.

Health promotion

Health promotion is an ongoing program of WHO since the Ottawa Charter from 1986 in which explicitly the positive health potential of a person and the strengthening of resources of individuals and communities are the focus of attention. In the concept of health promotion 'health' has to be produced actively by the person himself in his daily life circumstances. 'Mental health promotion' involves promoting the value of mental health and improving the coping capacities of individuals rather than amelioration of symptoms and deficits. (WHO, 2002, p. 9)

Salutogenesis

Salutogenesis is a concept developed by the Israeli sociologist ANTONOVSKY (1979, 1987). He was interested in the origin of health and in the health pole of a disease-health-continuum. He formulated the so-called 'generalized resistance resources' responsible for the maintenance or restoration of health. A main concept is the 'sense of coherence' which means a personal attitude or confidence into the resources of oneself or of other reliable persons which will be helpful for coping successfully with stressors and life challenges.

Recovery

There is a current recovery movement in mental health as part of a larger social movement of empowerment and self-determination in which consumers have a central role in assisting and supporting other consumers. Recovery processes are described as highly individual and subjective and embedded in the person's life context. A definition of recovery may be,

Recovery is an ongoing, dynamic, interactional process that occurs between a person's strengths, vulnerabilities, resources, and the environment. It involves a personal journey of actively self-managing psychiatric disorder while reclaiming, gaining, and maintaining a positive sense of self, roles, and life beyond the mental health system, in spite of the challenges of psychiatric disability. (MULLIGAN 2003, p. 10)

2. Research Results on 'Protective Factors' and 'Resilience'

While the separation between salutogenetic and pathogenetic perspectives is over-emphasized (BENDER & LÖSEL 1998), the attention to protective factors and processes have gained a true enlargement of traditional risk factor research (RUTTER 1985). So far, protective factors and resilience have been mainly investigated in children and adolescents. However, there are only few studies in adults.

GARMEZY (et al. 1984), a researcher in developmental psychology, found three types of protective factors in children showing resistance against stressors:

1. The personality of the child,
2. Family cohesiveness and lack of disharmony, and

3. External support promoting and strengthening the child's coping strategies. RUTTER (1987) found out that protective factors in children and adolescents in risk situations can be effective in the following ways:

- minimizing the risk by modifying the risk itself or the effects of the risk,
- reducing negative reactions,
- creating and maintaining of self-esteem and being content,
- creating positive contextual conditions, e.g. by school and education.

WERNER and SMITH (1992) investigated in their well-known longitudinal *Kauai-Study* risk factors and protective factors in a cohort beginning with the prenatal phase over 40 years ($n = 698$). The authors found in about 30% a cumulative effect of biological and psychosocial risk factors which resulted into severe learning and behaviour problems in the later childhood. Prenatal and birth complications have led to severe negative consequences of the mental and physical development of children only if additionally following factors existed: chronic poverty, psychopathology of the parents and permanent negative educational conditions. When children were exposed to four or more risk factors in the age of two years, they developed later-on learning difficulties, psychiatric symptoms, girls became pregnant as teenager. Sometimes all factors came together in one person.

The most surprising result of the study was that most of these problems disappeared in stress-resistant or resilient persons when they were 32 or 40 years of age. So-called risk children who had to cope with several stressors were able to develop towards healthy adults supported by several protective factors. Most of them didn't have adaptation problems anymore, they lived in stable marriages, had children and a stable working place, and were responsible members of the community. As adults their professional success was as good as the majority of children who grew up without great risks in stable families. Those male persons who had problems with aggression and delinquency as adolescents were investigated again in the age of 30 years. In this age they had been able to improve their situation and have not become delinquent anymore due to the protective factors found by the authors.

The stress-resistant children in the age of 20 months were described by pediatricists and psychologists as attentive and relatively self-independent. They were open for new experiences and showed positive social orientation, especially the girls. Their communication and movement skills as well as their self-

help capabilities were well developed. In school they had good peer relationships, showed logic thinking and reading skills and were able to utilize their skills effectively which were not very special ones.

We summarize following *protective factors* for resilient children found by WERNER and SMITH (1992):

- small family (less than four children),
- easy, attractive temperament (which has positive effect on family members, teachers and friends),
- degree of activity and good social behaviour,
- positive self-concept,
- at least average intelligence,
- good communication skills (language, reading),
- successful school performance,
- internal locus of control and self-efficacy,
- competence of the mother,
- close attachment to major primary person (not necessarily biological parents),
- emotional support by older siblings, grandparents, neighbours, or babysitter,
- close and competent friends,
- for girls: Emphasis of self-independence with emotional support of primary person,
- for boys: structure and rules at home,
- for girls and boys: duties and tasks at home (e.g., taking care for younger siblings),
- external support (supportive teachers or older mentors in school, work or church who rewarded their competence and gave them belief and confidence that life is meaningful).

Most of these protective factors were also found in other longitudinal studies. Emmy WERNER emphasizes the meaning of those functions which provide emotional support and values through religious and church attachment. She shares this view with other developmental researchers [...] that these holding

functions need to be investigated in more detail in future research (GROSSMANN 2003, p. 21).

The authors found the following *risk factors* in their cohort:

- Longer separation from primary person in the first year of age
- Teenage mother or teenage parents
- Working mother in the first year of age without another important person around
- Birth of a younger sibling within the first two years of age
- Severe or frequent illnesses in childhood
- Physical and mental illnesses of the parents
- Child abuse or neglect
- Siblings with handicap, learning or behaviour disorder
- Chronic family disharmony
- Absence of father
- Parents' loss of work
- Poverty
- Moving, change of school, separation of the parents
- Remarriage of a parent (stepfather or stepmother)
- Loss of elder sibling or close friend
- Being cared for outside of the family
- For boys: Higher vulnerability in baby and child age
- For girls: Higher vulnerability in adolescence age

The overall result of the *Kauai-Study* (Werner & Smith 1992) was: The more risk factors existed the more protective factors as counteracting forces were necessary in order to move towards a positive development.

In the Scandinavian longitudinal *Lundby-Study* by CEDERBLAD et al. (1994), the authors found similar protective factors. The resilient persons who faced three or more risk factors in their childhood showed a stable mental health in adulthood. The authors found in addition a high 'sense of coherence' in this risk group—ANTONOVSKY's concept of salutogenesis.

Conclusions

Some conclusions from the research on resilience and attachment theory (see EGLE & HOFFMANN 2000, pp. 19–22):

1. The most important protective factor against severe psychosocial stressors and trauma experiences in childhood and adolescence is the permanent existence of ‘a positive reliable primary person’ in a child’s development.
2. The attachment theory of Bowlby (1995) shows that a ‘secure attachment pattern’ in early childhood is the basis for the later capability of a child to develop emotional attachments. Process studies have shown that such an early developed attachment behaviour remains relatively stable until early adulthood. An ‘insecure attachment behaviour’ may lead to deficits in the affective and cognitive development, whereas a ‘secure attachment behaviour’ may work as a protective factor against risk factors later in life.
3. We can say that just one single risk factor may not increase the probability of later mental illnesses. We also have to attribute different weights to specific risk factors. However, already two or more risk factors increase the probability of getting a developmental disorders four times and more.
4. It is not likely that specific risk factors in childhood may be a predisposition for a specific disorder. Much speaks, however, for the cumulative effect of risk factors towards an increased vulnerability for mental disorders in general.
5. Experiences have effects not only in the early childhood but in all age stages. Early childhood stress or disorders may be compensated or corrected by later positive experiences.
6. There is still a lack of clinical studies and clinical longitudinal studies in which risk factors and protective factors are investigated in their mutual and interactive influence.

3. Towards a Dynamic Health and Illness Concept

In psychotherapy research, GRAWE (1995) and GRAWE-GERBER (GRAWE & GRAWE-GERBER 1999) found that the ‘activation of resources’ is one of the four main therapeutic factors in psychotherapy. The most important resources are the interpersonal relationships of a patient as well as the therapist-patient

relationship. However, there is a risk in research that illness entities and protective factors or resources are considered as separated and isolated technical terms. What is needed is an integrative understanding of both the pathogenetic and the salutogenetic paradigms. None of them exist isolated from each other and context-free. For example, in an author's study on persons suffering from schizophrenia (SCHMOLKE 2001, 2003b) so-called risk factors such as living with an alcoholic and violent partner was helpful and protective for a woman in their social living context who otherwise would have lived in total isolation with the high risk of suicide.

In Günter AMMON's approach of Dynamic Psychiatry (AMMON & BURBIEL 1992) exists already a conceptual integration of both health and illness which has been concretized in an inpatient and outpatient treatment concept. In a so-called 'Resources-Oriented Psychotherapy' within Dynamic Psychiatry, an important therapeutic goal is the patient's identity development (BURBIEL & SCHMOLKE 2001). That means, working with the total identity of the patient and understanding of and working with the suffering of the person which is underlying his symptomatology. The so-called 'therapeutic alliance with the healthy parts' of a patient is considered as essential as to work with the patient's disease parts. Following elements are of importance:

1. Reactivation of existing healthy identity parts
2. Integration of dissociated or separated identity parts (e.g., in Borderline patients)
3. Transformation of arrested, destructive identity parts into constructive ones
4. Development of human potentials

Summarizing, we can say that a dynamic health and illness concept needs to be:

- *identity oriented* (person in his totality, not just his symptomatology)
- oriented to unconscious dynamics and processes
- *subjective oriented* (subject as expert and his competences in daily life)
- *inter-relational* (considering group dynamic processes)
- *contextual* (the person's social living context)
- *biographic* (person's life history and roots)
- *development oriented* (development of the potentials of a person; crises and illness are important developmental and learning experiences)

- *recovery oriented* (hope, healing, individual recovery processes)

We need to build a bridge between clinicians and researchers in the fields of health promotion and resilience in order to utilize both the knowledge of clinicians about origin and treatment of illnesses as well as the knowledge about protective and healing factors in persons who are ill. If we are open for understanding the patients' suffering and if we listen to them carefully we can learn a lot about their competences, strengths, skills, experiences in dealing with their illness for many years and their deep hope towards their recovery.

Die Einbettung von protektiven Faktoren und Resilienz in ein dynamisches Gesundheits- und Krankheitskonzept

Margit Schmolke (München)

In der internationalen Psychiatrieforschung stimmt man zunehmend überein, dass die reine Symptomverbesserung viel zu wenig ist, was für psychisch kranke Menschen getan werden kann. Trotz eindrucksvoller Fortschritte in der Erforschung von ätiologischen Faktoren und Behandlungswirksamkeit haben sich die Morbiditätsraten und die Chronifizierung von Krankheiten nicht vermindert. Deshalb ist es zwingend geworden, Perspektiven aus den Bereichen Prävention und Gesundheitsförderung in die Versorgungsplanung stärker einzubeziehen. Die Hauptidee von Gesundheitsförderung ist ein Perspektivenwechsel von lediglicher Minimierung von Risikofaktoren und Defiziten hin zur Stärkung der positiven Gesundheit eines Menschen.

Im ersten Teil des Beitrags werden die Konzepte Protektive Faktoren, Gesundheitsförderung, Resilienz, Salutogenese und 'Recovery' kurz beschrieben. Im zweiten Teil werden einige Forschungsergebnisse über Protektivfaktoren und Resilienz zusammengefasst. Im letzten Teil werden Vorschläge dahingehend gemacht, dass bisherige Krankheitskonzepte von den beschriebenen neueren Gesundheitskonzepten vielfach profitieren und von ihnen bereichert werden. Dazu ist es notwendig, eine konzeptionelle Brücke zwischen Gesundheits- und Krankheitskonzepten zu bauen.

Die Ergebnisse aus der Resilienzforschung und Bindungstheorie im Rahmen der Entwicklungspsychologie haben wichtige Erkenntnisse sowohl für die Prävention als auch für die Behandlung von psychischen Störungen erbracht. Folgende Schlussfolgerungen werden von EGGLE and HOFFMANN (2000, S. 19–22) zusammengefasst:

- Der wichtigste Protektivfaktor gegen psychosoziale Stressoren und Traumataerfahrungen in der Kindheit und Jugendzeit ist die ständige Anwesenheit einer *positiven verlässlichen primären Bezugsperson* in der kindlichen Entwicklung.
- Die Bindungstheorie von BOWLBY (1995) zeigt, dass ein *sicheres Bindungsmuster* in der frühen Kindheit die Basis ist für die spätere Fähigkeit eines Kindes, emotionale Bindungen zu entwickeln. Prozessstudien haben gezeigt, dass ein solches früh entwickeltes Bindungsverhalten relativ stabil bleibt bis zum frühen Erwachsenenalter. Ein 'unsicheres Bindungsverhalten' kann zu Defiziten in der affektiven und kognitiven Entwicklung führen, wohingegen ein 'sicheres Bindungsverhalten' ein Protektivfaktor gegen Risikofaktoren im späteren Leben sein kann.
- Es besteht die Schlussfolgerung, dass *lediglich ein einziger Risikofaktor nicht die Wahrscheinlichkeit einer späteren psychischen Erkrankung erhöht*. Man muss die spezifischen Risikofaktoren unterschiedlich gewichten. Allerdings erhöhen bereits zwei oder mehr Risikofaktoren die Wahrscheinlichkeit viermal oder mehr, eine spätere Entwicklungsstörung zu entwickeln.
- Es ist nicht wahrscheinlich, dass spezifische Risikofaktoren in der Kindheit die Prädisposition für eine *spezifische Störung* darstellen. Es spricht vielmehr für den kumulativen Effekt von Risikofaktoren hinsichtlich einer erhöhten Vulnerabilität von psychischen Störungen im allgemeinen.
- Erfahrungen und Erlebnisse haben nicht nur Auswirkungen in der frühen Kindheit, sondern *in allen Lebensphasen*. Stresserfahrungen oder Störungen in der frühen Kindheit können kompensiert oder korrigiert werden durch spätere positive Erfahrungen.
- Es existiert nach wie vor ein *Mangel an klinischen Studien* und klinischen Langzeitstudien, in denen Risikofaktoren und Protektivfaktoren in ihrem wechselseitigen und interaktiven Einfluss untersucht werden.

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass in der Forschung das Risiko besteht, dass Krankheitseinheiten und Protektivfaktoren als zwei voneinander getrennte und isolierte Bereiche betrachtet werden. Was wir benötigen ist ein integratives konzeptionelles Verständnis von pathogenetischen und salutogenetischen Paradigmen. Keines von ihnen existiert isoliert voneinander und keines von ihnen ist kontextfrei. Beispielsweise konnte SCHMOLKE (2001, 2003b) in einer eigenen qualitativen Studie über Menschen, die an Schizophrenie leiden, herausarbeiten, dass sogenannte Risikofaktoren wie das Zusammenleben mit einem alkoholkranken Partner dennoch hilfreich waren und eine protektive Funktion hatten in dem spezifischen Lebenskontext einer Frau, die ohne diesen Partner in totaler Isolation mit einem hohen Suizidrisiko gelebt hätte.

Ein dynamisches Gesundheits- und Krankheitskonzept benötigt folgende Perspektiven:

- *Identität* (der Mensch in seiner Gesamtheit, nicht nur seine Symptomatik)
- die Einbeziehung von unbewussten Dynamiken und Prozessen
- *Subjektorientierung* (das Subjekt als Experte mit seinen Kompetenzen im täglichen Leben)
- *interrelationale Perspektive* (gruppenspezifische Prozesse)
- *biographische Perspektive* (die Lebensgeschichte und Wurzeln des Menschen)
- *Entwicklungsprozesse* (Entwicklungspotentiale eines Menschen, Krisen und Krankheit sind wichtige Entwicklungs- und Lernerfahrungen)
- *Recovery-Orientierung* (Hoffnung, Heilung, individuelle Genesungsprozesse)

References

- Ammon, G., Burbiel, I. (1992): Grundzüge der klinischen Humanstrukturellen Psychotherapie. *Dynamic Psychiatry* 25:1–22.
- Antonovsky, A. (1979): *Health, Stress and Coping*. San Francisco: Jossey-Bass.
- (1987): *Unraveling the Mystery of Health*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Bender, D., Lösel, F. (1998) Protektive Faktoren der psychisch gesunden Entwicklung junger Menschen: Ein Beitrag zur Kontroverse um saluto- versus pathogenetische Ansätze. In: Margraf, J., Neumer, S., Siegrist, J. (Hrsg.): *Gesundheits- oder Krankheitstheorie? Saluto- versus pathogenetische Ansätze im Gesundheitswesen*. (S. 119–145) Berlin: Springer.
- Bowlby, J. (1995): *Elternbindung und Persönlichkeitsentwicklung*. Heidelberg: Dexter.

- Burbiel, I., Schmolke M (2001): Ressourcenorientierte Psychotherapie bei Patienten mit archaischen Identitätsstörungen. In: Krisor, M., Pfannkuch, H., Wunderlich, K. (Hrsg.): *Gemeinde, Alltag, Ressourcen. Aspekte einer subjektorientierten Psychiatrie.* (S. 264–276) Lengerich: Pabst.
- Cederblad, M., Dahlin, L., Hagnell, O., Hansson, K. (1994): Salutogenic childhood factors reported by middle-aged individuals. Follow-up of the children from the Lundby study grown up in families experiencing three or more childhood psychiatric risk factors. *Eur Arch Psychiatr Clin Neurosci* 244, 1–11.
- Egle, U. T., Hoffmann, S. O. (2000): Pathogene und protektive Entwicklungsfaktoren in Kindheit und Jugend. In: U. T. Egle, S. O. Hoffmann, P. Joraschky (Hrsg.): *Sexueller Missbrauch, Misshandlung, Vernachlässigung.* 2. Aufl. (S. 3–22) Stuttgart: Schattauer.
- Garnezy, N., Masten A. S., Tellegen, A. (1984): Studies of stress-resistant children: A building block for developmental psychopathology. *Child Development* 55, 97–111.
- Grawe, K (1995): Grundriss einer Allgemeinen Psychotherapie. *Psychotherapeut* 40, 130–145.
- Grawe, K., Grawe-Gerber, M. (1999): Ressourcenaktivierung. Ein primäres Wirkprinzip der Psychotherapie. *Psychotherapeut* 44, 63–73.
- Grossmann, K. E. (2003): Emmy Werner: Engagement für ein Lebenswerk zum Verständnis menschlicher Entwicklung über den Lebenslauf. In: K. H. Brisch, T. Hellbrügge (Hrsg.): *Bindung und Trauma. Risiken und Schutzfaktoren für die Entwicklung von Kindern.* (pp. 15–33) Stuttgart: Klett-Cotta.
- Metzmacher, B., Zaepfel H (2002): Ressourcenorientierung in der Psychotherapie mit Jugendlichen. *Psychotherapie* 7, 114–124.
- Mulligan, K. (2003): Recovery movement gains influence in mental health programs. *Psychiatry News*, Jan 3, 2003.
- Rutter, M. (1985): Resilience in the face of adversity. Protective factors and resistance to psychiatric disorder. *British Journal of Psychiatry* 147, 598–611.
- (1987): Psychosocial resilience and protective mechanisms. In: J. Rolf, A. Masten, D. Cicchetti, K. Nuechterlein, S. Weintraub (eds.): *Risk and protective factors in the development of psychopathology.* (pp. 181–214) Cambridge: University Press.
- Schmolke, M. (2001): *Gesundheitsressourcen im Lebensalltag schizophrener Menschen. Eine empirische Untersuchung.* Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- (2003a): Ressourcenorientierte Schizophrenie-Psychotherapie. Vortrag, 21. März 2003, Münchner Lehr- und Forschungsinstitut der Deutschen Akademie für Psychoanalyse.
- (2003b). Das Gesunde im Patienten entdecken. Eine salutogenetisch orientierte Untersuchung mit schizophrenen Patienten. *Verhaltenstherapie* 13, 102–109.
- Werner, E. E., Smith, R. S. (1992): *Vulnerable but Invincible.* New York: McGraw-Hill. (Kauai-Study)
- WHO (1986): *Ottawa Charter for Health Promotion,* Geneva.
- (2002): *Prevention and Promotion in Mental Health.* WHO Dept. of Mental Health and Substance Dependence, Geneva.

Author's Info

Dr. phil. Margit Schmolke, Psychological psychotherapist, Psychoanalyst
 Co-Chair, Section Group Psychotherapy Training, Training and Research Institute of the German Academy for Psychoanalysis (DAP)
 Co-Chair, Section "Preventive Psychiatry" of the World Psychiatric Association (WPA)

Author's Contact

Dr. Margit Schmolke
Tengstr. 20, Apt 303
80798 München
margitschmolke@aol.com

Psychotherapeutische Begleitung von Hodenkrebspatienten

Renate Büttner (Hamburg)

Since 1988, the Urological Department of the Military Hospital in Hamburg, Germany, offers psychotherapeutic support to testicular cancer patients and their relatives. For most of the very young patients it is the first crisis in their lives. They have difficulties to reconcile the diagnosis with their self-image and to deal with feelings of anxiety, weakness, and injured sexuality. Initially, a supportive approach provides hope. Later, the underlying psychological implications should be treated. Four psychogenetic hypotheses have been found:

- Ignoring one's feelings / mental and physical state
- Acute and chronic stress
- Unresolved relationship to the mother
- Seemingly irresolvable sexual conflicts

Keywords: testicular cancer, adaptation of psychotherapeutic approach, psychogenetic hypotheses, sexual conflicts, stress

Auf der Urologischen Abteilung des Bundeswehrkrankenhauses Hamburg werden die meist sehr jungen Hodenkrebspatienten und deren Angehörige seit 1988 psychotherapeutisch begleitet. Für viele ist es die erste große Krise ihres Lebens. Es fällt ihnen schwer, die Diagnose mit ihrem Selbstbild in Einklang zu bringen, und mit Angst, Schwäche und einer beschädigten Sexualität umzugehen. Die zunächst supportive Betreuung fördert das Prinzip Hoffnung. Später sollten psychische Mitursachen aufdeckend bearbeitet werden. Vier psychogenetische Hypothesen haben sich herauskristallisiert:

- Nicht-Wahrnehmen / Übergehen der eigenen Befindlichkeit
- Akute oder chronische Überlastungssituationen
- Ungelöste Bindung an die Mutter
- Scheinbar unlösbare sexuelle Konflikte

Stichworte: Hodenkrebs, Anpassung des therapeutischen Vorgehens, psychogenetische Hypothesen, sexuelle Konflikte, Stress

Setting

Die Urologische Abteilung des Bundeswehrkrankenhauses Hamburg ist eine der größten Einrichtungen in Europa für die Behandlung des Hodenkrebses. Auf der 35-Betten-Station werden bis zu 23 Krebspatienten behandelt. Neben

der Betreuung von Blasen-, Penis-, Nieren- und Prostatakrebspatienten liegt der Schwerpunkt auf der Behandlung von ca. 100 neuerkrankten Hodenkrebspatienten pro Jahr. Aufgrund der großen Erfahrung und Kompetenz können wir bei der sehr seltenen Krebsart (Inzidenz: ca. 9,6 von 100.000 männlichen Bürgern der BRD) Langzeitheilungserfolge von durchschnittlich 98% aufweisen. Das Krankheitsbild erscheint besonders spektakulär, da es meist sehr junge Männer betrifft. Das häufigste Erkrankungsalter liegt zwischen 20 und 35 Jahren, wobei wir eine steigende Tendenz beobachten. Ich wurde 1988 eingestellt, um zusätzlich zu der medizinischen Behandlung auch eine psychotherapeutische Betreuung anzubieten.

Ausgangssituation

Die erste Kontaktaufnahme findet in der Regel nach der Ablatio testis statt, wenn die Schnellschnittdiagnose feststeht. Zunächst ist es mein Anliegen, eine Beziehung zu Patienten und Angehörigen aufzubauen und ihnen anzubieten, sie während der Therapie und – wenn es gewünscht ist – auch darüberhinaus zu begleiten (BAHNSON 1990). Freiwilligkeit ist für mich das oberste Prinzip. Im Krankenhaus ist die Intimsphäre weitgehend reduziert. Daher vergewissere ich mich vor jedem Gespräch, ob ich willkommen bin.

Zu Beginn meiner Tätigkeit im Krankenhaus wurde mir schnell klar, dass ich die gelernten psychotherapeutischen Vorgehensweisen modifizieren und den Erfordernissen anpassen muss (BAHNSON 1990, S. 78; LESHAN 1989, S. 169). Meine Gesprächspartner sind Patienten mit einer potentiell zum Tode führenden Krankheit, die sich in ärztliche Behandlung begeben, um geheilt zu werden. Die Ausgangssituation ist somit eine völlig andere, als wenn man als Psychotherapeut einem Klienten gegenüber sitzt, der sich mit seinen psychischen Handicaps auseinandersetzen möchte. Ich habe es meist mit sehr jungen Männern zu tun, die sich häufig in der ersten großen Krise ihres Lebens befinden und noch nicht – wie ältere Menschen – die Erfahrung gemacht haben, dass man auch eine existentielle Bedrohung überstehen kann. Sie haben Mühe, die Diagnose mit ihrem Selbstbild in Einklang zu bringen, fühlen sich in ihrer Männlichkeit beschädigt und empfinden Krebs als Makel oder Strafe. Vor allem für Soldaten ist das Eingestehen von Angst und Schwäche ein Tabuthema. Sie haben den Anspruch, mit seelischen Konflikten ohne fremde Hilfe fertig werden zu müssen, und Sexualität ist etwas, womit man renommiert und konkurriert. Andere entwickeln generalisierte Ängste, befürchten, nach diesem

Schock vor keinem anderen Unheil mehr sicher zu sein. Manche haben die Sorge, durch die Krankheit einen Karriereknick zu erleiden. Wenn sie zu uns kommen, sind sie in einem körperlichen und seelischen Ausnahmezustand, in dem sie Halt und Orientierung benötigen. Daher stelle ich mich auf das ein, was möglich und erforderlich ist, unabhängig davon, ob es mir relevant erscheint. Ich bin als Person greifbar, nehme Stellung, gebe Informationen zu Krankheit und Behandlungsverlauf, ziehe manchmal Parallelen zu anderen Patienten und übe keinerlei therapeutische Abstinenz (BAHNSON 1986, S. 896).

Soweit es möglich ist, beziehe ich auch die Angehörigen mit ein. Ihre Ängste sind häufig noch größer als die der Patienten. Sie leiden unter dem Gefühl, nicht helfen, nichts abnehmen zu können, und müssen neben der Sorge um den Patienten ihr normales Leben aufrechterhalten, oft ohne eigene Entlastungsmöglichkeiten zu haben.

Inhaltliches Vorgehen

Zunächst ist ein supportives Vorgehen unumgänglich. Angesichts des Schocks der Diagnose müssen Patienten und Angehörige stabilisiert, durch die äußerst beängstigende diagnostische Phase (FOSSA 1996, S. 123) begleitet und später immer wieder auf neue Behandlungsschritte vorbereitet werden. Sie benötigen Informationen, die ihnen eine realistische Einschätzung der neuen Situation ermöglichen (KÖLLNER 2004, S. 298), und werden ermutigt, den Kampf gegen die Krankheit entschlossen und mit Zuversicht aufzunehmen.

Von besonderer Bedeutung ist das Prinzip Hoffnung (LESHAN 1989, S. 23). Hier haben sich folgende Dinge bewährt:

Aufgrund der Tatsache, dass auf der Station eine so große Anzahl von Hodenkrebspatienten behandelt wird, findet ein intensiver Austausch der Patienten untereinander statt. Die Erfahreneren nehmen die Neuankömmlinge auf meist sehr kameradschaftliche Weise in ihre Obhut. Viele Patienten entwickeln im Laufe der Behandlung eine besondere Art von Selbstbewusstsein, das dem Gefühl entspringt, die sehr belastende Behandlung durchstehen und die tödliche Krankheit besiegen zu können. Diese Zuversicht geben sie im positiven und häufigsten Fall auch an neu hinzugekommene Mitpatienten weiter.

An jedem Mittwoch findet eine Gruppe speziell für die Hodenkrebspatienten der Station und deren Angehörige statt (BAHNSON 1986, S. 900f.; KÖLLNER 2004, S. 298). Hinzu kommen auch ehemalige Patienten, deren Erkrankung zum Teil schon viele Jahre zurückliegt, die aber noch immer in unserer Ambu-

lanz nachgesorgt werden. Sie berichten, wie belastend die Behandlung früher war, als es viele Hilfsmittel noch nicht gab, aber auch, wie positiv ihr Leben sich inzwischen entwickelt hat, und geben durch ihr Vorbild den Patienten in der Akutbehandlung Zuversicht und Hoffnung.

Eine weitere Einrichtung, die das Prinzip Hoffnung vermittelt, ist unsere Baby-Galerie. Wenn die Patienten erst einmal sicher sein können, dass sie die Krankheit überleben werden, gewinnt die Frage nach der Zukunftsplanung an Bedeutung (LESHAN 1989, S. 120ff.). Vor vielen Jahren schickte uns ein ehemaliger Patient ein Foto seines nach der Krankheit auf die Welt gekommenen Babys mit einem sehr anrührenden Dankeschreiben zu. Inzwischen gruppiert sich eine Vielzahl von Bildern darum, die den Hodenkrebspatienten, deren Behandlung noch nicht abgeschlossen ist, die Zuversicht geben, dass auch ihnen diese Möglichkeit offensteht (FOSSA 1996, S. 124).

Und natürlich nutzen wir die Tatsache, dass der weltbekannte Radrennsportler Lance ARMSTRONG nach der Heilung vom Hodenkrebs mehrfach die Tour de France gewonnen hat, denn die Frage nach der Zukunftsperspektive beinhaltet für einen jungen Mann auch immer, ob er seine alte Leistungsfähigkeit wieder erreichen kann. Lance Armstrongs Poster hängt auf dem Flur der Station, seine Biographie kann in der Bibliothek ausgeliehen werden.

Wenn der Kontakt zum Patienten es zulässt, versuche ich; auch aufdeckend zu arbeiten, gemeinsam mit dem Patienten herauszufinden, was ihm in seinem bisherigen Leben nicht gut getan haben könnte, wo er gegen sich gelebt, seine Bedürfnisse in den Hintergrund gestellt hat, um es anderen rechtzumachen, welche Traumata noch nicht verarbeitet sind (BAHNSON 1997; LESHAN 1989). Viele suchen nach Sinn, fragen, warum es sie getroffen hat, was sie getan haben, dass sie so bestraft werden. Die Frage „Was, glauben Sie, hat Sie krank gemacht?“ stößt manchmal zunächst auf Unverständnis. Im Laufe des Gesprächs schildern die Betroffenen dann aber zahlreiche Begebenheiten, die zur Entstehung des Krebses mit beigetragen haben könnten (KÖHLE 1991). In dieser Phase gilt es, Ideale wie unbegrenzte Belastbarkeit in Frage zu stellen und einen Egoismus im positiven Sinne zu fördern (LESHAN 1989, S. 92). Die Tatsache, sein Leben zum zweiten Mal geschenkt bekommen zu haben, kann Freiräume eröffnen und dazu ermutigen, neue Prioritäten zu setzen. Manchmal stoße ich auf massive Widerstände (BAHNSON 1990, S. 79), erfahre die Hintergründe von der Frau, während der Patient nicht einmal unter dieser existentiellen Bedrohung glaubt, etwas verändern zu können. Es ist wichtig, bei diesen Überlegungen rückwirkende Schuldgefühle zu vermeiden und dem Patienten

zu vermitteln, dass alles Gewesene seine Ursachen hat, er nun aber die Möglichkeit zur Neugestaltung ergreifen und dazu beitragen kann, auch in Zukunft gesund zu bleiben.

Hin und wieder ergeben sich auch über den Krankenhausaufenthalt hinaus mittel- und längerfristige Gesprächsreihen. Es kommt auch vor, dass sich ein ehemaliger Patient nach Jahren wieder meldet und die Fahrt nach Hamburg zu einem Gespräch auf sich nimmt. Da viele Patienten von außerhalb kommen, vermittele ich auch Aufenthalte in psychosomatischen Kliniken oder bin bei der Suche nach einem niedergelassenen Psychotherapeuten am Heimatort behilflich.

Hypothesen zur Psychogenese

Mein besonderes Interesse gilt der Psychogenese des Hodenkrebses. Die Kontakte zu den Patienten sind unterschiedlich intensiv, oft bin ich nur auf Vermutungen angewiesen, aber im Laufe der Jahre haben sich doch Hypothesen darüber herauskristallisiert, was im übertragenen Sinne die Kastration mit verursacht haben könnte.

Häufig spreche ich mit Patienten, die ihre Befindlichkeit nicht wahrnehmen, permanent über ihre Kraft gehen ohne zu spüren, dass sie sich überfordern, ihrem Körper keine Möglichkeit zur Erholung geben. Sie betonen z. B., nie krank gewesen zu sein, geben aber auf Nachfragen zu, auch mit Fieber zur Arbeit zu gehen. Manche Patienten haben sich neben ihrem eigentlichen Beruf noch eine zweite Tätigkeit aufgebaut (z. B. eine Fahrschule, eine Autowerkstatt oder Mitarbeit im Häuserbau), so dass sie eigentlich nie Feierabend haben. Sie sind der Ansicht, dass das nicht schädlich sein könne, da es ihnen ja Spaß mache.

Andere befinden sich in akuten oder chronischen Überlastungssituationen (BAHNSON 1986, S. 897). Bei ihnen treffen mehrere, auch positive Ereignisse zusammen, die neue Anforderungen stellen oder die Übernahme einer neuen Rolle erfordern (z. B. Heirat, Hauskauf, die Geburt des ersten Kindes und ein beruflicher Umbruch innerhalb eines Jahres) (BAHNSON 1990, S. 76). Andere sind durch Auslandseinsätze lange von zu Hause getrennt, mit extremen Situationen konfrontiert oder mit einer Kultur, in der sich Kinder von Müll ernähren und unter Sextourismus leiden, was sie als sehr bedrückend erleben bei gleichzeitiger Wut und Ohnmacht, insbesondere, wenn sie selbst Väter sind. Auch Mobbing am Arbeitsplatz, drohender Personalabbau bei hohen Verbindlich-

keiten (z. B. nicht abbezahltes Haus, Kinder in der Ausbildung), Verteilung der Arbeit auf immer weniger Schultern und ständig wachsender Druck nehmen zu und können zu scheinbar ausweglosen Konfliktsituationen führen, die die Grenzen der Belastbarkeit überschreiten (BAHNSON 1986, S. 896).

Diese beiden Faktoren erscheinen eher unspezifisch und passen zu dem Gegen-sich-leben, dem Unvermögen, aus einer unerträglichen Situation auszuweichen, das ja oft in der Psychogenese von Krebspatienten zu finden ist. Die beiden folgenden Faktoren bringen den inhaltlichen Bezug zum Hodenkrebs deutlicher zum Ausdruck. Sie schildern sexuelle Konflikte, die aufgrund religiöser Bindung (BAHNSON 1988, S. 34f.) oder der Hemmung aggressiver und libidinöser Gefühle (BAHNSON 1988, 1988, 1997; LESHAN 1989) unlösbar zu sein scheinen.

Bei manchen, vor allem sehr jungen Patienten beobachte ich eine ungelöste Bindung an die Mutter. Es handelt sich oft um das einzige oder jüngste Kind, an dem die Mutter besonders hängt. Es ist manchmal Partnerersatz und kann sich nicht von der Mutter lösen, um ein eigenes Leben zu führen. Wenn es eine Freundin gibt, bleibt sie im Hintergrund. Der junge Mann stellt sich nicht auf ihre Seite, sondern versucht, es beiden Frauen recht zu machen. Diese Konstellation kann auch bei älteren Patienten auftreten, die dann entweder sichtlich unter der dominanten Mutter leiden oder ihre Persönlichkeit und ein selbstbestimmtes Leben aufgegeben haben.

Vielleicht daraus hervorgehend gibt es Patienten, die ungelöste sexuelle Konflikte oft über viele Jahre ertragen und hin- und hergerissen sind zwischen Pflicht und Neigung. Ich denke z. B. an einen gut 40-jährigen Patienten, wohl-erzogen, altruistisch (BAHNSON 1990, S. 71; LESHAN 1989, S. 92), beruflich erfolgreich, der sich in einem 14-jährigen Krankheitsverlauf nicht zwischen Ehefrau und Geliebter entscheiden konnte. Er lebt heute nicht mehr. Ich habe auch einen jungen Hodenkrebspatienten aus streng katholischem Elternhaus kennengelernt, der eine Offizierslaufbahn einschlagen wollte. In solch einer Position ist es erforderlich, zu gesellschaftlichen Anlässen eine Partnerin mitzubringen. Im Laufe der mehrmonatigen Behandlung gestand er sich seine Homosexualität ein. Zu Beginn litt er sehr unter Schuldgefühlen, vor allem auch, weil seine Mutter ihm den Kontakt zu seinen Brüdern untersagte, und zog sogar eine Scheinehe in Erwägung. Später konnte er seine sexuelle Orientierung akzeptieren und sah keine Notwendigkeit mehr, sie vor anderen zu verbergen. Sehr häufig spreche ich mit Patienten, die von der Freundin oder Ehefrau betrogen oder verlassen wurden und diesen Verlust nie überwunden

haben (BAHNSON 1988, S. 29). Ein junger Mann z. B. wurde für ihn völlig unerwartet von seiner Verlobten im Stich gelassen. Aus finanziellen Gründen waren sie gezwungen, noch über ein Jahr lang in derselben Wohnung zu bleiben, und er erlebte mit, dass der neue Freund sie abholte.

Bei diesen Überlegungen handelt es sich bisher um empirische Erkenntnisse, die systematisch überprüft werden müssen. Vor allem aufgrund der Jugend der meisten Patienten (FOSSA 2003; KÖLLNER 2004, S. 297) erscheint aber auch jetzt schon die Unterstützung durch einen Psychotherapeuten auf urologischen Stationen mit onkologischem Schwerpunkt sinnvoll. Viele Hodenkrebspatienten, die psychotherapeutische Hilfe akzeptieren konnten, waren in der Lage, Traumata zu bearbeiten und Weichen in ihrem Leben neu zu stellen. Es geht ihnen heute gut.

Mein Dank gilt allen Mitarbeitern der Urologischen Abteilung des Bundeswehrkrankenhauses Hamburg für die Unterstützung in der täglichen Arbeit und insbesondere Herrn Dr. Michael HARTMANN, der die psychotherapeutische Begleitung der Hodenkrebspatienten, die in dieser Form einmalig ist, ermöglicht hat.

Psychotherapeutic Approach to Testicular Cancer Patients (Summary)

Renate Büttner (Hamburg, Germany)

Since 1988, the Urological Department of the Military Hospital in Hamburg, Germany, has been offering psychological support to testicular cancer patients and their relatives. Psychotherapeutic proceedings had to be adapted to the specific needs of the mostly very young patients in the first crisis of their lives who seek medical treatment to be cured from a life-threatening illness. They have difficulties to reconcile the diagnosis with their self image and to deal with feelings of anxiety, weakness, and injured sexuality. In the beginning, a supportive approach is indispensable. Several aspects promote the principle of hope. Patients support each other; in weekly meetings, they come into contact with former patients whose regained well-being creates confidence; a baby picture gallery demonstrates, how many former patients have become fathers after

treatment; and the example of the world famous cyclist Lance Armstrong proves that even after such a strenuous therapy a young man can regain his complete physical performance. Later on, the underlying psychological implications that might have contributed to the manifestation of cancer, should be treated. Throughout the years, four hypotheses have been found:

Many patients ignore their feelings and exceed their physical capacity sometimes for years without giving their bodies a chance to recover. Their work never ends, but they feel that this cannot do harm because they like to do it.

Others are in a state of acute or chronic stress. They have to meet new requirements or are exposed to extreme situations. Certain conditions at work as for instance mobbing or threatening reduction of staff can also exceed limits.

Whereas these two factors seem to be typical of cancer patients in general who live against themselves and remain in unbearable situations, the following two relate more clearly to the physical castration of testicular cancer patients.

Some patients show an unresolved relationship to their mothers. They cannot leave them to lead their own lives. If there is a girlfriend or wife, she stays in the background. The young man suffers from the dominant mother and sometimes gives up his personality and an independent life.

Maybe in consequence of this constellation, there are patients who endure sexual conflicts for years. Some cannot make up their minds between inclination and duty, others have problems to accept their homosexuality. Very often, patients have been betrayed or left without ever having overcome this offence.

These empirical findings have to be studied systematically. But due to the young age of most of the testicular cancer patients, even at this stage a psychotherapeutic support throughout the medical treatment and beyond can be recommended. Many patients who accepted this offer showed significant improvement and now lead a much happier life.

Literatur

- Bahnsen, C. B. (1986): Das Krebsproblem in psychosomatischer Dimension. In: Psychosomatische Medizin. München, Wien, Baltimore: Urban und Schwarzenberg, S. 889–909
- (1988): Familie, Objektverlust, Abwehrstil und Spätfolgen bei Krankheit und Sozialpathologie. In: Beiträge zur Psychoonkologie.
- (1990): Familientherapie bei Krebskranken: unter Berücksichtigung von Objektverlust und Verdrängung: In: Der Krebskranke. Berlin, Heidelberg, New York: Springer, S. 70–82
- (1997): Im Spannungsfeld der Aggression: der Tumor – der Patient – der Therapeut. In: Jahrbuch der Psychoonkologie 301, S. 181–197

- Fossa, S. A. et al. (1996): Patients' and doctors' perception of long-term morbidity in patients with testicular cancer clinical stage I. A descriptive pilot study. In: *Support Care Cancer* 4, S. 123
- (2003): Fatigue, Anxiety, and Depression in Long-Term Survivors of Testicular Cancer. In: *Journal of Clinical Oncology* 21, S. 1253
- Köhle, K. (1991): Interventionsmethoden. In: *Onkologie* (Supplement 1 zu Band 14), S. 40
- Köllner, V. et al. (2004): Psychoonkologie. Neue Aspekte für die Urologie. In: *Urologe* 43, S. 296–301
- LeShan, L. (1989): *Psychotherapie gegen den Krebs*. Stuttgart: Klett-Cotta

Autoren-Information

Renate Büttner ist Diplompsychologin und Psychologische Psychotherapeutin

Autoren-Adresse

Dipl.-Psych. Renate Büttner
Bundeswehrkrankenhaus Hamburg
Abt. Urologie (XI)
Lesserstrasse 180
22049 Hamburg
Tel +49 - 40 - 6947 2107
Fax +49 - 40 - 6947 2939
Email: sth-hamburg@gmx.de

Attachment, Brain Development, Transgenerational Transmission: Implications for Prevention of Personality Disorders

Miri Keren, Sam Tyano (Israel)

In this paper, we review the basic principles of the attachment theory, and link them to the recent bulk of knowledge about the impact of early attachment experiences on the brain development. Then we show, through a clinical vignette of a borderline personality disordered mother and her infant daughter, how very early traumatic attachment experiences lead to a basic and pervasive lack of trust and unstable close relationships (those characteristics of adults with severe personality disorders), are transmitted from one generation to another; how entry into parenthood triggers distorted projections on the infant, who then, becomes a dysfunctional infant. Early detection of these high risk families is crucial, if one tries to prevent the development of personality disorder from childhood into adulthood.

Keywords: Attachment, brain development, personality disorder, transgenerational transmission.

SEGAL (1999) has proposed an integrated view of how human development occurs within a social world in transaction with the functions of the brain, and give rise to the mind. His concept of 'Interpersonal Neurobiology' is based on the increasing knowledge about the dynamic and complex interplay between experience and brain development, that takes place from conception into the first three years of life. Indeed, KANDEL (1999) has described how experience causes the activation of genes, leading to the creation of proteins, thus shaping the brain structure. Experience causes strengthening, pruning out and creation of synaptic connections.

The peak of brain development is in first 3 years, while the child faces experiences within his own body, with his physical environment and with human beings ('schemas-of being-with,' STERN, 1985). Attachment relationships are one of the major experiences the child encounters in his first years of life, therefore, more and more links between the attachment system and the development of the brain have been made in the last years.

We will start with a few reminders relating to attachment, and then come back to its recently found neurobiological links.

BOWLBY argued for the existence that there is an innate drive to look for a protective figure while in distress, „Attachment behaviour has become a characteristic of many species during the course of their evolution because it contributes to the individual's survival by keeping him in touch with his caregiver(s), thereby reducing the risk of his coming to harm.“ (BOWLBY, 1980, p. 40)

The age range of peak development is within 2–7 months, and distress is the trigger of activation of the attachment behaviors. Attachment behaviors are of two types: Signals behaviors (mainly cry and anticipatory arms rising), and proximity-seeking to attachment figure (such as crawling, climbing on knees, and walking towards caregiver). Based on these definitions, AINSWORTH, BLEHAR, WATERS et al. (1978) have developed the well-known paradigm of the Strange Situation, where distress in the infant is triggered by separation from caregiver, and attachment behaviors observed during the reunion.

The securely attached infant reacts to the separation, greets the parent at reunion, looks for proximity, and returns to his/her baseline level of exploration and play. Two types of insecure attachment have been defined: the avoidant and the ambivalent/resistant type. The avoidant strategy of coping with distress is to dampen the attachment system down, and therefore the infant looks indifferent to the separation. This type of attachment is characteristic of infants who have internalized their caregiver as inefficient in their ability to calm them down while in distress (for instance, depressed or psychotic mothers). The resistant type of attachment is the opposite, meaning the infant's attachment system is overactivated, the infant is very distressed by the separation but the parent's come back does not calm him/her down. This pattern is typical of infants of unpredictable caregivers (such as parents with personality disorders). There is a fourth type, the Disorganized attachment type, seen in clinical populations, especially where abuse and chaotic family functioning are common. The infant is distressed, but seems frightened by the caregiver, and therefore shows contradictory attachment behaviors.

The attachment system is in balance with the exploratory system: the more protected / secure the child feels towards his or her caregiver, the more readily he or she will engage into exploratory behavior of the surroundings. The exploratory system is itself crucial for learning and curiosity development.

The securely attached child develops an internal schema of 'self-with-attach-

ment figure' (STERN, 1985), and therefore is very much linked to the development of basic trust, one of the pivots of the quality of object relationships. Indeed, longitudinal studies (SROUFE, 1996) have shown that infants who were secure at 12 months, were co-operative, popular, resilient, and resourceful children at the age of 4.5 years; those who were avoidant at 12 months, showed a lack of empathy, were hostile towards other children, and looked for the teacher's attention. Those who were resistant / ambivalent at 12 months, were tense, impulsive, frustrated or passive and helpless. Finally, those who were disorganized at 12 months, had severe behavior problems at the age of 4.5 years.

Back to neurobiology: CHIRON et al. (1997) have shown that the right brain is dominant in human infants. In parallel, it has been shown in different studies (SCHORE, 1994, 1996; RYAN, KUHLMAN, DECI, 1997) that attachment experiences, also dominant in infancy, specifically impact the development of the infant's right brain limbic system. In addition, it turns out that the mother's right hemisphere is involved in comforting functions (SIEGEL, 1999). This 'coincidence' led to the notion of a 'context of resonance,' where the self-organization of the developing brain occurs in the context of a relationship with another self, another brain (SCHORE 2000). Secure attachments are created within such a mutually resonant form of interpersonal communication. The concept of resonance may explain the amazing rate of 75% concordance between the infant's pattern of attachment to the parent, and the parent's attachment classification, measured by the Adult Attachment Interview, (HESSE, 1999) this finding at the neural level: the parent's internal integration of emotional experiences promotes the infant's interpersonal experience integration. The chain of 'events' from childhood to adulthood, would then be the following:

Contingent emotional communication that characterizes secure attachments

- coherent interpersonal relationships,
- coherent neural integration within the child,
- adaptive self-regulation of the growing child,
- adult's capacity to make affectional bonds, as Bowlby wrote: "there is a strong causal relationship between an individual's experiences with his parents and his later capacity to make affectional bonds." (BOWLBY, 1979, p.135)

On the neurobiological level, a 'neural model of coherence', based on the functional links between the two hemispheres, has been suggested: the left hemi-

sphere interpretes the primary emotional processes of the right hemisphere, and produces self-knowledge. The bilateral hemispheric integration permits the individual to engage in spontaneous dyadic communication (that is the hallmark of secure attachments).

From then on, the clinical link between attachment insecurity with disorganized elements and the development of personality disorders, especially borderline personality disorders, has received a neurobiological basis. FONAGY (1999) has summarized the common ground between psychoanalytic and attachment theories, and has gradually increased the general awareness of the relevance of attachment processes to the field of developmental psychology, especially in the development of Borderline personality disorders. Both FONAGY (1999) and SLADE (1999) suggest to look at the adult classification of attachment as a continuum of structures for affect regulation: on one end, the dismissing type (equivalent to the avoidant type in the infant), whose structures suppress affect by using highly organized but rigid structures. At the other pole is the Preoccupied (equivalent to the resistant/ambivalent type in the infant), whose structures 'hyperactivate' affective cues to caregivers. FONAGY has applied these notions to psychotherapy of personality disordered patients. It should aim at two goals:

1. to facilitate coherence, or integration of past-present-future interpersonal emotional experiences,
2. to enhance 'reflective functioning', i.e. the left hemisphere interpreting functions of right hemisphere perceived experiences.

We will present a clinical case showing the development of Borderline Personality disorder in a young traumatized mother from childhood to adulthood through the prism of Disorganized Attachment dynamics, and the mother-infant therapeutic intervention that was aimed at preventing its transmission to her first-born baby girl.

Clinical Vignette

S., a two-month old baby girl and her mother, A., were referred to our Infant Mental Health Unit by a community nurse. She was worried because she saw the baby crying a lot, while the mother looked tense, sad, and at loss. Nurse suspected post partum depression. She also described them as a 'hard-to-reach'

family, and conveyed her impression that both mother and father do not trust anyone.

Indeed, the mother did not come to any of the first appointments she was given. In the light of a suspected emergency situation, a home visit was set up by therapist (author KEREN). While entering the one-room apartment, she was struck by the chaotic atmosphere: nothing was at its place, baby was crying, mother was unsuccessfully trying to breast-feed her. She was so overwhelmed that she did not greet the therapist, and straightly said: "Even breast-feeding does not calm her, I'm really bad at it, she knows it."

The crudeness of this projection was striking. Standard questions about the course of the pregnancy and delivery triggered tears, and mother started to talk for two hours and a half. Therapist did not try to stop her, intuitively feeling something was unusual about this case. At first, asking about the baby's name revealed the mother's pathological grief over her only sister's killing in a car accident 10 years before. Having dreamt about her late sister saying, "I can't wait anymore," A. felt she had to "get pregnant and have a girl like her sister," in spite of her inner feeling she was not ready for motherhood. Baby's name was identical to her late "little aunt's," except for one letter. A. linked her lack of readiness for motherhood to her own very traumatic attachment experiences. She grew up with a drug-addicted and sexually promiscuous mother, her father left home when she was about two years old and ignored her, and she experienced emotional followed by sexual abuse by her stepfather. This led to her placement in a boarding school, while her younger and only sister stayed at home. She continued to have negative experiences with adult caregivers at the boarding school, and grew up into a very lonely and angry adolescent. The relationship with her sister was very ambivalent, mixed with feelings of responsibility and anger towards her. On the day of the car accident, A. was 15 years old, and her sister was 9, they were both in the back of the car, having a fight, and the accident happened while A.'s sister was trying to be friend again and A. refused. A. developed a very pathological grief reaction, and at the time of the referral, she still would go almost every day to her sister's grave.

During the following sessions, the following maternal pathological projections on the infant were identified: S. was born in order to continue A.'s late sister's existence (a "replacement" child), and her cry reminded A. of her sister's clingy behavior. As a result, A. had an in adaptive reaction to S.'s normative cry: she would either gratify the child at once, or she would become harsh and rejecting. S. reacted by either becoming very irritable, or by an over com-

pliant behavior, at the price of her exploratory behavior. It became evident how A.'s projections on S. impinged on her ability to be a consistent protective figure for child. Following a session where she talked about the car accident and her guilt feelings, a frightening "missed" accident happened to S.: A. "forgot" to tie the baby in her stroller. Also, her ability to put limits to the infant was very poor, because saying no to child reminded her saying "no" to the sister just before the crash accident. An additional distorted parenting behavior was around sleep habits: S. slept with mother because, in A.'s perception, "nights are dangerous to sleep alone" (A. unconsciously perceived her husband as potential harmful to her and to her child). S.'s father had a less dramatic childhood history, but his attachment experiences were very negative with a history of physical abuse by his mother and a helpless father. His psychological functioning was of the one of a narcissistic personality disorder, and, unlike his wife, he had absolutely no insight about his own problematic parenting behaviors. The marital relationship became very tense, and ended-up with separation.

Dyadic mother-child psychotherapy lasted for three years. Its full description is beyond the scope of this lecture. Let's mention its four main components:

1. providing the mother with a "corrective attachment experience," through the establishment of a trusting relationship with therapist,
2. identifying the parental distorted projections on the child,
3. identifying the maladaptive, frightening/frightened parenting behaviors,
4. providing developmental guidance to increase knowledge and improve parenting skills.

These goals were partially met, because the father did not cooperate with therapy, and the child was caught between the parents' intense struggles. Still, the child was able to achieve her developmental milestones and to function normally at the kindergarten. Nevertheless, she remained a vulnerable child.

To conclude, this clinical case illustrate quite vividly how very early traumatic attachment experiences lead to a basic and pervasive lack of trust and unstable close relationships (so characteristic of adults with borderline personality disorders), are transmitted from one generation to another; how entry into parenthood triggers distorted projections on the infant, who then, becomes a dysfunctional infant. Early detection of these high risk families is crucial, if one tries to prevent the development of personality disorder from childhood into adulthood.

References

- Ainsworth, M. D. S., Blehar, M. C., Waters, E. et al. (1978). *Patterns of Attachment: A psychological study of the Strange Situation*. Hillsdale, NJ, LEA.
- Bowlby, J. (1979). *The making and breaking of affectional bonds*. London: Tavistock.
- (1980). *Attachment and Loss, Vol III: Attachment and Loss*. New York: Basic Books.
- Chiron, Jambaque, I., Nabbout, R., Lounes, R., Syrota, A., & Dulac, O. (1997). The right hemisphere is dominant in human infants. *Brain*, 120, 1057-1065.
- Fonagy, P. (1999). Psychoanalytic theory from the viewpoint of attachment theory and research. In: J. Cassidy & Shaver, P. R. (Eds.), *Handbook of Attachment*, New York: Guilford Press, pp. 595-624.
- Fonagy, P., Steele, M., Steele, H., et al. (1991). The capacity for understanding mental states: The reflective self of attachment. *Special Issue: The effects of relationships on relationships. Infant Mental Health Journal*, 12: 201-218.
- Hesse, E. (1999). The Adult Attachment Interview: Historical and Current Perspectives. In: J. Cassidy & Shaver, P. R. (Eds.), *Handbook of Attachment*, New York: Guilford Press, pp. 395-433.
- Kandel, E. R. (1999). Biology and the future of psychoanalysis: A new intellectual framework for psychiatry revisited. *American Journal of Psychiatry*, 156, 505-524.
- Ryan, R. M., Kuhl, J., & Deci, E. L. (1997). Nature and autonomy: An organizational view of social and neurobiological aspects of self-regulation in behavior and development. *Development and Psychopathology*, 9, 701-728.
- Schore, A. N. (1994). *Affect regulation and the origin of the self: The neurobiology of emotional development*. Mahwah, NJ: Erlbaum.
- (1996). The experience-dependent maturation of a regulatory system in the orbital prefrontal cortex and the origin of developmental psychopathology. *Development and Psychopathology*, 8, 59-87.
- (2000). Attachment and the regulation of the right brain. *Attachment & Human development*, vol 2 (1), April 2000, 23-47.
- Segal, D. J. (1999). *The developing mind: Toward a neurobiology of interpersonal experience*. New York, Guilford.
- Slade, A. (1999) *Individual Psychotherapy: An Attachment Perspective*. In: J. Cassidy & Shaver, P. R. (Eds.), *Handbook of Attachment*, New York: Guilford Press, pp. 575-594.
- Sroufe, L. A. (1996). *Emotional development: The organization of emotional life in the early years*. New York: Cambridge University Press.
- Stern, D. (1985). *The interpersonal world of the infant: A view from psychoanalysis and developmental psychology*. New York: Basic Books.

Authors' Contact

Miri Keren, M. D.
Geha Mental Health Center
Infant Mental Health Unit
POBox 102
Petah-Tikva 49100 – Israel
Tel: +972-9-745 0870 • Fax: +972-9-745 0870
Email: ofkeren@internet-zahav.net

Prof. Sam Tyano, M. D.
Tel-Aviv University
Sackler Medical School
Yaacov Weiss 2
Ramat Aviv Gimel - Israel
Tel: +972-3-641 9970 • Fax: 641 0181
Email: styano@post.tau.ac.il

Parental and Peer Attachment in Hospitalized Adolescent Patients

Irena Namysłowska, Cezary Żechowski, Katarzyna Bażyńska, Anna Siewierska, Antoni Jakubczyk (Kraków)

Drawing on the theory of attachment by BOWLBY (1961, 1969/1982, 1980) and the Inventory of Parent and Peer Attachment (ARMSDEN & GREENBERG, 1987), the authors assess levels of communication, trust, and alienation as dimensions of the parental and peer attachment of 142 hospitalized adolescent psychiatric patients divided into three clinical groups. The schizophrenia group was characterized by disturbed attachment (communication, trust, and alienation) to peers and normal attachment to parents. In the anxiety-disorder group and eating-disorder group, attachment to parents as well as peers was disturbed. However, alienation from peers was greater among the patients with eating disorders, higher than that from parents, and similar to the schizophrenia group's level of alienation from peers.

Keywords: attachment, adolescents, emotional disorders

Reflecting a decade of growing interest in the attachment theory by BOWLBY (1961, 1969/1982, 1980), several studies in this area have treated attachment as an intermediating variable in the determination of personality characteristics and developmental psychopathology, especially self-esteem and affective states (CARLSON, 1998; MOSS, PARENT, GOSSELIN, ROUSSEAU, & ST. LAURENT, 1996; PARKER et al., 1997; SROUFE, CARLSON, LEVY, & EGELAND, 1999; VAN IJZENDOORN, SCHUENGEL, & BAKERMANS-KRANENBURG, 1999). Originally, attachment theory was about both normal development and psychopathology, specifically, about the formation of the normal course of attachment relationships and implications that pathological attachment has for later development. To BOWLBY, attachment was a process consisting of four stages leading to a reciprocal relationship after the second year of life. He differentiated three types of attachment: secure, anxious, and avoiding.

BOWLBY's typology was developed by AINSWORTH and her colleagues (AINSWORTH, BLEHAR, WATER, & WALL, 1963, 1978), who proposed using a special research procedure they called the 'strange situation.' They observed the child's behavior for 20 minutes and recorded his or her reactions to the

departure and to the reappearance of the caretaker. This approach enabled them to classify various kinds of attachment in greater detail than hitherto possible. According to AINSWORTH and her colleagues, children could be divided into those with a secure, insecure, or an ambivalent pattern of behavior. In other research, MAIN and SOLOMON (1986) introduced a new category of attachment called disorganized attachment.

Childhood attachment relationships play an important role in the overall adjustment of the individual. A major reorganization of these relationships occurs during adolescence, with complementary parent-child attachments becoming more reciprocal as peer attachment increases in importance. Despite this shift, adolescents are willing to continue treating their parents as the major attachment figures, as "attachment figures in reserve" (WEISS, 1991). Some research, such as the Chestnut Lodge Study (FRITSCH & GOODRICH, 1990), also indicates that the quality of attachment influences the treatment process of hospitalized adolescents. According to this research, the formation of a workable, dependent attachment to the major figures in the hospital milieu is a variable associated with symptomatic improvement, and capacity or willingness to form attachment characterizes adolescents who make the most symptomatic progress.

Assessment of attachment poses several methodological problems and is therefore very difficult. First, such assessment is retrospective, except for the observation of children (the 'strange situation' referred to by AINSWORTH et al., 1978). Second, it is subjective. Nevertheless, several different questionnaires have been designed to assess aspects of attachment and to link actual parent-child relations to attachment in the past. For example, GEORGE, KAPLAN, and MAIN (1984) created the Attachment Adult Interview (AAI), which enables one to assess parental attitudes and link them to a type of attachment. With this instrument secure attachment was connected with an autonomous parental attitude, avoiding attachment was connected with a neglecting attitude, and ambivalent attachment was connected with an overprotecting attitude.

A second questionnaire, by PARKER et al. (1997), is The Parental Bonding Instrument (PBI), which measures how adolescents or adults perceive their relationships with parents. This questionnaire has received considerable attention in the literature and has been used to assess attachment in many different clinical groups, including ones consisting of persons exhibiting depression, schizophrenia, or borderline personality disorders (BACHAR, CANETTI, GALILEE-WEISTUB, KAPLAN-DENOUR, & SHALEV, 1998; CANETTI, BACHAR, GALILEE-

WEISSTUB, & DE-NOOR, 1997; FAVARETTO & TORRESANI, 1997; KENDLER, SHAM, & MACLEAN, 1997; KOOIMAN, SPINHOVEN, TRIJSBURG, & ROOIJMANS, 1998; MANASSIS, OWENS, ADAM, WEST, & SHELDON-KELLER, 1999; SORDELLI, FOSSATI, & DEVOTI, 1996; WIBORG & DAHL, 1997).

A third research questionnaire for assessing attachment is the EMBU (Egna Minnen Beträfande Uppfostran), which was developed by PERRIS, JACOBSSON, LINDSTROM, VON KNORRING, and PERRIS (1980) to assess memories of parental rearing behavior. The EMBU focuses on abuse, deprivation, punishment, shaming, rejection, overprotectiveness, over-involving, tolerance, performance-orientation, guilt engendering, stimulating, favoring siblings, favoring subject, and parental strictness. Two further instruments for assessing attachment are the Adolescent Attachment Questionnaire (WEST, ROSE, SPRENG, SHELDON-KELLER, & ADAM, 1998) and the Inventory of Parent and Peer Attachment (ARMSDEN & GREENBERG, 1987). The Adolescent Attachment Questionnaire is a self-report instrument that measures parents' availability, goal-partnership, and angry distress. The Inventory of Parent and Peer Attachment, which we used in our pilot research, is described in detail in the methods section below. Obviously, these instruments do not measure attachment in BOWLBY's sense. As already noted, such assessment is possible during observation of early parent-child interaction and in AINSWORTH's experimental situation. The questionnaires mentioned above measure either the current relationships with parents and peers or subjective evaluation of those relationships in the past. Those relationships partly derive from early attachment and enable the person to seek closeness and support, mostly in moments of fear, danger, and stress.

From BOWLBY on, researchers have conceived of attachment as having an important role in the overall adjustment of the individual. WEISS (1991) and BRETHERTON (1985) claim that early attachment continues in, and is reflected in, the organization of a perceptual-emotional system. To young people, according to HENDERSON (1977), the direct availability of the parent is no longer as important as faith in relationships that were or have been positive and that can be invoked in moments of stress.

During adolescence, when the foremost task is that of separation and individuation, ties with the parents are gradually relinquished and relations with peer become very important. Moreover, there is adequate research evidence that attachment plays an important role in the treatment process of hospitalized adolescents. The quality of that attachment, in the form of workable, dependent attachment to the major figures in the hospital, influence the patient's overall im-

provement. Attachment is therefore an especially valuable conceptual tool in understanding adolescent behavior where health and emotional disorders are concerned.

Drawing on BOWLBY's theory of attachment (1961, 1969/1982, 1980), we attempted an assessment of parental and peer attachment in different clinical groups of hospitalized adolescents and in a control group of adolescents who had never been treated psychiatrically. We hypothesized that parental and peer attachment would differentiate diagnostic subgroups—schizophrenia, anxiety disorder, eating disorder, and a control group—and that schizophrenic adolescent patients would have the lowest levels of attachment to parents and peers.

Method

Participants

We assessed the attachment of 142 patients who ranged in age from 14 to 22 years and who were hospitalized in the Department of Child and Adolescent Psychiatry at the Institute of Psychiatry and Neurology in Warsaw, Poland. We also assessed a control group of 34 persons of the same age group, who had never sought psychiatric or psychological help. Table 1 and table 2 report the characteristics of the clinical groups participating in the study.

Groups	Diagnosis	Number of participants	%	
			Clinical group	Total
Clinical group	Anxiety disorders	58	40.8	33
	Psychoses	35	24.6	19.9
	Eating disorders	49	34.5	27.8
Control group	—	34	—	19.3

Table 1: "Characteristics of the Participants"

Diagnosis	Family Situation					Total
	Married	Separated	Divorced	Death of a parent	Reconstructed	
Anxiety disorders	36	2	10	5	1	54
Psychoses	19	4	6	2	1	32
Eating disorders	37	4	5	–	–	46
Total	92	10	21	7	2	132

Table 2: "Family Situation of Patients in Each Clinical Subgroup"

Materials

To assess parental and peer attachment, we used the Inventory of Parent and Peer Attachment by ARMSDEN and GREENBERG (1987). It consists of two 5-point Likert scales ranging from '1' (strongly disapprove) to '5' (strongly approve). The first scale measured adolescent attachment to parents (28 items); the second measured adolescent attachment to peers (25 items). The questionnaire was translated from English into Polish, then back-translated and carefully revised. The items included such questions as: "My parents respect my feelings," "My parents sense when I am upset about something," "My friends understand me," and "I wish I had different friends." With the first scale, the authors of the questionnaire used factor analysis to differentiate three factors: trust (10 items), communication (10 items), and alienation (8 items). With the second scale, the same three factors were factor analyzed, but with a different number of items: trust (10), communication (8), and alienation (7).

Our own assessment of the reliability of the questionnaire revealed a Cronbach alfa of .77 (communication), .73 (trust), and .84 (alienation) for attachment to parents, and .84 (communication), .89 (trust), and .52 (alienation) for attachment to peers.

Procedure

The questionnaires were administered individually in writing, face to face, during the usual working hours (9 a.m. to 2 p.m.). To compare the mean levels of the test's three scales (communication, trust, and alienation) for parents and peers in each of the clinical groups and the control group, analysis of variance was used with a post-hoc LSD test.

Results

Attachment to Parents

Communication. The results for the three clinical groups participating in the study were not statistically different from each other or from the control group.

Trust. One-way analysis of variance revealed that the mean levels of trust exhibited by the anxiety-disorder group and eating-disorder group were significantly lower than those exhibited by the schizophrenia group and the control group, $F(3, 175) = 2.73, p < .05$ (see Table 3). The mean level of trust was highest in the control group.

	Mean level of trust
Anxiety disorders	31,43
Eating disorders	32,02
Psychosis	32,31
Control group	35,14

Table 3: "Attachment to parents: Trust measured by IPPA (ARMSDEN & GREENBERG, 1987)."

Alienation

The results of the anxiety-disorder group and the eating-disorder group were significantly higher— $F(3, 175) = 2.24, p < .05$ —than those of the patients diagnosed with schizophrenia (see Table 4).

	Mean level of alienation
Anxiety disorders	30,76
Eating disorders	30,61
Psychosis	26,69
Control group	29,26

Table 4: "Attachment to parents: Alienation measured by IPPA (ARMSDEN & GREENBERG, 1987)."

Attachment to Peers

Results of peer-attachment comparison between the three clinical groups as well as between them and the control group differ from the corresponding parent-attachment comparison just reported.

Communication

One-way analysis of variance with the post-hoc LSD test revealed the schizophrenia group to have a significantly lower mean level of communication than the two other clinical groups and, especially, the control group, $F(3, 175) = 2.24, p < .05$ (see Table 5).

	Mean level of communication
Anxiety disorders	33,31
Eating disorders	33,55
Psychosis	29,89
Control group	35,82

Table 5: "Attachment to peers: Communication measured by IPPA (ARMSDEN & GREENBERG, 1987)."

Trust

One-way analysis of variance with the post-hoc LSD test revealed the schizophrenia group to have a significantly lower mean level of trust than the eating-disorder group and the control group: $F(3, 175) = 4.57, p < .05$ (see Table 6).

	Mean level of trust
Anxiety disorders	31,98
Eating disorders	32,14
Psychosis	29,91
Control group	35,47

Table 6: "Attachment to peers: Trust measured by IPPA (ARMSDEN & GREENBERG, 1987)."

Alienation

One-way analysis of variance together with a post-hoc LSD test revealed the eating-disorder group and the schizophrenia group to have a significantly higher mean level of alienation than the anxiety-disorder group and the control group, $F(3, 175) = 2.36, p < .05$ (see Table 7).

	Mean level of alienation
Anxiety disorders	18,76
Eating disorders	19,55
Psychosis	19,94
Control group	17,0

Table 7: "Attachment to peers: Alienation measured by IPPA (ARMSDEN & GREENBERG, 1987)."

Statistical analysis (Chi-square test, one-factor analysis of variance with LSD post-hoc test) did not reveal differences between the patients' types of family situation (parents married, separated, divorced, or one or both parents deceased) in each diagnostic group and the mean results on each scale of the Inventory of Parent and Peer Attachment (ARMSDEN & GREENBERG, 1987).

Discussion and Conclusions

The original research hypothesis concerning the differences in the level of parent and peer attachment in the three clinical groups (schizophrenia, anxiety-disorder, and eating disorder) and the control group was supported by the results.

Despite the retrospective and subjective nature of this study, we are able to venture some tentative conclusions about the attachment to parents that was exhibited by different clinical groups of hospitalized adolescents, as measured by the Inventory of Parent and Peer Attachment. First, the group of patients diagnosed with schizophrenia was characterized by disturbed attachment to peers and normal attachment to parents. The result on attachment to parents was rather unexpected. Some explanation of these results is the fact that families of patients diagnosed with schizophrenia have been described (NAMYSŁOWSKA, 2000; DE BARBARO, 1999) as families with strong centripetal forces (STIERLIN, 1972) and strong tendencies to bind the patient in a symbiotic dyadic relation-

ship with his or her mother. This bond may be partly responsible for the separation problems observed among the patients diagnosed with schizophrenia. The present study may mirror these tendencies to some extent in the form of our results, which reveal that such patients show strong attachment to their parents. Similarly, the fact that these patients had the highest mean values on scales of peer attachment on the subscale of alienation) is consistent with what is known about the poor social and interpersonal skills of patients diagnosed with schizophrenia. It could be, however, that the low peer attachment on the trust scale is attributable to the psychotic process and a delusional attitude toward people.

The anxiety-disorder group and eating-disorder group were significantly different from the schizophrenic group and the control in the quality of their attachment to parents and peers. In matters of attachment to parents, the anxiety-disorder group had lower scores on the trust scale and higher scores on the alienation scale than the schizophrenic group and the control group did. As far as attachment to peers was concerned, the scores that the anxiety-disorder group had on trust and alienation were significantly different from those of the control group. The anxiety-disorder group's communication scores were similar to those of the control group and better than those of the schizophrenic group.

In the eating-disorder group, scores on the trust scale of attachment to parents were significantly lower than those of the control group, and scores on the alienation scale were similar to those of the schizophrenia group. They were statistically higher than in the schizophrenia group and higher (approaching statistical significance) than in the control group. The level of alienation from peers in the eating-disorder group was similar to that of the schizophrenia group.

In conclusion, the eating-disorder group is closer to the schizophrenia group than to the anxiety-disorder group as far as attachment to peers is concerned. This positioning may be partly due to the degree that adolescents with eating disorders concentrate on issues of eating, dieting, and self-esteem rather than on peer relationships.

This study marked the first use of the Inventory of Parent and Peer Attachment in Poland. It seems a promising instrument in the research of attachment, especially because it allows one to use the IPPA in clinical studies to compare groups of patients differing in diagnosis, outcome, and psychopathological symptoms and to assess them for three dimensions of attachment (communica-

tion, trust, and alienation). However, the word *attachment* in the title of the inventory may be misleading, for the instrument actually measures the subjective opinion that adolescents have about the quality of their relations with their parents and peers. The attachment theory by BOWLBY (1961, 1969/1982, 1980) clearly posits the idea that basic, infant attachment determines to some extent later relationships with significant others, but it would be an exaggeration to state that those relationships express attachment only. There are several important mediating variables that influence and shape the character of these relationships. Indeed, this circumstance is common to all questionnaires designed to measure 'attachment,' making research on attachment a methodologically difficult, but potentially rewarding and valuable, endeavor for many reasons.

Bindung zu Eltern und Gleichaltrigen bei stationär behandelten adoleszenten Patienten (Zusammenfassung)

Thomas Bihler

Ziel

Im Zusammenhang mit der Bindungstheorie von BOLBY, unternahmen die Autoren den Versuch, das Bindungsverhalten von jugendlichen, stationär behandelten Patienten gegenüber Eltern und Gleichaltrigen zu beurteilen.

Methode

132 Patienten einer psychiatrischen Klinik sowie 34 gesunde Jugendliche wurden mit dem Inventar von ARMSDEN und GREENBERG zur Darstellung der Bindung gegenüber Eltern und Gleichaltrigen beurteilt. Die Diagnosen der Patienten verteilten sich wie folgt: 54 hatten die Diagnose einer Angststörung. 32 litten an einer schizophrenen Störung und 46 an einer Essstörung.

Ergebnisse

Bei der Gruppe der schizophrenen Patienten war die Bindung zu Gleichaltrigen in den Dimensionen Kommunikation, Umgang mit Fremden und Vertrauen gestört, während sie gegenüber den Eltern unauffällig war. Bei den diagnostischen Untergruppen der Angst- und Essstörungen ähnelten sich die Ergebnisse. Bei beiden Gruppen war die Bindung, im Vergleich mit den gesunden Jugendlichen, zu Eltern und Gleichaltrigen gleichermaßen gestört. Es fand sich jedoch eine Ausnahme bei den essgestörten Patienten, bei denen der Grad der Störung des Umgangs mit Fremden ausgeprägter war, und damit der Gruppe der psychotischen Patienten ähnelte.

Schlussfolgerung

Bezüglich des Bindungsverhaltens gegenüber Eltern und Gleichaltrigen, findet sich bei der Gruppe der essgestörten Patienten eine größere Nähe zur Gruppe der schizophrenen Patienten als zu den Patienten mit Angststörungen.

References

- Ainsworth, M. D., Blehar, M. C., Water, E., & Wall, S. (1963). The development of infant-mother interaction among the Ganda. In B. M. Foss (Ed.), *Determinants of infant behavior: Vol. 2* (pp. 67–112). New York: Wiley.
- (1978). *Patterns of attachment: A psychological study of the Strange Situation*. Hillsdale, NH: Erlbaum.
- Armsden, G. C., & Greenberg, M. T. (1987). The inventory of parent and peer attachment: Individual differences and their relationship to psychological well-being in adolescence. *Journal of Youth and Adolescence*, 16, 427–453.
- Bachar, E., Canetti L., Galilee-Weisstub, E., Kaplan-DeNour, A., & Shalev, A. Y. (1998). Childhood vs. adolescence transition object attachment, and its relation to mental health and parental bonding. *Child Psychiatry and Human Development*, 28(3), 149–167.
- Bowlby, J. (1961). Processes of mourning. *International Journal of Psychoanalysis*, 42, 317–340.
- (1980). *Attachment and loss: Vol. 3. Loss: Sadness and depression*. New York: Basic Books.
- (1982). *Attachment and loss. Vol. 1: Attachment*. London: Hogarth Press. (Original work published 1969)
- Bretherton, I., Attachment theory: Retrospect and prospect. (1985). In I. Bretherton & E. Waters (Eds.), *Growing points in attachment theory and research*. Monograph of the Society for Research in Child Development, Vol. 50 (pp. 3–35), Serial No. 209.
- Canetti, L., Bachar, E., Galili-Weisstub, E., De-Nour, A. K., & Shalev, A. Y. (1997). Parental bonding and mental health in adolescence. *Adolescence*, 32(126), 381–394.
- Carlson, E. A. (1998). A prospective longitudinal study of disorganized/disorientated attachment. *Child*

- Development*, 69, 1107–1128.
- de Barbaro B. (Ed.). (1999). *Schizofrenia w rodzinie*. Krakow: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Favaretto, E., & Torresani, S. (1997). Parental bonding as a predictive factor for the development of adult psychiatric disorders. *Epidemiologia e psichiatria sociale*, 6(2), 124–138.
- Fritsch, R. C., & Goodrich, W. (1990). Adolescent inpatient attachment as treatment process. In: *Proceedings of the Chestnut Lodge symposium on the treatment of adolescent patients* (pp. 246–263). Chicago: University of Chicago.
- George, C., Kaplan, N., & Main, M. (1984). Adult attachment interview protocol. University of California at Berkeley. (Unpublished manuscript)
- Henderson, S. (1977). The social network, support, and neuroses: The function of attachment in adult life. *British Journal of Psychiatry*, 131, 185–191.
- Kendler, K. S., Sham, P. C., & MacLean, C. J. (1997). The determinants of parenting: An epidemiological, multi-informant, retrospective study. *Psychological Medicine*, 27, 549–563.
- Kooiman, C. G., Spinhoven, P., Trijsburg, R. W., & Rooijmans, H. G. (1998). Perceived parental attitude, alexithymia and defense style in psychiatric outpatients. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 67(2), 81–87.
- Main, M., & Solomon, J. (1986). Discovery of a new insecure-disorganised/disorientated attachment pattern. In M. Yokgamn & T. B. Brazelton (Eds.), *Affective development in infancy* (pp. 95–124). Ablex: Norwood.
- Manassis, K., Owens, M., Adam, K. S., West, M., & Sheldon-Keller, A. E. (1999). Assessing attachment: Convergent validity of the adult attachment interview and the parental bonding instrument. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 33(4), 559–567.
- Moss, E., Parent, S., Gosselin, C., Rousseau, D., & St. Laurent, D. (1996). Attachment and teacher—Reported behaviour problems during the pre-school and early school-age period. *Developmental Psychopathology*, 8, 511–526.
- Namysłowska, I. (2000). *Terapia Rodzin*. Warsaw: Wydawnictwo Instytutu Psychiatrii i Neurologii.
- Parker, G., Gladstone, G., Wilhelm, K., Mitchell, P., Hadzi-Pavlovic, D., & Austin, M. P. (1997). Dysfunctional parenting: Over-representation in non-melancholic depression and capacity of such specificity to refine sub-typing depression measures. *Psychiatry Research*, 73(1–2, November 14), 57–71.
- Parker, G., Roussos, J., Hadzi-Pavlovic, D., Mitchell, P., Wilhelm, K., & Austin, M. P. (1997). The development of refined measure of dysfunctional parenting and assessment of its relevance in patients with affective disorders. *Psychological Medicine*, 27, 1193–1203.
- Perris, C., Jacobsson, L., Lindstrom, H., von Knorring, L., & Perris, H. (1980). Development of a new inventory for assessing memories of parental rearing behaviour. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 61, 265–274.
- Sordelli, A., Fossati, A., Devoti, R. M., & La-viola, S. (1996). Perceived parental bonding in anorectic and bulimic patients. *Psychopathology*, 29: 64–70.
- Sroufe, L. A., Carlson, E. A., Levy, A. K., & Egeland, B. (1999). Implications of attachment theory for developmental psychopathology. *Development and Psychopathology*, 11, 1–13.
- Stierlin, H. (1972). *Separating parents and adolescents*. New York: Quadrangle.
- Van Ijzendoorn, M. H., Schuengel, C., & Bakermans-Kranenburg, M. J. (1999). Disorganised attachment in early childhood: Meta-analysis of precursors, concomitants and sequelae. *Developmental Psychopathology*, 11, 225–249.
- Weiss, R. S. (1991). The attachment bond in childhood and adulthood. In C. Parks, P. Marris, & J. Stenvenson-Hinde (Eds.), *Attachment across the life cycle* (pp. 66–76). New York: Routledge.

- West, M., Rose, M. S., Spreng, S., Sheldon-Keller, A., & Adam, K. (1998). Adolescent Attachment Questionnaire: A Brief Assessment of Attachment in Adolescence. *Journal of Youth and Adolescence*, 27, 661–673.
- Wiborg, I. M., Dahl, A. A. (1997). The recollection of parental rearing styles in patients with panic disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 96, 58–63.

Authors' Info

Irena Namysłowska, MD, Professor of Psychiatry
Cezary Żechowski, MD, Assistant Professor of Psychiatry
Katarzyna Bażyńska, MD
Anna Siewierska, psychologist
Antoni Jakubczyk, MD, Assistant Professor of Psychiatry

Authors' Contact

Department of Child and Adolescent Psychiatry
Institute of Psychiatry and Neurology
Professor Irena Namysłowska, MD,
u. Sobieskiego 9
PL 02-957 Warsaw
Poland
Tel +48 - 22 - 642 1272
Email: namyslow@ipin.edu.pl

Experiences with Trauma-therapeutic Stabilizing Techniques in the Treatment Concept of the Dynamic-Psychiatric Clinic Mengerschwaike

Gerhard Wolfrum (Munich)

This paper describes first experiences with a group of traumatized female patients in the Mengerschwaike hospital. Target of this group was affect-stabilization working with techniques of imagination and a psychoeducative introduction about the brain related processing of informations under traumatic conditions, a clarification of typical trauma symptoms as well as the typical subsequent process of corresponding comorbidity symptoms. Techniques of eidetic imagination were mediated, which are proved to be helpful for traumatized patients. This training essentially should help strengthening the feeling of safety and tranquility, improvement of affect control, and distance regulation as well as stimulation of inner growth and stabilization of the autonomic nervous system.

Exercises were offered in a protected closed group and an attachment related support by the leading therapist with special consideration for the high need of control for these patients. By means of imaginative and eidetic forces there will be something created by phantasy, which was destroyed in reality. Problems of transference, group coherence and the importance of the therapist's role are discussed.

All group members were continuously examined by psychological tests for dissociative symptoms. Comments of patients with typical trauma related symptoms are exemplarily referred and so the benefit of the training can be seen.

Between 2003 and 2005 the Mengerschwaike Clinic was offering a stabilizing group for female patients with symptoms of the posttraumatic stress disorder. This group was offered once a week and served approximately six to twelve patients at a time. It was only open to female patients and has been visited by about ninety patients in sum over the two years. Male patients were excluded, so female patients with posttraumatic disorders, mainly caused by sexual violence, could be provided with a safe place as good as possible. Most techniques offered are modified form those which have first been introduced in German speaking countries by J. ACHTERBERG (1985), later then especially by REDDEMANN and SACHSSE (1997), but also by Lutz-Ulrich BESSER (1997/ 2001), Luise REDDEMANN (2001), Michaela HUBER (2003) as well as Ulrich SACHSSE (2004). These treatment modalities have for the most part been drawn from shamanistic techniques.

Admission criteria for this group were either recommendations of leading or head psychiatrists or results of the case conference or results of the patient's therapeutic process. Before a patient was allowed to join the group, a diagnostic interview was conducted. Aspects like a possible severe depression, suicidal tendencies, heavy drug addiction ('inner helpers' can incite drinking of alcohol!), as well as the possibility of a schizophrenic disorder were checked. Using results of the 'ISTA' ('ego-structure-test after AMMON,' AMMON et al. 1998), the current psychological level of development was examined.

An attempt was made to screen the type of trauma as well as the situational trauma dynamics. During this exploration the triggering of the trauma schema (FISCHER & RIEDESSER 1999), as well as the perception and activity schema which has been activated during the traumatic situation and is at the same time interrupted, needs to be avoided by all means. Furthermore an exploration was attempted in order to find out more about the trauma compensating mechanisms which have been active in the patient in the past for coping with extreme distress and the ever present threat of affective flooding. The techniques offered are not meant to install new behavioural routines, but should strengthen already present tendencies of self-healing, facilitate the affective self-regulation of the patient and therewith enable her to develop better capabilities in contacting other people, standing up for ones own desires and needs, for capability for confrontations and discussions as well as in relationships in general.

In a psycho-educational manner the foundations of stress management and brain physiology, as well as the physiology of sleep and dreaming were conveyed to the patients. As many of them are suffering from horrible nightmares and severe problems falling asleep and getting a good night's rest, this many times already provides a certain relief and often for the first time the patients gained insight into the workings of their symptomatology. It has proven to be especially relieving to mention the principle of normality (FISCHER 2000), to explain, that it is not the patient who is abnormal or crazy, but that the circumstances and traumatizing situations in her life were anything but normal, that there was no way of escape and therefore no possibility of coping differently had been possible.

Using examples physiological processes and the way stimuli are handled by the brain under stressful circumstances were explained: Especially the 'fire alarm function' of the amygdala region with its extremely short circuits connecting with the motor regions of the brain stem with its corresponding impulses of fight or flight, contrary to the much longer information processing of the

visual cortex, the hippocampus region and other regions of memory, where the incoming information is being compared with already available information from the individual's past, were explained (LEDoux 1998). An animated screen production from the laboratory of Joseph LEDoux has been found very helpful in explaining these processes and is for the most part immediately understood by almost all of our patients.

All patients were asked to fill out two questionnaires, in order to be sure about the trauma diagnosis and to find out about possible current dissociative symptomatology (FDS, SDQ-20). In the majority of cases these questionnaires were readily filled out. It was found, that approximately 70–80% of our patients show dissociative symptomatology, like amnesias, phenomena of derealisation and de-personalisation or marked somatoform dissociative tendencies. Here the Dutch SDQ-20 (NIJENHUIS et al. 1996) has been found to be the best for predicting threats to the body identity under the influence of physical and sexual violence which has been experienced in the patient's childhood.

A very important criterion for taking part in the group, as well as for the participation to be an effective one, is the question of recurring contact with the abuser. It has been found that patients often remain in touch with their abuser, with this fact remaining unnoticed for long stretches of time. A strong loyalty conflict in the sense of 'blood is thicker than therapy' hinders the individual to break away from her abuser and to reveal the destructive situation that she is in. The patient instead remains attached to the abuser and has the urge to tell the abuser all about progress in therapy. If this problem continues to be undiscovered, the therapist will begin wondering about the fact that the treatment remains ineffective, till one day it comes to light, that the patient has all the time been meeting her abuser in secret or that she is continuously receiving mysterious phone calls and messages.

The actual stabilizing sessions, which are indeed only part of a variety of possible treatment modalities which should help the patient to stabilize, are meant to function as 'transitional objects'. These sessions are conducted once a week and must necessarily provide a safe place for the individual. No interference from the outside is allowed, no one should be allowed to open the door all of the sudden, just to see what is happening in there. The telephone should not be ringing and pagers should be turned off during this time. The room and the situation should provide as much as possible a place of safety without any disturbing intrusion from the outside, so that the patients can give themselves fully to their perception of what is happening inside of them. To ensure this

safe haven free of intrusion from the outside has at first been an extremely difficult task in the often times energetically hyper atmosphere within the clinic. Missing boundaries have often lead to problems and many of our patients were at first very unaccustomed to this kind of intrusion-free safety. It did not take long though, till these conditions were very welcome. Many of the patients began to realize quickly, how much they were actually missing safe places, to which they could allow themselves to withdraw, a place where it would not only be possible to be undisturbed, but also possible to be in control of their environment, at least momentarily.

This aspect of control is not to be underestimated in the treatment of such patients, as they have experienced at least one situation in their life if not many more, when they had absolutely no control over the situation that they found themselves in, no control whatsoever over their body and its integrity, no control over the fact whether they would survive or not and therefore have lived through situations in which the level of stress experienced has been overwhelming and toxic. The desire for being in control is to be highly respected in the work with trauma patients. For this reason we tried to establish a certain continuity and coherence in the group, yet the individual could decide at any time to get up and leave the session, if she felt that her ability to keep up her personal boundaries is too weakened in order to be able to open up to her inner happenings, or that she felt, that through internal or external stimuli unbearable memories are being triggered.

Next to elements like mindfulness (REDDEMANN 2001), for which exercises are geared towards finding a comfortable and convenient body posture, the feeling of the body being in touch with the ground or the chair and towards an increased perception of the boundaries of the body, the focus is also on the ability of the patient to relax. This ability is for most of these patients not a given fact at all, as it reminds the individual of the loss of control in the past which many a time meant that personal boundaries were traumatically trespassed upon and the situations often became life threatening. For this reason patients were told to relax as much as feels comfortable and if needed, to tense up a part of their body, so that the sense of loosing control is being avoided. We also find it very important to clarify that these exercises have nothing in common with a trance or with hypnosis, that on the contrary the individual always retains full control over what is going on and that if need be, the exercises can be stopped by the patient at any given time using a hand signal. It has also proven helpful for the patient to concentrate on her breathing for a moment, a

steady breathing in and breathing out connected with the thought that breathing out will increasingly bring more freedom and relaxation and with the taking in of breath the individual will deepen being in touch with their inner strength and resources.

After this inducing of relaxation, which needs to be kept shorter, the more unstable the patients are, the actual active imagination work will take place. These imagination techniques are on one hand based on ancient shamanistic practices, on the other hand, they are often found during the childhood of traumatized people, who needed to 'dream themselves away' from the threatening situation they were in, but never dared to talk about any of it. This kind of imagination is even found in children's story books, for example the one about 'Frederic' (LIONNI 1976) the mouse, who would gather rays of sunshine, colours and words to live through a grey and dark winter time.

These imagination techniques and their effectiveness are also supported by modern brain research, which shows not only that the brain is mainly thinking in 'pictures', but also that it cannot really differentiate between reality and imagination. WALDVOGEL (2003) is in this respect talking about a 'functional equivalence of the imaginations and external perceptions', something which most clearly is demonstrated by dreams and nightmares, where the demarcation to reality is given only upon waking up. Furthermore dissociation research has shown that the brain through sensorial impressions and stimuli can be put into specific 'states', that is states of experience with all their corresponding physiological reactions (HÜTHER 1997, JANET 1889, KAPFHAMMER 2001, PANKSEPP 1998, ROTH 2001, SPITZER. 1996, VAN DER KOLK et al. 2000).

If then this 'power of inner pictures' is able to trigger the brain in specific ways and the power of terrible pictures from the past are able to trigger flashbacks, that is to call up state-dependant-memories and therewith the old terrible states of experience, then the brain should in the same way be able to react to positive pictures. A very simple exercise, which for most people is quite revealing, will demonstrate this process that is the 'lemon exercise'.

One should also remember C. G. JUNG, who already in the year of 1935 described the method of 'active imagination', a kind of dreaming with eyes open, or Arnold LAZARUS who states: "If you would like to achieve something in the reality of your life, you should first experience that which you would like to achieve, in your imagination" (LAZARUS 1993). And even the forefather of psychoanalysis Sigmund FREUD as early as 1912 talked about this fact in his work 'The Dynamics of Transference' (FREUD 1912). The ancient Buddhist

tactic of “exchanging bad thoughts for good ones”, was already known to Baruch SPINOZA, when he was writing: “An affect can only be inhibited or nullified by another affect which is opposite to the original one and is stronger than the same” (DAMASIO 2003). The famous brain researcher DAMASIO has termed this the ‘SPINOZA Effect’. Stefan KLEIN did, with his ‘formula for happiness’, (2002) build a bridge to modern brain research.

It has also been found that the majority of traumatized people have a much higher quality of eidetic imagery. Most likely this is due to a combination of hypermnasias and dissociative coping mechanisms. Pierre JANET in 1904 has already made mention of this fact and talked about an ‘error of transmission’ between the different representational levels of the memory, the significant discovery that traumatic experiences, which can not be expressed in words, manifest themselves as images, as physiological reactions and through the behaviour of the individual. The ‘unspeakable terror’ which is a result of the trauma, evades higher cognitive organisational structures, yet leaves its traces in the elementary, semiotic, lower representational levels, according to the ‘trauma schema’, the characteristical interruption of perception and activity schema (FISCHER & RIEDESSER 1999).

Accordingly in practice one can almost in every case notice with a certain amazement, how detailed trauma patients are able to see inner images and are able to just step into these inner films and happenings as if they would experience all this live in the here and now. This is a special ability which can most likely be explained as a pre-conscious coping mechanism in the sense of self-defence mechanism in combination with special physiological processes. This particular aspect in traumatized people has already been pointed out in American research by Colin ROSS (1997) and Richard P. KLUFT (1995). In German speaking countries this fact has been mentioned by KAPFFHAMMER (2004) in his paper ‘Dissociation and Memory as a Result of Neurobiologically Describable Processes’ as well as by the Dutch group around Onno VAN DER HART and Ellert NIJENHUIS (2004). One should also not forget that Abram KARDINER (1941) of the Menninger Foundation has already talked about the ‘traumatic neurosis’ which he called a ‘physioneurosis’.

A further basic idea in the stabilizing treatment of traumatized patients with the help of imagination techniques, lies in the concept that in severely and complex traumatized people, which is who we mostly deal with in a clinical environment, both the outer as well as the inner regions of safety are for the most part destroyed. This means, that in these patients there is nothing to be

found like basic trust, trust in themselves and their own self-regulatory abilities, much less the ability to trust other people or to depend upon and rely on them, in most cases both their world view as well as their self-image is largely destroyed (HOROWITZ 1976; FISCHER & RIEDESSER 1999).

This fact cannot be emphasized highly enough. Thus the desire for keeping in control that these patients display and which needs to be respected, also finds its explanation. Traumatized individuals, similar to psychotic patients, live in a permanent inner state of alarm in order to at any time be ready for fight or flight, if they have not instead already withdrawn into 'freezing' or into an attitude of utter submission.

Therefore these patients should in the beginning be helped to find 'the good' less in their therapist, but rather within themselves. It is important that security and the possibility to let go, to be free of impending danger and therefore the possibility to get out of this physiological state of hyperarousal and hypervigilance, can be found within themselves, although this ability definitely needs to be developed under the protection of a holding, attachment oriented relationship to the therapist who is conducting the group in the sense of a central figure.

In all this, the importance of keeping a close eye on transference and counter transference processes needs to be pointed out. The work of stabilizing trauma patients simply cannot be done when the patient has developed a negative transference or the therapist is battling (corresponding) negative counter transference feelings. On the contrary, this can turn into a rather precarious and dangerous situation, as it constitutes a re-traumatization and will re-inforce the symptomatology (FISCHER 1999, 2000; ZUREK & FISCHER 2003), this fact is very often underestimated and not taken into account enough.

Working with guided affective imagery or hypnotherapeutic techniques can help the patient to gradually develop a positive inner (self) object, that is to find (or re-gain) a positive object representation within herself, to establish and expand the same and to learn to let the regulating self-functions unfold within an inner imaginary place. To strengthen this development, the exercise of going to an 'inner safe place' is the one most suitable. During this exercise, the patient looks for a place within herself which has firm boundaries, a place of maximum security, which can facilitate wellbeing and relaxation. This inner place needs to be changed and re-structured till it meets all criteria of safety, security and wellbeing for the patient. For this reason in the initial phase there is no human being allowed in this safe place, at the most 'inner self-helpers'

will be permitted to be there. These inner self-helpers many times show up in form fairies or other guarding figures, animals which provide safety and security are common, sometimes these animals are even able to talk. This is exactly what some children have in their distress developed quite early in life, without ever telling anyone about it, in order not to be branded as crazy or schizophrenic.

A 34-year old female patient presenting with depressive and obsessive-compulsive symptomatology (ICD F 60.5, F 33.2) as well as recurring experiences of severe abuse by her father put it this way: "Especially suitable I found the exercises which refer to real incidents, when dealing with sorting the good from the bad. Then I am able to pick out the positive and imagine myself to be there. This is what helps. Also for me these exercises are fun, they are something pleasant. Mostly I look forward to them. I love to invent images and inner places; it strengthens my trust in my own imagination. To know that at any time I can just imagine anything I like, it's like magic, it's a wonderful place to withdraw to, when I need it, just like a playground."

A 40-year old Borderline patient, who presents mainly with the symptoms of a complex posttraumatic stress disorder (F 43.1; DESNOS), describes this in a similar way: "At first I couldn't do this at all, then after a while it began to work. I could get fairies to be with me as inner self-helpers and protecting figures and hide with them securely in a wardrobe. Then only I realized that at Christmas time I actually had been doing exactly that. I had been very afraid and hid myself in a wardrobe. And when I think about it, that it is possible to just disappear into another world, it feels like sleeping while being awake. I am able to recover a bit, like a short time out ... especially this 'inner safe place' I can get to it very quickly now ..."

Experience has proven that it takes quite a bit of 'self experience' with these imagination techniques in order to get a feel for which kind of possibilities these techniques offer and to develop a clear and precise conceptual way of handling these modalities. Only then will the therapist be able to fill the role of the group leader and instructor in an empathic way. In the exercises 'Inner safe place' as well as with the 'Inner self-helpers' the idea is that of establishing inner security, safety and quietness. The patient will be learning to get in touch only with positive inner objects instead of real objects and people. This will eventually lead to establishing boundaries and a distinction between good and evil. Ulrich SACHSSE, one of the trauma therapists, who has gained a lot of experience working with traumatized people, probably more than anyone else,

recommends especially in working with borderline patients, to handle the tendency to split in a positive reinforcing manner: "Do your splitting even better, do it even more thoroughly!" Splitting therefore will not be declared to be a problem, but rather will be used as a resource. The ability to split and to dissociate will, as Milton ERICKSON puts it, be 'utilized', but in the inner world of the individual only (SACHSSE 2004).

Only when these patients have learned to draw this line, thus establishing new boundaries, when they in their imagination are able to create safe places for them, only then they—possibly for the first time—are able to depend more upon themselves. They will discover, that there is not only something like an inner compass, which slowly but surely they will find to be something they can hold onto, but also they will discover that in the sense of a stabilizing of their own self, there is control to be gained over their own inner states. Then in everyday life traumatic flooding and the loss of control, which can be re-traumatizing, will be occurring less. What follows is, that more and more connecting with other people will become a new possibility and the isolation that they had opted for out of necessity, will be broken down.

A 49-year old female patient, who had suffered severe mobbing, put it this way: "I do not stick to your [the therapist's] instructions, I keep in touch with my own stuff and am realizing, that in spite of your instructions I can remain centred. There is more quietness for me in this, but I stay awake and indeed want to stay awake and watchful. My way of relaxing lies in the watchfulness, that is where I find safety."

For the establishing of an inner demarcation, exercises can be chosen, which enhance the ability for affective control, bring emotional relief and a certain distance to traumatic material: Especially the 'safe deposited exercise', in which it is not repression that is aimed for, but rather an active 'putting away' of the traumatically intrusive material, then there is also the 'remote control' and the exercise 'dropping baggage'. Since these exercises already entail connecting to traumatic material, they are difficult to handle in the work with severely traumatized patients, like the ones which are in treatment in the clinic. Often over long stretches of time it is not possible to use these kind of exercises at all, as the possibility of triggering dangerous memories is far too great. These exercises will at the most be chosen in individual therapy, but cannot be used in the context of the group.

Less problematic we have found growth oriented exercises as the 'tree exercise' or the 'inner garden exercise'. In the inner garden exercise the individual

goes to an 'inner safe place', an imaginary piece of land of any desired size, where she will then plant trees or plants which are then made to grow. In the 'tree exercise' the individual in an imaginary countryside which is felt to be pleasing, will go to a tree and will assimilate the tree's strength and power through its roots in the ground, through the branches, twigs and leaves of the tree and from the light and the sunshine. Especially well liked is the 'streaming light exercise' in which healing, soothing light energy, with an individually chosen range of colours and intensity of light, will flow through the entire body and will usually have a positive impact upon the vegetative nervous system as well as upon negative physiological states. This exercise helps the patient to reduce the usually permanent vegetative hyperarousal and to move the balance of the vegetative nervous system away from the sympathicus further towards the parasympathicus (SERVAN-SCHREIBER 2004).

Mrs. B, a 44-year old borderline patient (F 60.31), who has begun therapy only a short while ago is presenting a variety of trauma related symptoms which correspond to a complex posttraumatic stress disorder (43.1, DESNOS) commented on that: "The exercises do not always work, but they do help me to become more quiet. The 'trip through the body' (talking about the 'streaming light exercise') helps me to relax. It also helps in the evenings when I want to go to sleep. My favourite colour helps against the tenseness in various parts of my body, especially in the area of the neck and shoulders and works when I have migraine headaches. I discovered for myself, that this works better then massages."

Very essential and important in all these exercises is a step by step guidance without placing excessive demands on the patients, as well as initiating the opening up of various perceptual channels, as for example can be done in the exercise 'inner safe place' or 'inner garden'. When the patient did find this place in her imagination and if this corresponds with her criterion of safety, the therapist will suggest, that she should use the visual channel to "look around to watch everything she may there". The following will be the auditory channel with the question 'what can you hear there', and finally a question along olfactory and gustatory lines, with questions like 'what can you feel on your skin' or how belly and head feel like and what breathing feels like.

Brain research has shown that this conscious generating of impressions is more a left hemispherical activity, while traumatic flooding is known to be taking place in the right brain hemisphere and mostly remains locked up in this area of the brain. Under traumatic conditions, Michaela HUBER calls this 'trau-

matic forceps', because of an overload of the areas which are responsible for processing stress, there will be a resulting fragmentation of the incoming sensorial input combined with an interruption of the synergism between the right and the left brain hemisphere. Trauma related stressful information will therefore often not even reach the hippocampus system, the archive of our brain, nor will it reach Broca's area, the left hemispherical speech and language centre. There goes the saying of 'speechless terror' for exactly this reason. Brain physiologically this corresponds to a 'getting stuck' in the implicit trauma memory, the memory system, which begins to work the earliest in life (from the seventh intrauterine week on!) and is associated the closest with the amygdala system. This means, that the synthesis of all of our information processing systems, which under normal conditions is working at every moment of our lives, will not take place under toxic conditions of stress.

The generating of left hemispheric activity in stabilizing techniques, however, only makes sense, if the patients are at the same time, once they have established for themselves conditions of wellbeing and security, invited to perceive very carefully, how their body feels when they are in this safe place. Thus they will allow for a connection to right hemispherical processing and the synergism between both brain hemispheres is strengthened without them talking about it. A further reinforcement for this experience will be to agree on a sign, a gesture, which will be then be used. This will lead to a further anchoring of the experience. Corresponding with the good ability many people who are quite familiar with autogenic training have, this can also be understood as helpful conditioning.

Finally these techniques need to be practiced, as they should become part of the procedural memory, the memory system in the brain which is responsible for automatic processes like for example cycling, putting on a neck tie or playing the piano. Accordingly patience is needed, something which many of these severely traumatized individuals do naturally not have, as the principle of hope has long been eradicated for them. Experience has shown that one should not give up all too easily. Rather individual sessions should be offered in which imaginations and inner pictures will come to light, for which the patient feels ashamed and which she will hold back out of fear to be looked upon as crazy.

Experience has also shown, that these patients find the mutual contact within the group context important indeed, even if every one of them is doing the exercise by herself and the outcomes often vary quite a bit, if the patients are ready to talk about their experiences within the group, which is, however, not

an obligation but will often times be made use of. Patients with severe anxieties and problems to venture into uncharted territory can be encouraged by the others and occasionally it will help them to let go of their feelings of shame. All in all, they seem to consider themselves as 'all in one boat' and encourage and advise one another and even when the going gets tough they will not let each other down.

Practicing imagination techniques is not only important as described above in order to achieve a building up and strengthening of inner trust and security as well as for the strengthening of the ability for self-regulation, but becomes all the more important when it comes to the exposing of traumatic material.

It is then the latest that self-regulation techniques need to be functioning well. The patient needs to be able to get herself into a state of safety, security and affective calming down, otherwise a confrontation with traumatic material is irresponsible, leads to re-traumatization and is therefore contra-indicated. Only when the patient is able to self-regulate her affects, can she expose herself to traumatic material. It will physiologically then be a going back and forth, an oscillating between confrontation, with its corresponding threat of being flooded, and self-calming and relaxation on the other. Thus, for the first time the patient will have the opportunity to experience that she will, in her re-living earlier horror scenes and painful images which used to be accompanied by being emotionally flooded, gain control over this process and therewith also control over her emotional reactions, an experience which usually is very encouraging to the individual, raising hope and bringing the assurance that one need not be at the mercy of the past and its memories, but that the past can now indeed become past.

In closing, I would like to point out once more, that these stabilizing techniques are mainly meant for self-calming. They are very similar to what normally is happening in the relationship between a mother and her securely attached baby, that is in direct contact between them: The mother as 'secure emotional haven' in the sense of BOWLBY (1975), functions as an orientation for the baby, who is yet without boundaries and being flooded by a variety of different emotional experiences in a world which is far too large in order to be manageable for the child. She needs to, by her presence and by being attuned to the needs, current disposition and the affective states of the baby, be able to put an end to these negative affective states and be able to provide release from negative experience as soon as possible. This will be the easier the better the mother is attuned to her child and recognizes its needs, reacting promptly. The

other way round, a child will choose as main attachment figure the person who is most available and who is able to put an end to negative affective states the best. Since the majority of patients are neither securely attached nor have they been spared from traumatic life experiences, but mostly rather have been traumatized very early in life, one can only hope that the practicing of these stabilizing techniques will facilitate a subsequent establishing of attachment security and therewith possibly also help towards more autonomy and less affective flooding and last but not least facilitate a strengthening of the ability to be connected to self, others and to groups. Because only then will the trauma patient be in a relational context be able to connect, stand up for own desires and needs and be able to make good use of the treatment offered in that the social energetic field can be utilized for further establishing of inner self-structure. This brings up the question how valuable these kind of exercises are in the treatment of traumatized patients and how these techniques can be integrated into a mostly group oriented treatment concept, in which the work is not eclectic but the different treatment modalities are integrated and are building one on the other, being intertwined and thereby facilitate the process of healing and growth in the patient.

All these are questions which will need to be further discussed, just like the question of any possible far reaching effects of these imaginative techniques, or the question whether creativity and the ability to dream are enhanced by these exercises or whether the ability of the patients to benefit from groups will indeed be strengthened this way, or even just made possible at all. But also the question of an 'only positive transference' and attachment to the guiding therapist within an 'exclusively positive atmosphere' within the group which is aimed for, is left to further discussion. And finally also the question, why some patients do not profit from this kind of treatment at all, as well as how men would respond to being offered a group like this.

In conclusion here the words of a 40-year old patient; "The imagination exercises are helpful to me, even if they only expose my deficits. I know then, what I should be working on. Or the exercises establish connections and I will know where to go to, then it's like a dream Until now there were only images of later times in my life, never of my childhood. But today I have tried to imagine how it was when I was sitting on my father's shoulders when he ran down the hill, before he and I fell down ... Through these exercises, connections show up or something pops up all of the sudden, which I had long forgotten."

Erfahrungen mit traumatherapeutischen Stabilisierungstechniken im Behandlungskonzept der Dynamisch-Psychiatrischen Klinik Mengerschwaike

Gerhard Wolfrum (München)

In der Klinik Mengerschwaike wurde zwischen 2003 und 2005 eine traumaspezifische Stabilisierungsgruppe angeboten, die allen Patientinnen mit Traumafolgestörungen offen stand. Diese einmal wöchentlich tagende Gruppe von durchschnittlich sechs bis zwölf Teilnehmerinnen wurde nur weiblichen Patientinnen angeboten und von insgesamt etwa 90 Teilnehmerinnen genutzt. Eine gemischt-geschlechtliche Behandlung wurde vermieden, um Patientinnen mit Traumafolgestörungen überwiegend aus dem Bereich sexualisierter Gewalt einen größtmöglichen Schutzraum zu bieten. Bei den angebotenen Verfahren handelte es sich um die Modifikation von Übungen, wie sie im deutschsprachigen Raum erstmals von J. ACHTERBERG (1985) publik gemacht wurden, dann vor allem von REDDEMANN und SACHSSE (1997), aber auch von Lutz-Ulrich BESSER (1997/2001), Luise REDDEMANN (2001), Michaela HUBER (2003) und Ullrich SACHSSE (2004) – Übungen, die ursprünglich schamanistischen Techniken entsprachen.

Auswahl- und Aufnahmekriterium für die Teilnahme waren Empfehlungen der behandelnden Ärzte sowie Erkenntnisse der Fallkonferenz oder aus laufenden Einzeltherapien. Vor Zulassung zur Stabilisierungsgruppe fand mit jeder Patientin ein diagnostisches Gespräch statt. Hier wurden die Kontraindikationen schwerer Depression, Suizidalität, schwerer Suchtproblematik sowie das Vorliegen einer psychotischen Erkrankung aus dem schizophrenen Formenkreis überprüft. Es wurde ferner anhand der Testergebnisse des Ich-Struktur-Tests nach AMMON (ISTA, AMMON et al. 1998) der momentane psychische Entwicklungsstand überprüft und sodann versucht, zumindest screeningartig die Art der Traumatisierung und die situative Traumdynamik herauszufinden. Ein 'Antriggern' des Traumaschemas (FISCHER u. RIEDESSER 1999) – also des in der traumatischen Situation aktivierten und gleichzeitig unterbrochenen Wahrnehmungs- bzw. Handlungsschemas – durch die Exploration musste dabei unbedingt vermieden werden. Ebenso wurde versucht, zu eruieren, welche trauma-kompensatorischen Mechanismen bei den Einzelnen bislang wirksam waren, um Situationen extremer Not und drohender affektiver Überflutung

zu bewältigen. Die vorgestellten Übungsverfahren wurden nicht angeboten, um neue Verhaltensroutinen aufzubauen, sondern um vorhandene Selbstheilungstendenzen zu stärken, mehr affektive Selbstregulation zu ermöglichen und damit die Entwicklung von Kontakt-, Auseinandersetzungs- und Beziehungsfähigkeit zu unterstützen.

Durch Psychoedukation wurden Grundlagen der Stressverarbeitung und Hirnphysiologie und oft auch der Physiologie des Schlafens und Träumens vermittelt, was angesichts massiver Albträume sowie erheblicher Einschlaf- und Durchschlafschwierigkeiten oft bereits zu einer gewissen Entlastung der Patientin und – oft erstmalig – einem Verständnis der Symptomatik führte. Als besonders entlastend erwies es sich hier, auf das Normalitätsprinzip (FISCHER 2000) hinzuweisen und den Betroffenen klar zu machen, dass nicht sie verrückt, sondern dass die Lebensumstände und die traumatogenen Situationen verrückt waren, und dass es kein Entkommen aus der traumatischen Situation und damit keine Bewältigungsmöglichkeiten gegeben hatte.

Anhand von Beispielen wurden die physiologischen und Reizverarbeitungsabläufe des Gehirns unter traumatischen Stressbedingungen dargestellt: Vor allem die ‘Feuermelder-Funktion’ der Mandelkern-Region (Amygdala) mit den extrem kurzen Schaltkreisen hin zu den motorischen Zentren im Stammhirn mit den entsprechenden Impulsen von Kampf oder Flucht – im Gegensatz zum ‘viel längeren’ und potenziell tödlichen Informations-Verarbeitungsweg über den visuellen Kortex, die Hippokampus-Region und andere Speicherplätze, wo es um den Vergleich einlaufender Informationen mit gespeicherter Erfahrung aus der Vergangenheit geht (LEDoux 1998). Besonders bewährte sich hier eine animierte Internet-Darstellung aus dem Laboratorium von Joseph LEDoux, welches von fast allen Patientinnen auf Anhieb mit Betroffenheit verstanden wurde.

Alle Patientinnen bekamen zwei Fragebögen zur Abklärung möglicher dissoziativer Symptomatik (FDS, SDQ-20) zur Absicherung der Traumadiagnose mit, die sie in der Regel bereitwillig ausfüllten. Dabei zeigte sich, dass etwa 80 bis 90% der Patientinnen dissoziative Symptome aufwiesen, wie Amnesien, Derealisations- und Depersonalisationsphänomene oder deutliche somatoforme Dissoziationstendenzen, wobei sich hier der holländische SDQ-20 (NIJENHUIS et al. 1996) als bester Prädiktor für erlebte Bedrohung der Körperintegrität bei physischer und sexueller Gewalt in der Kindheit erwies.

Ein weiteres kritisches Kriterium für die Teilnahme und Wirksamkeit für die Stabilisierungsübungen bildete die Möglichkeit noch bestehenden Täterkontak-

tes. Hier zeigt sich gelegentlich, dass Patientinnen lange und oft unerkannt immer wieder in Kontakt mit ihren Tätern und Misshandlern sind und sich diesen im Loyalitätskonflikt – getreu dem Motto ‘Blut ist dicker als Therapie’ – verbunden fühlen oder ihrem Misshandler alle Therapiefortschritte verraten oder verraten müssen, um eine Loslösung vom Peiniger und eine Offenlegung des destruktiven Geschehens zu verhindern. Bleibt die Problematik unentdeckt, beginnt sich der Therapeut zu wundern, warum die angebotenen Therapieverfahren nicht zu greifen beginnen – bis schließlich offen wird, dass die Patientin sich immer wieder heimlich mit ihrem Misshandler trifft oder mysteriöse Anrufe und Botschaften bekommt.

Die eigentlichen Stabilisierungssitzungen, die so etwas wie Übergangsobjekte sein sollen, fanden einmal pro Woche statt und waren als „Schutzraum“ für die Betroffenen konzipiert, d. h. es durfte keinerlei Störungen von außen geben, niemand durfte plötzlich die Türe aufreißen, um zu sehen, was hier passierte, noch durften Telefonanrufe durchgestellt oder hausinterne Funktelefone piepsen: Der Raum und die Situation sollten möglichst störungsfrei sein, damit die Patientinnen sich in relativer Sicherheit ihrer inneren Wahrnehmungswelt widmen konnten.

Allein diese Bedingung herzustellen, war zu Beginn in einer oft überheizten energetischer Klinikatmosphäre und manchmal fehlenden Grenzen mit großen Schwierigkeiten verbunden und in der Anfangszeit für viele sogar ungewohnt. Sehr schnell wurden diese Bedingungen von den Patientinnen jedoch willkommen geheißen, weil sie merkten, dass ihnen ansonsten wirkliche Rückzugs- und Schutzräume fehlten, wo sie nicht nur zeitweise ungestört sein konnten, sondern auch Kontrolle über ihre momentane, zumindest äußere Situation hatten.

Ein Aspekt, der bei Traumapatienten in keiner Weise zu unterschätzen ist, bei Patienten, die mindestens einmal, meist jedoch mehrfach und wiederholt in ihrem Leben Situationen erleben mussten, wo sie weder Kontrolle über ihre momentane Lebenssituation noch über die Unversehrtheit ihres Körpers oder das Fortbestehen ihres Lebens hatten und damit Situationen von überwältigendem und damit toxischem Stress erleben mussten. D. h. das Kontrollbedürfnis von Traumapatienten ist in hohem Maß zu respektieren, weswegen zwar in der Traumagruppe versucht wurde, Kontinuität und Kohärenz aufzubauen, es dennoch den Einzelnen freigestellt blieb, den Raum und die Sitzung zu verlassen, wenn ihre Abgrenzungsfähigkeit zu geschwächt war, um sich inneren Wahr-

nehmungen gegenüber zu öffnen oder sie sich selbst hier durch interne oder externe Reize angetriggert fühlten.

Neben Elementen der inneren Achtsamkeit (REDDEMANN 2001), die auf eine angenehme und bequeme Körperhaltung, guten Kontakt mit dem Boden und der Sitzfläche, sowie auf das Wahrnehmen der Körpergrenzen achtet, ging es nun um die Entspannungsfähigkeit der Patientinnen, die häufig nicht gegeben war bzw. als Trigger gefürchtet wurde, da erneuter Kontrollverlust drohte. Dementsprechend wurde den Patientinnen die Empfehlung gegeben, nur soweit loszulassen, wie es für sie erträglich war oder aber zu versuchen, einen Körperteil – z. B. die dominante Faust – angespannt zu lassen, um nicht in die Gefahr des Kontrollverlustes zu geraten. Ebenso wichtig war hierzu auch der Hinweis, dass es sich weder um Trance noch Hypnose handelte, sondern dass jede Patientin notfalls jederzeit das Geschehen stoppen oder ein Handzeichen geben konnte. Als hilfreich erwies sich hier auch eine kurze Konzentration auf das gleichmäßige Ein- und Ausatmen und die Vorstellung, dass jedes Ausatmen zunehmend mehr Befreiung und Entspannung ermöglicht, das Einatmen zunehmend mehr Kontakt zu inneren Kräften und Ressourcen ermöglicht.

Nach dieser Entspannungsinduktion, die umso kürzer gehalten werden musste, je instabiler die Patienten waren, begann die eigentliche Imaginationsarbeit, die einerseits uralte schamanistische Techniken aufgreift und andererseits Überlebenstechniken nutzt, wie man sie häufig bei in der Kindheit traumatisierter Menschen findet, die sich aus bedrohlichen Situationen 'wegträumen' mussten, aber nie darüber zu sprechen wagten. Und man findet sie in Kinderbüchern, wie etwa bei der Maus 'Frederic', die u. a. Sonnenstrahlen, Farben und Worte für den grauen und dunklen Winter sammelt (LIONNI 1976).

Die Techniken der Imagination werden in ihrer Wirkungsweise von Erkenntnissen der modernen Hirnforschung gestützt, die nicht nur zeigt, dass das Gehirn überwiegend 'in Bildern' zu denken scheint, sondern auch nicht wirklich zwischen Vorstellung und Realität unterscheiden kann. WALDVOGEL (2003) spricht hier von einer „funktionalen Äquivalenz von Vorstellungen und externen Wahrnehmungen“ – etwas, was sich am deutlichsten bei Traum und Albtraum zeigt, wo die Grenze zur Realität erst mit dem Aufwachen gegeben ist. Darüber hat die Dissoziationsforschung gezeigt, dass sich das Gehirn durch sensorische Eindrücke und Reize in spezifische Erlebniszustände versetzen lässt, mit allen dazu gehörigen physiologischen Reaktionen (HÜTHER 1997, JANET 1889, KAPFHAMMER 2001, PANKSEPP 1998, ROTH 2001, SPITZER 1996, VAN DER KOLK et al. 2000). Wenn also die 'Macht der Bilder' in der Lage ist,

das Gehirn in spezifischer Weise zu 'triggern', die Macht schlimmer Bilder und damit alte schlimme Erlebniszustände hervorzurufen in der Lage ist, dann sollte das Gehirn ebenso auch auf positive Bilder reagieren können. Ein einfaches und für die meisten Menschen einleuchtendes Beispiel bildet die sog. 'Zitronenübung', die erlebbare physiologische Reaktionen auslöst.

Daneben hat sich gezeigt, dass die Mehrzahl der traumatisierten Menschen offenbar und vermutlich in der Verbindung von Hypermnesien mit dissoziativen Bewältigungs-Mechanismen über eine erheblich bessere eidetische Vorstellungskraft verfügt als andere Menschen. Darauf hat Pierre JANET bereits 1904 hingewiesen und von einer Art 'Übersetzungsfehler' auf den verschiedenen Repräsentationsebenen des Gedächtnisses gesprochen – der bedeutsamen Entdeckung, dass traumatische Erfahrungen, die nicht mit Worten beschrieben werden können, sich in Bildern, körperlichen Reaktionen und im Verhalten manifestieren. „Der 'unaussprechliche Schrecken', den das Trauma hinterlässt, entzieht sich den höheren kognitiven Organisationsebenen, hinterlässt aber seine Spuren auf elementaren, semiotisch niedrigeren Repräsentationsstufen“ (FISCHER & RIEDESSER 1999, S. 33) – entsprechend der als 'Traumaschema' bezeichneten charakteristischen Unterbrechung von Wahrnehmungs- und Handlungsschema.

In der praktischen Anwendung stellt man fast immer mit Verblüffung fest, wie genau Traumapatienten innere Bilder sehen, in innere Filmabläufe und Geschehnisse einsteigen können, so als würden sie das Gesehene real erleben. Eine Fähigkeit, die sich in dieser Besonderheit vermutlich als vorbewusster dissoziativer Bewältigungsmechanismus im Sinne autoprotektiver Operationen mit besonderen physiologischen Abläufen erklären lässt. Auf diese Besonderheit traumageschädigter Menschen weisen amerikanische Autoren, vor allem Colin ROSS (1997) und Richard P. KLUFT (1995) hin, im deutschen Sprachraum gibt es Hinweise bei KAPFHAMMER in seiner Arbeit 'Dissoziation und Gedächtnis als Ergebnisse neurobiologisch beschreibbarer Prozesse' (2004), sowie bei der holländischen Gruppe um Onno VAN DER HART und Ellert NIJENHUIS (2004). Abram KARDINER, Mitarbeiter der Menninger Foundation, sprach bereits 1941 von der 'traumatischen Neurose', die er aufgrund der neuropsychologischen Besonderheiten als 'Physioneurose' bezeichnete (KARDINER 1941).

Ein weiterer Grundgedanke bei der Stabilisierungsarbeit mit Hilfe imaginativer Techniken besteht in der Erkenntnis, dass bei schwer und komplex traumatisierten Menschen, mit denen wir im klinischen Bereich überwiegend zu tun

haben, die äußeren Sicherheitsbereiche weitgehend zerstört wurden. D. h. diese Menschen verfügen oft in keiner Weise mehr über so etwas wie Urvertrauen, Selbstvertrauen und eigene affektive Steuerungsfähigkeit, schon gar nicht über die Fähigkeit, anderen Menschen zu vertrauen – in der Regel ist sowohl ihr Weltbild als auch ihr Selbstbild weitgehend gestört (HOROWITZ 1976, FISCHER & RIEDESSER 1999).

Auf die Wichtigkeit dieses Tatbestandes kann nicht nachdrücklich genug hingewiesen werden, sie erklärt auch das hohe und unbedingt zu respektierende Kontrollbedürfnis von traumatisierten Patienten, die häufig – ähnlich wie psychotisch strukturierte Patienten – in einem permanenten Alarmzustand leben, um jederzeit kampff- oder fluchtbereit zu sein, sofern sie sich nicht in den Totstellreflex die Unterwerfung zurückgezogen haben.

Dementsprechend sollte diesen Patienten als erstes geholfen werden, das Gute weniger im Therapeuten, sondern eher in sich selbst zu finden, Sicherheiten und die Möglichkeit, sich fallen zu lassen, geschützt zu sein und dementsprechend aus dem physiologischen Zustand der Übererregung und Überwachsamkeit herauszukommen, in sich selbst zu finden – wohlgemerkt aber unter dem Schutz einer bindungsstabilisierenden Beziehung zum anleitenden Psychotherapeuten.

Bereits hieraus wird auch die Wichtigkeit der Beachtung von Übertragungs- und Gegenübertragungsreaktionen deutlich, d. h. Stabilisierungsarbeit kann weder bei Negativübertragungen des Patienten auf den Therapeuten noch bei entsprechenden negativen Einstellungen des Therapeuten positiv wirksam werden – im Gegenteil, sie kann im Sinne einer Retraumatisierung ausgesprochen gefährlich werden und die Symptomatik verschärfen (FISCHER 1999, 2000, ZUREK, FISCHER 2003) – eine Tatsache, die häufig unterschätzt und zu wenig beachtet wird.

Die Arbeit mit den katathym-imaginativen bzw. hypnotherapeutischen Techniken kann dem Patienten also ermöglichen, nach und nach ein gutes inneres Objekt, eine gute Objektrepräsentanz in sich selbst (wieder) zu finden, auf- und auszubauen und steuernde Ich-Funktionen vorerst in einem eigenen imaginären Raum zu entfalten. Hier eignet sich am besten die bekannte Übung des so genannten 'Inneren sicheren Ortes', wo in der eigenen Fantasiewelt – abgelöst von der Realität, weil diese meist traumatisch kontaminiert ist – ein Ort gesucht wird, der gut abgegrenzt und völlig geschützt Wohlbefinden, Entspannung und Sicherheit gewährleistet und der solange umgeformt und in der Imagination verändert werden muss, bis er den Kriterien von Schutz, Sicherheit

und Wohlbefinden entspricht. Zu diesem Zweck sind in der Anfangsphase auch keine Menschen an dem „Inneren sicheren Ort“ zugelassen, bestenfalls ‘innere Helfer’ in Gestalt von Schutz- oder Fabelwesen, vielfach werden Tiere gewählt, die Schutz und Sicherheit bieten und manchmal sogar sprechen können – etwas, was manche Kinder in ihrer Not bereits früh entwickelt haben, ohne jemals darüber zu sprechen, um nicht für verrückt oder später für schizophr gehalten zu werden.

Eine 34-jährige Patientin mit Zwangs- und Depressions-Symptomatik (ICD F 60.5, F 33.2) und schweren fortgesetzten Misshandlungserfahrungen durch den Vater sagte hierzu beispielsweise: „Besonders geeignet fand ich die Übungen, die sich auf reale Ereignisse beziehen, wenn es um das Sortieren von guten Dingen gegenüber schlechten geht. Ich kann dann das Positive herausholen und mich hineinversetzen, das hilft mir. Außerdem machen die Übungen Spaß; es ist etwas Angenehmes; ich freue mich meistens drauf. Ich erfinde gerne Bilder und innere Räume, das erhöht mein Vertrauen in meine Fantasie. Zu wissen, dass ich jederzeit alles erfinden kann – das ist so wie Zaubern – ein schönes Rückzugsgebiet, wenn ich es brauche – wie ein Spielplatz.“

Ähnliches beschrieb eine 40-jährige Borderline-Patientin (F 60.31), deren Symptomatik eher einer komplexen posttraumatischen Belastungsstörung entspricht (F 43.1 bzw. DESNOS): „Erst konnte ich das gar nicht, dann hat es doch geklappt, zum Beispiel Elfen als innere Helfer und Schutzwesen herzuholen und mit ihnen sicher in einem Schrank zu sein. Dann fiel mir auf: das habe ich ja an Weihnachten tatsächlich so gemacht, wo ich soviel Angst hatte und mich im Schrank versteckt habe. Und wenn ich überlege, dass man so in eine andere Welt schlüpfen kann, dann ist das so wie Schlafen, aber man ist wach. Ich kann mich dann erholen, wie eine kurze Erholungsphase ... vor allem beim Inneren sicheren Ort, den kann ich mir jetzt ganz schnell holen.“

Die Erfahrung zeigt, dass es einiger Selbsterfahrung mit diesen Imaginationsübungen bedarf, um zu spüren, welche Möglichkeiten in diesem Vorgehen liegen, auch um daraus eine klare, eindeutige und damit konzeptionelle Haltung zu erwerben und traumatisierten Patienten eine Sicherheit gebende Führungs- bzw. Anleiterrolle empathisch zu vermitteln. Beim so genannten ‘Inneren sicheren Ort’ geht es um den Aufbau einer inneren Grenze zwischen Gut und Böse. Ulrich SACHSSE, ein Traumatherapeut, der lange Erfahrung mit komplex traumatisierten Patienten sammeln konnte, empfiehlt an diesem Punkt vor allem bei der Arbeit mit Borderline-Patienten die sowieso vorhandene Spaltungstendenz aufzugreifen unter dem Motto: „Spalte besser, mach’ es noch

gründlicher. Sei Borderline, aber in Deiner Innenwelt. Externalisiere nicht!“ (SACHSSE 2004) Spaltung wird also nicht zum Problem gemacht, sondern als Ressource genutzt. Spaltungs- und Dissoziationsfähigkeit werden im Sprachgebrauch von Milton ERICKSON ‘utilisiert’, aber wohlgemerkt auf der inneren Ebene (SACHSSE 2004).

Erst wenn diese Patienten also nachholend gelernt haben, diese Grenze zu ziehen und vorläufig in der Imagination Schutzräume aufbauen können, sind sie erstmals wieder eher in der Lage, sich mehr auf sich zu verlassen und nicht nur zu entdecken, dass es doch so etwas wie einen inneren Kompass gibt, der ihnen nach und nach Halt geben kann, sondern auch zu entdecken, dass sie im Sinne einer ‘Ich-Stabilisierung’ mehr Kontrolle über ihre Zustände erlangen und damit im Alltag weniger u. U. retraumatisierender affektiver Überflutung und Kontrollverlust ausgesetzt sind. Dies wiederum ermöglicht ihnen, sich nach und nach wieder mehr auf zwischenmenschliche Kontakte einzulassen und aus der zwangsläufig selbstgewählten Isolation heraus zu treten.

Hierzu sagte eine 49-jährige Patientin (F 43.22, F 43.1) mit massiven Mobbing-Erfahrungen zum Therapeuten: „Ich halte mich nicht an Ihre Vorgaben, ich bleibe immer bei meiner Sache und merke, dass ich trotz Ihrer Vorgaben bei meiner Zentrierung bleiben kann. Das Ganze bringt mir mehr Ruhe, aber ich bleibe wach und möchte auch wach bleiben. Da liegt meine Entspannung bei der Wachsamkeit, da finde ich Schutz.“

Dem Aufbau einer Grenze dienen dabei auch Übungen, die dem Aufbau von mehr affektiver Steuerungsfähigkeit, emotionaler Entlastung und Distanzierung von traumatischen Ereignissen dienen sollen. Dazu gehören in erster Linie die ‘Tresorübung’, wo es nicht um Verdrängung, sondern aktives ‘Wegpacken’ von traumatisch Material geht, die ‘Fernbedienung’ und die Übung ‘Gepäck ablegen’. Bei schwer traumatisierten Patienten sind diese Übungen kaum bzw. lange gar nicht durchführbar, weil die Gefahr des Kontrollverlustes zu groß ist. Die Patientinnen wollen solche Übungen dann bestenfalls im Einzelkontakt, aber nicht in der Gruppe durchführen.

Weniger problematisch sind wachstumsorientierte Übungen wie die ‘Baum-’ oder ‘innere Gartenübung’: Bei letzterer wird ähnlich wie beim ‘Inneren sicheren Ort’ ein imaginäres Grundstück beliebiger Größe mit Pflanzen eigener Wahl bepflanzt und zum Wachsen gebracht, bei der ‘Baumübung’ wird imaginär in einer als gut empfundenen Landschaft ein Baum aufgesucht, dessen Stärke und Kraft über die Wurzeln aus dem Boden und über die Zweige, Äste und Blätter aus dem Licht und der Sonne übernommen werden kann. Besonde-

rer Beliebtheit erfreut sich die 'Lichtstromübung', wo heilsame Lichtenergie mit individueller Farbqualität und Intensität durch den gesamten Körper strömt und in der Regel vegetatives und körperliches Unwohlsein mildern kann. Auch hilft diese Übung vielen Patienten häufig permanente vegetative Überregung zu reduzieren und die Balance des VNS vom Sympathikus in Richtung Parasympathikus zu verschieben (vgl. SERVAN-SCHREIBER 2004).

Frau B., eine noch neue 44-jährige Borderline-Patientin (F 60.31) mit einer Vielzahl von Traumafolgestörungen entsprechend einer komplexen posttraumatischen Belastungsstörung (43.1, DESNOS) kommentierte dies folgendermaßen: „Die Übungen klappen zwar nicht immer, aber sie helfen mir ruhiger zu werden. Die 'Reise durch den Körper' [Lichtstromübung] hilft mir, mich zu entspannen, half mir abends beim Einschlafen. Meine Lieblingsfarbe hilft mir gegen Körperverspannungen, vor allem im Schulter- und Nacken-Bereich und gegen Migräne. Ich habe jetzt entdeckt, dass dies besser hilft als Massage.“

Sehr wesentlich und wichtig bei all diesen Übungen ist die schrittweise Anleitung ohne Überforderung und schließlich die Öffnung der verschiedenen Wahrnehmungskanäle, z. B. am 'Inneren sicheren Ort' oder auch im 'inneren Garten'. Hat die Patientin diesen Ort imaginativ gefunden und entspricht er den Sicherheits-Kriterien, so wird man sie bitten, sich nun auf dem visuellen Kanal umzusehen, „was alles zu sehen ist“, den akustischen Kanal zu öffnen und zu fragen, „was alles zu hören ist“, schließlich nach Riech- und Geschmackswahrnehmungen zu fragen, zu fragen, was auf der Haut zu spüren ist, wie es den Muskeln, dem Bauch, der Atmung und dem Kopf geht.

Die Hirnforschung hat herausgefunden, dass es sich bei der bewussten Generierung dieser Eindrücke eher um linkshemisphärische Aktivitäten handelt, während traumatische Erfahrungen bekanntermaßen zu einer rechtshemisphärischen Überflutung führen und meist dort arretiert bleiben. D. h. unter traumatischen Situationsbedingungen – der von Michaela HUBER (2003) so bezeichneten 'traumatischen Zange' – kommt es aufgrund einer Überforderung des Stressverarbeitungssystems zu einer Fragmentierung des eintreffenden sensorischen Inputs und damit zu einer Unterbrechung des Synergismus zwischen linker und rechter Hemisphäre. Solche Stressinformationen kommen daher häufig weder im Hippocamussystem, dem 'Archiv' unseres Gehirns, noch im Broca-Areal, dem linkshemisphären Sprachzentrum an. Der Volksmund spricht nicht umsonst von 'sprachlosem Schrecken'. Hirnphysiologisch entspricht diese Fragmentierung einem 'Steckenbleiben' im 'impliziten Trauma-Gedächtnis', jenem Gedächtnissystem, welches am frühesten zu arbeiten beginnt (ab der

siebten Schwangerschaftswoche!) und am engsten mit dem Amygdalasytem assoziiert ist. D. h. die unter Normalbedingungen in jedem Augenblick stattfindende Syntheseleistung unserer Informationsverarbeitungssysteme findet unter 'toxischen' Stressbedingungen nicht mehr statt.

Die Generierung linkshemisphärischer Aktivitäten in der Stabilisierungstechnik macht aber nur dann Sinn, wenn die Patienten gleichzeitig dazu aufgefordert werden, nachdem sie sich unter idealen Sicherheits- und Wohlfühl-Bedingungen befinden, ganz genau wahrzunehmen, wie es sich anfühlt, dort zu sein – also hier eine Verbindung zur rechtshemisphärischen Verarbeitung zuzulassen und den Synergismus zwischen beiden Hemisphären zu stärken ohne darüber zu sprechen. Verstärkt wird diese Erfahrung schließlich noch durch die Aufforderung, mit sich selbst zeitgleich ein Zeichen zu verabreden, also eine Körpergeste zu bestimmen, diese jetzt auch durchzuführen, um so eine innere Verankerung der Erfahrung zu ermöglichen. Entsprechend der schnellen Entspannungsfähigkeit vieler Menschen, die gut mit Autogenem Training vertraut sind, kann auch dies als eine hilfreiche Konditionierung verstanden werden.

Schließlich und endlich müssen diese Verfahren geübt werden, denn sie sollen Bestandteil des prozeduralen Gedächtnisses werden, jenes Gedächtnissystems, das u. a. für automatisierte Abläufe wie Fahrradfahren, Krawattebinden und Klavierspielen zuständig ist. Dementsprechend ist Geduld angesagt, die viele der schwer traumatisierten Patientinnen natürlich nicht haben, weil für sie das 'Prinzip Hoffnung' sowieso schon lange nicht mehr gültig ist. Die Erfahrung zeigte hier, dass man keinesfalls aufgeben durfte, eher war es notwendig, Einzelsitzungen anzubieten, weil hier u. U. Vorstellungen und Bilder zu Tage traten, für deren Äußerungen die Patientinnen sich schämten und sie zurückhielten oder weil sie Angst hatten, für verrückt gehalten zu werden.

Die Erfahrung zeigte aber auch, dass den Patientinnen der wechselseitige Kontakt im Gruppengeschehen durchaus sehr wichtig war, auch wenn jede die Übungen 'für sich alleine' machte und die Ergebnisse oft sehr unterschiedlich waren – sofern die Teilnehmerinnen bereit waren, in der Gruppe über das Erlebte zu sprechen – wozu keinerlei Verpflichtung bestand, was jedoch häufig genutzt wurde. Patientinnen mit großen Ängsten und Schwierigkeiten, sich auf dieses Terrain einzulassen, kann dies Mut machen und gelegentlich auch falsche Schamgefühle abbauen. Insgesamt schienen sich alle als 'in einen Boot sitzend' zu betrachten, berieten und ermunterten sich gegenseitig und liesen sich auch bei schwierigen Prozessen nicht im Stich.

Die Übung dieser Imaginationstechniken ist aber nicht nur in der oben ausge-

fürten Weise im Sinne von innerem Vertrauens- und Sicherheitsaufbau sowie Stärkung der Selbststeuerungsfähigkeiten von großer Bedeutung, sondern erst recht, wenn es darum geht, die Exposition mit traumatischem Material vorzubereiten. Spätestens hier müssen diese Selbststeuerungstechniken wirksam sein, der Patient muss in der Lage sein, mit Hilfe dieser Techniken sich imaginativ in einen Erlebniszustand von Schutz, Sicherheit und affektiver Beruhigung zu begeben – eine Konfrontation mit altem traumatisch belastendem Material ist andernfalls nicht verantwortbar und führt zu Retraumatisierung und ist damit kontraindiziert.

Erst wenn der Patient in der Lage ist, Selbststeuerung zu betreiben, kann er sich dem alten traumatischen Material aussetzen und damit sozusagen physiologisch oszillieren zwischen Konfrontation und drohender Überflutung einerseits und Selbstberuhigung und Erholung andererseits und erleben, dass er erstmals in der Begegnung mit alten und früher affektiv überflutenden Schreckensbildern und Horrorszenarien Kontrolle über den Ablauf und damit über seine eigenen emotionalen Reaktionen bekommt – eine Erfahrung, die in der Regel sehr viel neuen Mut und Hoffnung gibt und die Gewissheit, der Vergangenheit nicht mehr ausgeliefert zu sein, sondern die Vergangenheit wirklich zur Vergangenheit werden zu lassen.

Vielleicht ist zum Schluss doch nochmals der Hinweis wichtig, dass es sich bei allen imaginativen Stabilisierungs-Techniken im wesentlichen um Selbstberuhigungstechniken handelt, die normalerweise in einer bindungssicheren Mutter-Kind-Beziehung, also im direkten Kontakt zwischen Mutter und Kind vermittelt werden: Die Mutter als 'sicherer emotionaler Hafen' im Sinne von BOWLBY (1975) hat die Aufgabe, dem noch völlig ungeschützten, unbegrenzten und von einer Vielzahl emotionaler Erfahrungen überfluteten Kind Orientierung in einer schwer zu überschauenden Welt anzubieten. Sie muss durch ihre Präsenz und Fähigkeit der Einfühlung in das Kind seine unangenehmen Zustände schnell beenden und es aus seiner Qual befreien. Umgekehrt wird das Kind denjenigen als Hauptbindungsperson wählen, der am häufigsten verfügbar ist und der am besten in der Lage ist, die emotionalen Unlust-Zustände zu beenden. Da die Mehrzahl der Klinikpatienten weder über sichere Bindungsrepräsentationen verfügt noch von traumatischen Lebenserfahrungen verschont geblieben ist, sondern eher zu den so genannten Frühtraumatisierten zählt, wäre zu hoffen, dass die Einübung dieser Selbstberuhigungstechniken ein wenig zum nachträglichen Aufbau von Bindungssicherheit beitragen kann und damit vielleicht auch zu mehr Autonomie und weniger affektiver Überflu-

tung und schließlich auch zu mehr Kontakt-, Beziehungs- und damit Gruppenfähigkeit. Denn erst damit wären traumatisierte Patienten in einem Beziehungskontext im eigentlichen Sinne auseinandersetzung- und therapiefähig und in der Lage in einem sozialenergetischen Feld Ich-Struktur-Aufbau zuzulassen. Damit stellt sich die generelle Frage des Stellenwertes solcher Übungen und natürlich auch die Frage nach der Integration solcher Ansätze in ein überwiegend gruppenorientiertes Behandlungskonzept, wo nicht eklektisch gearbeitet wird, sondern die einzelnen Behandlungsfelder integrativ aufeinander aufbauend und ineinander greifend zum Heilungs- und Wachstumsprozess des Patienten beitragen sollen.

Dies sind Fragen, die weiterer Überprüfung vorbehalten bleiben müssen, ebenso wie die Frage weiterführender Effekte durch imaginative ?Techniken, wie z. B. die Frage, ob hierdurch die Entwicklung von Kreativität oder Traumfähigkeit gefördert wird oder ob sich die Gruppenfähigkeit eines Patienten hierdurch tatsächlich verbessert oder überhaupt erst ermöglicht wird. Aber auch Fragen der Grenzen möglicher ausschließlicher positiver Übertragung und Bindung an den anleitenden Therapeuten in der angestrebten 'nur guten' Atmosphäre einer traumaorientierten Stabilisierungsgruppe wären zu diskutieren, die Frage, warum für manche Patienten diese Verfahren in keiner Weise geeignet sind und auch, wie Männer mit den Angeboten umgehen.

Zum Abschluss die Worte einer 40-jährigen Patientin: „Die Imaginationsübungen sind für mich hilfreich, selbst wenn sie mich nur auf meine Defizite hinweisen. Ich weiß dann, woran ich zu arbeiten habe. Oder sie stellen Verbindungen her und ich weiß dann, wo ich hin gehen muss – das ist dann wie bei einem Traum. ... Bisher hatte ich immer nur spätere Bilder, nie Bilder, die zur Kinderzeit gehören, aber heute habe ich mir vorzustellen versucht, wie das mit meinem Vater war, als ich auf seinen Schultern saß und mit ihm den Berg herunter gerannt bin, bevor er und ich mit ihm hingestürzt bin ... Durch diese Übungen bekomme ich meistens Verbindungen oder es taucht etwas auf, was ich vergessen hatte.”

Literatur

Achterberg, J. (1985): Gedanken heilen. Reinbek: Rowohlt.

Ammon, G.; Finke, G.; Wolfrum, G. (1998): Der Ich-Struktur-Test nach Ammon (ISTA). Frankfurt: Swets & Zeitlinger.

Besser, L.-U. (1997/2001): Traumata – vom Zwang des Vergessens, der Sprachlosigkeit, der Wiederholung zum heilsamen Erinnern. Isernhagen: ZPTN.

- Bowlby, J. (1975): Bindung. Eine Analyse der Mutter-Kind-Beziehung. München: Kindler.
- Damasio, A. R. (2003): Der Spinoza-Effekt. München: List.
- Fischer, G. (2000): Mehrdimensionale Psychodynamische Traumatherapie (MPTT). Heidelberg: Asanger.
- Fischer, G. & Riedesser, P. (1999): Lehrbuch der Psychotraumatologie. München, Basel: Reinhardt.
- Freud, S. (1913): Zur Dynamik der Übertragung. Frankfurt: Fischer, Studienausgabe, Ergänzungsband 1975.
- Horowitz, M. J. (1976): Stress response syndromes. New York: Jason Aronson.
- Huber, M. (2003): Trauma und die Folgen (Teil 1) und Wege der Traumabehandlung (Teil 2). Paderborn: Junfermann.
- Hüther, G. (1997): Biologie der Angst: Wie aus Stress Gefühle werden. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Janet, P. (1889): L'automatisme psychologique. Paris: Alcan.
- Jung, C. G. (1935): Aktive Imagination. In: GW 14/2, 365.
- Kapfhammer, H. P. (2001): Trauma und Dissoziation – eine neurobiologische Perspektive. *Persönlichkeitsstörungen* 5, 4-27.
- (2004): Dissoziation und Gedächtnis als Ergebnisse neurobiologisch beschreibbarer Prozesse. In: A. Eckhardt-Henn, S. O. Hoffmann (Hrsg.), S. 9-36 (2004): Dissoziative Bewusstseinsstörungen. Theorie, Symptomatik, Therapie. Stuttgart, New York: Schattauer.
- Kardiner, A. (1941): The traumatic neuroses of war. New York: Hoeber.
- Kluft, R. (1995): Zur Anwendung hypnotischer Interventionen bei der Behandlung von Dissoziativen Identitätsstörungen. In: *Hypnose u. Kognition*, Bd. 12/2, S. 13-34.
- Klein, S. (2002): Die Glücksformel oder Wie die guten Gefühle entstehen. Rowohlt. Reinbek.
- Lazarus, A. A. (1993): Innenbilder. Imagination in der Therapie und als Selbsthilfe. Stuttgart: Pfeiffer.
- LeDoux, J. (1998): Das Netz der Gefühle. München, Wien: Hanser.
- Lionni, Leo (1976): Frederick. Deutsch von Günter Bruno Fuchs. Köln: Middelhaue Bilderbuch.
- Nijenhuis, E. R. S et al. (1996): The Development and Psychometric Characteristics of the Somatoform Dissociation Questionnaire SDQ-20. *J. of Nervous and Mental Disease* 184, 688-694.
- Panksepp, J. (1998): Affective Neuroscience. The foundation of human and animal emotions. New York, Oxford: Oxford University Press.
- Reddemann, L. (2001): Imagination als heilsame Kraft. Stuttgart: Pfeiffer.
- Reddemann, L., Sachsse, U. (1997): Stabilisierung. In: *Persönlichkeitsstörungen* 3, 113-147.
- Ross, Colin (1997): Dissociative Identity Disorder: Diagnosis, Clinical Features, and Treatment of multiple Personalities. New York: Wiley.
- Roth, G. (2001): Fühlen, Denken, Handeln. Wie das Gehirn unser Verhalten steuert. Frankfurt: Suhrkamp.
- Sachsse, U. (2004): Traumazentrierte Psychotherapie. Stuttgart, New York: Schattauer.
- Servan-Schreiber, D. (2004): Die neue Medizin der Emotionen. Stress, Angst, Depression: Gesund werden ohne Medikamente. München: Kunstmann.
- Spitzer, M. (1996): Geist im Netz: Modelle für Lernen, Denken und Handeln. Spektrum. Heidelberg, Berlin, Oxford: Akademischer Verlag.
- van der Kolk, B., McFarlane, A. C., Weisaerth, L. (Hrsg., 2000): Traumatic Stress. Grundlagen und Behandlungsansätze. Paderborn: Junfermann.
- Zurek, G., Fischer, G. (2003): Übertragung und Gegenübertragung in der Psychotherapie von Patienten

mit psychotraumatischen Belastungssyndromen (PTBS). In: Zt. für Psychotraumatologie u. Psychol. Medizin 2, 7-18.

Über den Autor

Gerhard Wolfrum, Dipl.-Psych., ist Psychologischer Psychotherapeut in eigener Praxis, Psychoanalytiker und Gruppentherapeut. Er war bis Ende 2005 wissenschaftlicher Mitarbeiter der Psychologisch-Diagnostischen Abteilung der Dynamisch-Psychiatrischen Klinik Mengerschwaige; er ist Lehr- und Kontrollanalytiker der Deutschen Akademie für Psychoanalyse und hat mehrere Zusatzausbildungen im Bereich Psychotraumatologie, arbeitet überwiegend traumazentriert und beschäftigt sich mit neueren Forschungen zur Verbindung von Psychoanalyse, Hirnforschung und psychotraumatischen Schädigungen.

Author's Contact

Gerhard Wolfrum
St.-Wolfgangs-Platz 9c
81669 München
E-mail: gerhard.wolfrum@gmx.net

Culture, Trauma, and Identity

Regine Scholz (Bochum)

The term 'culture' has recently come into use as a label for what is perceived to be the fundamental and immutable other. In this capacity, the word functions in the same way that 'race' once did. This article, however, outlines an understanding of cultures as historically rooted, developing entities (a concept based on FOULKES's (1973/1990) notion of a 'foundation matrix'). Collective traumata are identified as an integral part of foundation matrices, and their power for creating hatred and, hence, possible new traumata are linked to 'time collapse.' Discussing the notion of time in relation to unconscious processes, the author examines the relevance of narcissism in the mixture of individual and collective levels that contribute to the creation of chosen traumata.

Keywords: culture, foundation matrix, chosen trauma, time collapse, narcissism

The practical value of trying to improve the general understanding of culture, trauma, and identity—or more precisely, culture, chosen trauma, and narcissism—is immense no matter how dry and theoretical the attempt may be. The 25 countries of the European Union (EU), now also including Poland, collectively represent a welter of different cultures and histories, all venerable, whose peoples often fought against each other through the centuries. If nations want to coexist peacefully, as indeed they probably must, then it would be helpful, even vital, to answer certain questions: Are different cultures necessarily in conflict? What is the role of collective trauma permeating a given culture? How do collective traumata relate to feelings of identity? In short, how can people live together?

Culture as Foundation Matrix

For the purposes of this article, 'culture' is tentatively defined as historically rooted and developing contexts (large groups) sharing common sets of rules and regulations as well as systems of interactions and symbols, including rela-

ted patterns of thought, emotions, and unconscious fantasies. This definition encompasses conscious and unconscious levels and implies a time dimension. Cultures are seen as what may be indefinite and open processes. They are not understood as given, unchangeable, and impermeable entities marking the fundamental other.

The definition of culture in this article is clearly a communicational one. It relates to the notion of 'foundation matrix' an expression introduced by S. H. FOULKES (1973/1990), the founder of group analysis, in order to describe the common ground preceding and constituting actual communication:

I have accepted from the very beginning that even a group of total strangers, being of the same species and more narrowly of the same culture, share a fundamental mental matrix (foundation matrix). To this their closer acquaintance and their intimate exchanges add consistently so that they form a current, ever-moving and ever-developing dynamic matrix. (p. 228)

'Foundation' and 'dynamic' are the two differentiations that FOULKES (1973/1990) introduced to differentiate the term 'matrix,' which he initially used (FOULKES, 1964) to conceptualize the group experience that every group creates its own set of conscious and unconscious meanings that are communicated and understood: "The matrix is the hypothetical web of communication and relationship in a given group. It is the common shared ground which ultimately determines the meaning and significance of all events and upon which all communications and interpretations, verbal and non-verbal, rest" (p. 292).

The notion of the foundation matrix implies a communicational view of culture and even of biology. Though it may be unusual to include biology in a communicational theory of unconscious processes, research on affects indicates that the expressions of basic responses such as fear, anger, disgust, sadness, surprise, interest, and happiness are innate and can be conveyed and understood very early in life and by all humans (EKMAN, 1992; KRAUSE, 2002). These findings point to a phylogenetic heritage of affect expressions related to the human being's basic capacity and need to relate to others. Research suggests that even human brains do not develop, except in the course of early interactions, and that the mutual attuning processes between mother and infant have a clearly physiological site (STERN, 1985). From the outset, human biology is directed to be social, and FOULKES's notion of the foundation matrix offers the possibility of regarding human biology as both a precondition and an integral part of a theory of the unconscious that is aware of 'socialness' at all levels.

But if one includes biology in a communicational understanding of culture and does not accept genetic transmission as the main mode for passing on cultural content, then certain questions have to be answered. One has to rethink the significance of time in relation to unconscious processes, for cultures have distinctly unconscious dimensions and are slow-moving entities. FOULKES's (1973/1990) rather rough idea of the foundation matrix, which encompassed language, body images, education, and social class, was spelled out by Jaak LE ROY (1994, p. 183), who worked in Africa. LE ROY named family systems, gender relations, and the relationship between the generations as basic dimensions. For relatively complex societies, this list must be enlarged to embrace the entire social structure, including social classes, which are indisputably historical phenomena. Adding further depth to the concept of the foundation matrix, the studies of childhood by ARIÈS (1960) helped cultivate a historical understanding of even such 'natural' feelings as the love a mother has for her children. At all levels, then, one must include history and must thereby accept power as a relevant factor in unconscious processes.

Unconscious Processes, Time, and Trauma

Introducing history into the field of unconscious processes clearly refers to time. But how does that link relate to FREUD's (1915/1992, p. 138) understanding that the unconscious knows nothing of time (i.e., that the unconscious is timeless)? This irrelevance of time was seen by FREUD to be twofold. One dimension was its reference to the language of dreams, the typical language of the unconscious—the primary process that allows one to be old and young at the same time, to be here and there without moving, and so forth (FREUD, 1900/1989). This process can be understood as a specific way of thinking, a way that has its own cognitive potential. The second dimension of time's irrelevance to the unconscious related to unconscious material and to the well-known fact that nothing is lost in the psyche as long as it carries psychic energy (FREUD, 1933/1989, pp. 80–81).

However, a variety of phenomena from therapy and everyday life may indicate another direction of thought. Not to be misled, it is perhaps important to bear in mind that FREUD's notion of a timeless unconscious not only draws on his rich therapeutic experience. It constitutes a key part of his theory of culture and his anthropology, in which—to formulate it in highly reduced form—an ahistorically perceived individual is civilized by instinct abstention. Therefore,

the unconscious (the seat of the instincts) by definition is not able to know of the cultural fact of time. Jan ASSMANN (2004) has thoroughly argued that FREUD's theoretical thinking, in effect, leaves no space for anything like a 'cultural unconscious' or intergenerational transmission of cultural elaborations like time.

Perhaps this is the moment to question the very notion of time. Norbert ELIAS (1984) suggests thinking of time not as a thing but rather as the process of timing, that is, of giving duration, phases, beginnings, and endings to processes and actions. He holds that the contemporary understanding of time as past, present, and future, as a continuum divided into days, weeks, months, and years measured by watches and clocks, is itself a cultural construct. Dating back to the Babylonians (see BOSWOOD, 2003), it took humans thousands of years to develop. Measuring time by the movement of the sun and stars and developing an abstract frame of reference for every event is a uniquely human achievement and has many implications. One of them is that this 'objective' time is not identical with what people perceive as time, as duration. It is a well-known fact that time feels very different depending on one's mood (e.g., happy or sad) and state of consciousness (e.g., completely awake or in a dream). This observation has two implications. First, experienced time is never identical with objective time, even at a conscious level. Second, lived time is different from calendars. It always means lifetime, that is, biography at given places and times constituting a specific historical period.

This connection of feelings that influence experienced time and historical events in building up the psychic life of large groups and in constituting large parts of their foundation matrices is perhaps best seen in collective traumata. Traumata (situations that overwhelm a person's psychic coping capacities and thus evoke feelings of extreme helplessness and despair) tend at a group level to disintegrate the whole social structure. Traumata have a very special relation to time. They are always now. This statement is true at a personal level of individuals suffering from posttraumatic stress disorder (PTSD), who in their flashbacks behave as though they are still in the traumatic situation. But comparable phenomena are also observable with large groups such as nations or ethnic groups. For example, the conquest of Constantinople (today's Istanbul) in 1452 still has its psychic relevance. The partitions of Poland more than 200 years ago still mean something in that country. VOLKAN (1999) refers to these phenomena as 'time collapse': "[E]motions and perceptions belonging to the past are experienced as coinciding with emotions and perceptions be-

longing to the present and are even projected onto the future. Memories, emotions, and expectations coincide” (p. 244, translation R. S.). What makes the idea of time collapse different from a concept of timelessness of unconscious material is that well-known facts generated at a specific moment at a given place are transformed into a myth. That is, they are treated as though they are timeless. They can thus contaminate every interaction and color all feelings and behaviors on very conscious and unconscious levels. Traumata then become part of the foundation matrix as a pattern that generates patterns. My thesis is that these so-called chosen traumata—traumata that by unconscious choices become ‘group markers’ for large entities such as nations and ethnic or religious groups—are the most potent poison to intercultural understanding.

Chosen Trauma and Narcissism

Because chosen traumata have such malign potential, a closer inspection of them could be useful. First, they are collective trauma, a fact that is seemingly self-evident. But what does that mean? Usually, the beginning of a chosen trauma is marked by intense suffering. But something has to be added. VOLKAN (1999) connects the chosen trauma to the inability of the previous generations to mourn the experience of shared traumatic events. He considers to be evidence the fact that the group has failed to heal a narcissistic wound and overcome humiliation. VOLKAN makes a shift in what is regarded as the center of the trauma. The center ceases to be the cruelty and the resulting suffering and despair associated with the trauma and becomes the accompanying destruction of basic narcissistic illusions that are necessary for a person to live. Some of these illusions are:

- I am inviolable; nothing can happen to me.
- The world has systematic order, and events are predictable. In other words, I can control them.
- Good things happen to good people; bad things happen to bad people. If I live up to moral standards, I shall receive my reward.

Trauma destroys these assumptions and confronts humans with chaos. It thus not only plunges them into feelings of helplessness and despair but also elicits intense narcissistic rage, which protects them from experiencing the more painful feelings associated with their vulnerability. For individuals, transforming mass trauma into chosen trauma could be seen as a defense mechanism coun-

tering these unbearable feelings, which include shame at being so vulnerable. From the group perspective, the transformation of mass trauma into chosen trauma is a very powerful tie keeping a group together, possibly even forming it. That transformation's dangerous potential is related to the narcissistic rage that is also encapsulated in this 'choice,' for rage is a feeling that tends to foster revenge and, hence, new traumata. The potential for a vicious circle starting even after long quiet times stems from the fact that a trauma, if transformed into a chosen trauma, can never end. One reason for this persistence is that all the suppressed feelings are, in a way, still present in the transmission of trauma, but they are not mirrored or answered. Another reason is that the trauma acquires a very special form in the course of transformation. Only some facts are officially remembered; others are left out. Some feelings are allowed; others are not. Thoughts and emotions that the group members are to feel in this context tend to be prescribed. Thinking or feeling anything different on the given topic puts the individual in danger of losing his or her status as a group member. The chosen trauma acts as a group marker and is thus linked to the identity of all members of the group.

Though connected to unconscious fantasies, the shaping of thoughts and feelings that a special trauma entails does not occur unconsciously at all levels. To understand how this process is imposed on a particular group, it may be helpful to consider the social structure and social power of the group. In given situations concrete actions are taken to suppress specific interests and deviant ways of thinking and feeling. Press censorship is a rather brute method for excluding thoughts and findings from public discourse and for preventing their public evaluation. Though censorship still exists, there are many other more subtle ways to inform a group's members how to think and feel. The result is that large bodies of relevant emotional facts are banned from public communication by symbolic violence and at the same time are prohibited from surfacing in the conscious psychic life of individuals. Thus this material becomes part of a society's dynamic unconscious. Trauma thereby becomes a form that can be filled with current material. Chosen trauma is trauma that can be used and abused.

To disentangle these highly energetic knots in the communicational web of a foundation matrix, one needs to bring the trauma and the related feelings back into the scope of time and space through communication (SCHLAPOBERSKY, 2000). Broad public discussion is needed at all levels to retrieve the excluded ideas, to regain or even develop one's own view on the topics concerned, and

thus to broaden the communicational base yet still avoid expulsion by the group and escape destruction of one's inner life. Human identity is multi-layered with group identities. Like an onion, human identity ceases to exist if the layers are peeled away. At the same time, however, every person is unique and transcends these group identities by virtue of his or her very existence. As WURMSER (1987) put it, people not only have loyalties to their families, ethnic or religious groups, nations, and other entities; they also have a duty to be loyal to themselves. But that loyalty needs a communicative space to resonate. Every act of communication is part of the large communicational process called the foundation matrix. The foundation matrix cannot be thought of apart from the dynamic matrix and vice versa. This relationship, however, also implies that the effects of the foundation matrix can be studied in small groups and, conversely, that the dynamic matrix of a small group can have broad reparative functions. If this communicational process continues for a long time at different levels, it will have the power to liberate the frozen feelings in a healthy way, processing the trauma, restoring it to its place in history (the past), and opening the possibility of a future freed from repetitive compulsion.

Kultur, Trauma und Identität (Zusammenfassung)

Kultur wird neuerdings oft in einer Art und Weise gebraucht wie früher der Begriff Rasse, nämlich als Kennzeichnung des fundamental und unveränderbar Anderen. In dem Artikel wird dagegen eine kommunikative Auffassung von Kultur vertreten. Kulturen sind demnach historisch entstandene und sich entwickelnde Bedeutungssysteme. Diese Formulierung basiert auf S. H. FOULKES Konzeption der Grundlagenmatrix, mit der er versuchte, den jeder aktuellen Gruppe vorangehenden und sie konstituierenden, in weiten Teilen unbewussten kommunikativen Zusammenhang zu beschreiben.

Folgt man dieser Argumentation stellt sich die Frage nach der zeitlichen Erstreckung unbewusster Prozesse, die FREUD schon einmal meinte, abschließend beantwortet zu haben, als er dem Unbewussten jegliche Zeitlichkeit absprach (vgl. z. B. FREUD 1915/1989: 138). Diese Bedeutungslosigkeit der Zeit für das Unbewusste wurde in zweierlei Hinsicht gesehen. Zum einen bezieht

die Aussage sich auf die Qualitäten des Primärprozesses, der Sprache des Unbewussten, wie sie sich in Träumen und Psychosen zeigt (vgl. FREUD 1900/1989). In einer zweiten Bedeutung bezieht sich die Zeitlosigkeit des Unbewussten auf die wohlbekannte Tatsache, dass nichts in der Seele verloren geht, solange es psychische Energie trägt. FREUD bezog dies vor allem auf die Kinderwünsche, die im Erwachsenenleben in den Analysen nachweisbar waren (und sind).

Diese Auffassung wird in Hinblick auf klinische Phänomene und in Bezug auf die zugrunde liegenden theoretischen Probleme kritisch diskutiert. Ausgehend von Norbert ELIAS Warnung, Zeit nicht zu verdinglichen, werden Zeitdefinition und Zeiterleben als historische Prozesse und kollektive Leistungen aufgefasst. Davon ausgehend wird auf die Forschungen Vamik VOLKANs Bezug genommen, der einen Zusammenbruch des Zeitempfindens bei kollektiven Traumata konstatiert. Im Unterschied zu der Auffassung einer grundsätzlichen Zeitlosigkeit unbewusster Prozesse wird der 'Zeitkollaps' als etwas Hergestelltes, als Rücknahme eines schon erreichten Standes betrachtet. Die bewussten und unbewussten Motive der mit dieser 'Entzeitlichung' einhergehenden Umwandlung kollektiver Traumata in 'gewählte' Traumata werden in Hinblick auf deren Funktion für die narzisstische Homöostase auf individueller und kollektiver Ebene untersucht und die Bedingungen skizziert, welche zur Verarbeitung kollektiver Traumata erforderlich sind.

References

- Ariès, P. (1962). *Centuries of childhood: A social history of family life* (Robert Baldick, Trans.). London: J. Cape. (French original work published 1960)
- Assmann, J. (2004). Phylogenetisches oder kulturelles Gedächtnis—Sigmund Freud und das Problem unbewusster Erinnerungsspuren. *Freiburger literaturpsychologische Gespräche*, 23, 63–79.
- Boswood, B. (2003). Marking time. *Group Analysis*, 36(2), 192–201.
- Ekman, P. (1992). An Argument for Basic Emotions. *Cognition and Emotion*, 6, 169–200.
- Elias, N. (1984). *Über die Zeit*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Foulkes, S. H. (1964). *Therapeutic group analysis*. London: George Allen & Unwin.
- (1973/1990). The group as a matrix of the individual's mental life. In S. H. Foulkes, *Selected papers* (pp. 223–233). London: Karnac. (Original work published 1973)
- Freud, S. (1900/1989). *Gesammelte Werke: Vols. 2–3. Die Traumdeutung*. Frankfurt am Main: Fischer. (Original work published 1900)
- (1915/1992). Das Unbewusste. In S. Freud: *Das Ich und das Es – Metapsychologische Schriften* (pp. 117–153). Frankfurt am Main: Fischer Taschenbuchausgabe. (Original work published 1915)
- (1933/1989). *Gesammelte Werke: Vol. 15. Neue Folge der Einführung in die Psychoanalyse*.

- Frankfurt am Main. Fischer. (Original work published 1933)
- Krause, R. (2002). Affekte und Gefühle aus psychoanalytischer Sicht. *Psychotherapie im Dialog*, 2, 120–126.
- Le Roy, J. (1994). Group analysis and culture. In D. Brown & L. Zinkin (Eds.), *The psyche and the social world* (pp.180–2001). London: Routledge.
- Schlapobersky, J. (2000). Die Rückforderung von Raum und Zeit. *Arbeitshefte Gruppenanalyse* 2000, 61–86.
- Stern, D. (1985). *The interpersonal world of the infant*. New York: Basic Books.
- Volkan, V. D. (1999). *Das Versagen der Diplomatie*. Giessen: Psychosozial.
- Wurmser, L. (1987). *Flucht vor dem Gewissen*. Berlin: Springer.

About the Author

Regine Scholz studied psychology and sociology in Mainz and Munich and now has a private practice as a psychotherapist and group analyst specialized in trauma psychotherapy. Her publications deal mainly with group analysis and cultural issues. She is the deputy chairperson of the Münster Institute of Group Analysis and is a member of the training staff.

Regine Scholz studierte Psychologie und Soziologie in Mainz und in München. Sie arbeitet als Psychologische Psychotherapeutin und Gruppenanalytikerin in eigener Praxis mit dem Schwerpunkt Traumatherapie. Ihre Publikationen beschäftigen sich im Wesentlichen mit Fragen der Kultur und Geschichte aus gruppenanalytischer Sicht. Sie ist stellvertretende Vorsitzende des Instituts für Therapeutische und Angewandte Gruppenanalyse Münster, an dem sie auch als Ausbilderin tätig ist.

Author's Contact

Regine Scholz
Kortumstr. 114
D-44787 Bochum
Germany
regine.scholz@regine-scholz.de

Memory Resurging: Political Aspects in the Reconstruction of the Past

Alexander Schuller (Berlin)

With memory we construct and act on our own past and thus, paradoxically, become its prisoner. This problem can be resolved by treating memory as a hypothesis, as an ongoing search to integrate our self, our social setting, and our world-view (*Weltanschauung*). This is in fact what we call historical truth. Memory must therefore be able to provide both identity and freedom.

This can be done by:

1. invoking historically and personally different sets of memory,
2. Submitting personal, historical, and social memory to ideological questioning,
3. defining memory as a functional requisite of social survival.

History resurging

So we all know what history is: PHILIPP II of Macedonia and PHILIPP II of Spain, BOTTICELLI and BACH, WILLIAM THE CONQUEROR and COLUMBUS, HEGEL and HERAKLES, temples and pyramids, revolutions and restorations, poems and battles. That, you may well concede, is history, but would my short run-down of history also be yours? Suppose you are an adamant pacifist, you might have preferred to leave out the battles; or you care little about Renaissance art and would have preferred BRAQUE to BOTTICELLI. So my short list is not really history, but one of many possible histories. Who then can give us a correct and complete picture of history? Can there be anyone? What is complete and what is correct? We all have our prejudices and interests. We are ourselves part of history. But aren't there specialists, historians, who know how to deal with history and all its epistemological pitfalls? They know how to deal with documents and data, with descriptions and inscriptions, with material and with immaterial history. Is that what we need to know about the past? Or are we raising the wrong question altogether? We are asking history and should rather be asking ourselves. Since Mr. Ben Ladin let us know that we are crusaders, we have started to wonder whether we might have overlooked something. Why would anyone take us for crusaders? Who are, who were the crusaders?

Many of us don't know. Those who do know would say that we are not crusaders but tolerant humanists, enlightened atheists, in the best sense of the word. We are present, omnipresent, but nothing that once was. That's what we proclaim, when the sun is shining and the twin Trade Towers aren't burning in the background. On the other hand, the West has started asking questions. That is in fact what defines a humanist: he doubts. And so we re-flect, re-view, re-evaluate our history, checking out our identity. It appears that we have a loose identity and a lost history. We live in the present, but we assume that we have a past and that descending into the catacombs might be useful, perhaps even necessary. We have become nervous, that's true. Our past seems to have evaporated. We know our history like the pockets in our trousers, but there is no history in them. There is no distance, no difference. The more we try to appropriate history, the closer it gets, the more it disappears. It's all here and now, not there and then. We know history, but does history recognize us? Something important seems to escape us. Where are the hidden secrets of our past? Are there any? What's behind the various and varying meanings with which we try to construct flashy memories? Are we still powerful enough to generate meanings with which to construct durable memories, perhaps even myths? Is memory fading because meanings are? Or do we, on the contrary, need memory to generate meaning? Do we need a sense of continuity, of tradition, of time, of death, of transcendence? What is the frame of reference that would recover and put order into all the bits and pieces of our past? And what is it that we might discover when we delve beyond memory into unsorted territory?

History is not what it seems. It is double-faced. It makes us and we make history. It is a given, but it is also an artefact. It is a configuration of memory, of individual memory, social memory, hidden memory, forbidden memory. All of memory needs to be, and is, constantly being constructed—and reconstructed. And memory is not even our basic material. It is impressions, many and mostly fleeting. Some of these impressions coagulate into recollections. When recollections become embedded in a biographical context, we call them memory. Social memory works in a way similar to individual memory. In its construction it involves the multitude of other memories that abound in a society. These memories interact and modify each other. They form a complex unity. Without it, there would be no common ground on which to base speech and love, judgment and decision. We hear and read and discuss—and learn to feel—what other memories include, entail, proclaim, demand. Of course, we can't amalgamate and organize all the impressions that all the members of a

society have collected in all of our history. We have to work on history, give it shape and focus and direction, implement it as the functional prerequisite of social survival. We have to decide how and what to teach our children, what to love and what to loathe, how to deal with our neighbors, what jokes to tell them and in what language. Memory, then, is not just a social construct, it is a social contract. Collective memory we call tradition. But tradition is a shaky business. It is incomplete, it is biased, it is fickle, it is—from an anthropological perspective—superficial. Tradition takes the high ground. It rarely, if ever, descends into the lower depths of society, into our souls, or, if you prefer academic jargon, into the psychic structure of society. Even so, we can't do without it. We are the recipients of the past, of history, of its traditions and rituals; we are equally its architects. We select, we arrange, we interpret the sedimented material that we derive from our long forgotten past. By so doing, we define the range and the limits of our options, of our future, and of our identity.

We breathe history, but its forces are fading. Contexts crumble. References recede. Sequences stop. Neither night nor day, neither sadness nor hope hold on. Wherever we go, we face omnivorous presence and flaring lights. We come and go, talking of MICHELANGELO. Are we suffocating? Let's not talk about MICHELANGELO, let's talk about trauma, history's identical twin. Trauma is the cruel promise of eternity, of time never-ending, and of final salvation. Trauma petrifies and then resurrects time and memory, and history and brings it to its fruition. Trauma is serious. It keeps faith. It's trauma or oblivion.

No bombs, no torture, no humiliation, just another culture: can that be trauma? Of course it can. It's called culture-shock. A new *Weltanschauung* can be just as unsettling, just as traumatic, culturally humiliating. Many people never recover from it. Ralph LINTON called them 'marginal men,' outsiders forever. A new *Weltanschauung* is traumatic because it threatens the legitimacy my own ingrown tradition. Integrating the new into the old calls for considerable emotional and intellectual effort. This is, in fact, what the writers of the Renaissance did, creating the basis for Western ideological tolerance. Montaigne is the pre-eminent example. He took recourse to the treasures of European history, les anciens, the philosophers and poets of Greece and Rome. He wrote his essays in order to domesticate, to socialize the trauma of a shockingly new world. The Middle Ages were gone. Protestants were taking over. Traditions were in doubt. Time had begun to accelerate. Natural science was pushing theology aside. New savage peoples were appearing all over the

world. Some of them were completely naked, and they were not Christians. That was a whole lot of cultural trauma for the Europeans. Montaigne pleaded for tolerance, for an attempt to integrate all these novelties, to take them as amusement and enrichment rather than as a threat. And it worked. The European courts all started drinking Chinese tea, in Chinese tea-houses, in Chinese teapots.

This is how trauma works: by surprise. Trauma documents the moment when a paradigm is broken, be it emotional, cognitive, traditional, individual, cultural, or historical. Trauma results when we are confronted with and then submitted to a world we never knew. We usually think of trauma as an individual scar, but it can equally concern a family, a group, a whole nation. We are familiar with individual trauma and the complicated process of softening its scars. But there is no therapy for entire groups, whose members are persecuted, imprisoned, murdered. The Huguenots in feudal France, the Blacks in the United States, the Armenians in Turkey, the kulaks and the aristocrats in the Soviet Union, the Jews in Germany, the intellectuals in Mao's China, they are all traumatized. But they are generally considered to be political victims, not patients, although their trauma can persevere through generations. When a whole nation is traumatized, the consequences can be profound. Germany is a case in point. Since the two terrible defeats in World Wars I and II, there has been a radical reshaping of national character, supported by a program of 're-education' that has both extinguished and revived memory. Trauma can manifest itself as a change as or for that matter as destruction of—national culture and identity. That may not in all cases be disadvantageous. Colonization works like that, and no one has ever claimed that Pakistanis and Indians have been hurt by the introduction of the British legal system. But different national traumas work quite differently: not breaking but preserving memory and identity. The Poles are a case in point. Enduring and overcoming all the various, highly dramatic partitions, they finally achieved Polish national unity.

Traumata, specific national traumata, work differently in the context of their respective societies, their histories, and their values. They respond to different functional prerequisites. Since traumata can and do in fact endanger a people's identity, they can threaten its survival, both physically and culturally. But historical memory, or cultural identity, is not a shopping bag filled with historic recollections and identities from which we pick and choose. Some of these historical shopping bags may be completely empty, as in the case of the Black slaves who were shipped to America. Their traumatic experience was mur-

derous: almost complete extinction of identity and tradition. They had nothing left, not even a common language. In this context the Black Muslim movement, of the late 1960s, can be considered to have been a most daring attempt to create an artificial—supposedly Muslim—identity. With no tradition, no historical material to refer to, with nothing but a ferocious political will created a historical memory and established their political presence. “To be is to decide to be” is the name of this lesson. Slogans such as ‘Black power’ and ‘Black is beautiful’ followed. They, too, sought to inculcate a sense of pride among American Blacks. This example shows that historical memory can be completely artificial. In this most radical form of social construction, not just reconstruction, the nature of historical memory is revealed. It is political, and it aims at both physical and cultural survival. It is a test of the will of a people to claim its place in history.

A trauma is not just an injury, it is a resource. It stands fast in the incessant stream of coming and going. It holds on to the past and its promises. Traumata are both cruel and kind, conservative and revolutionary. Traumata are dialectic. They don’t just preserve and save, they cry for action, they scream. Their herald is Edvard MUNCH.

We are traumatized patients, but we could be gods, at least semigods. We could be semi if we did not neglect something important: the darker—seemingly or really unfathomable—historical ground upon which we tread. We neglect anguish and disappointment, hate and humiliation, injustice and insult, loss and rage, resentment and revenge. We should occasionally descend into hell, into the realm of our nightmares, of our traumata. That is decidedly more challenging than drowning in a jacuzzi.

Autor’s Contact

Prof. Dr. Alexander Schuller
Kufsteiner Str. 18
10825 Berlin
Tel +49 – 30 - 857 298 88
Fax +49 – 30 - 857 298 86
perikles@zedat.fu-berlin.de

Erratum

The abstract of Dr. Ilse Burbiel's article "Dynamic Psychiatry's Work in Trauma Therapy" in volume DP 212/213 had to be revised as follows:

In the Berlin School of Dynamic Psychiatry, the traumatic micro- and macro-experiences conditioned by group dynamics has always been integrated into the etiology of severe psychic disorders. This integration has made it necessary to reformulate psychoanalytic concepts and expand methods of psychoanalytic treatment. Taking the etiology of traumatic conditions into consideration, dynamic psychiatry's identity therapy has gradually developed into a well-founded psychodynamic and group dynamic concept for treating traumatized patients. As a holistic and systemic concept, it can also effectively and profitably integrate methods from different therapeutic approaches to the treatment of trauma.

Announcements • Ankündigungen

11th International APPAC Conference: "Psychology & Communication, Friendship & Unity"; May 2nd – 5th, 2006

APPAC Secretariat
18 Aigialias Str.
GR-15125 Marousi
Greece
Tel +30 - 210 - 685 7319 • +30 - 210 - 684 2663
Fax +30 - 210 - 684 2079 • +30 - 210 - 620 5307
appachellas@yahoo.gr
www.epsep.org.gr

ISBD 2006 Conference in Edinburgh, Scotland.

2nd Biennial Regional Group Conference of the International Society for Bipolar Disorders. 2–4 August 2006

ISBD 2006 Conference Secretariat – Kenes International
17 Rue du cendrier
P.O. Box 1726
CH-1211 Geneva 1 – Switzerland
Tel: +41 - 22 - 908 0488 • Fax: +41 - 22 - 732 2850
isbd@kenes.com

8. Dortmund-Hemeraner Fachtagung für Psychiatrie und Psychotherapie: "Prävention in der Psychiatrie"; 18.–19.8. 2006 in Dortmund und Hemer

Medi-Science, Carsten Brall M.A.
Poppelsdorfer Str. 4

44139 Dortmund
 Mobil 0170 – 343 6411
 cbrall@medi-science.de
 www.medi-science.de

Weimarer Psychotherapie Woche: „Patient oder Kunde – Therapeut oder Dienstleister“; 16.–20.9.2006 in Weimar

Organisationsbüro der WPW
 Schuhgasse 12 – Fischmarkt 5
 99084 Erfurt
 Tel. 0361 - 642 22 74 / 601 35 60
 Fax 0361 - 642 24 49 / 601 35 61
 afp-erfurt@t-online.de
 www.afp-erfurt.de – www.psychotherapie-woche.de
 Organisatorische Leitung: Prof. Dr. med. Günter Plöttner, Leipzig

Impressum

Verlag / *publisher*: 'Pinel' Verlag für humanistische Psychiatrie und Philosophie GmbH • Kantstr.
 120-121 • 10625 Berlin – Geschäftsführer (kommissarisch): Werner Feja • Tel. + Fax: 030 / 313 6959
 • Email: pinelverlag@web.de – Amtsgericht Charlottenburg HRB 64279

Skripte an / *manuscripts to*: redaktion@dynpsych.de

Redaktion / *editorial board*: Dr. phil. Maria Ammon (Herausgeberin / *editor* / verantwortl. Redakteur
 wiss. Teil), Dipl. Psych. Thomas Bihler, Dr. med. Anette Binder, Dr. phil. Ilse Burbiel (Nachrichten /
news), Dipl. Psych. Gabriele von Bülow, Dipl. Psych. Hellmuth Cox (Redaktionsleitung / *editing*
coordinator), Dr. med. Dorothee Doldinger, Dr. med. Egon Fabian, Dr. med. Ulrike Fabian, Dipl.
 Psych. Saskia Heyden (Buchbesprechungen / *book reviews*), Dr. phil. Gertraud Reitz

Hauptgesellschafter des Verlags (Anteil über 5%): Dr. Maria Ammon, Berlin (14%) – Deutsche Akade-
 mie für Psychoanalyse e.V., München (11%) – Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin
 e.V., München (10%) – Klinik für Dynamische Psychiatrie GmbH, München (10%)

Schriftsatz / *layout, typesetting*: Werner Feja, Berlin.

Druck / *printed by*: Druckarnia Art-Druk • Rafael Bartnicki • ul. Lompy 13 • PL-71-699 Szczecin

Erscheinungsweise / *frequency*: 3 Ausgaben jährlich / *3 volumes per year*.

Preise / *prices*: 60,- € p. a.; Bibliotheken (bei Direktbestellung) 51,-; Einzelheft / *single volume* 20,-
 (zzgl. Porto / *mailing fee additional*: Deutschland 4,-; *Europe & world surface* 6,50) – *Customers not*
residing in Germany are requested to subscribe via subscription services.

Zahlungen / *payment*: Lieferung auf Rechnung / *delivery with invoice (bank transfer requested)*:
 Berliner Volksbank (BLZ 100 900 00) – Konto-Nr. / *bank account*: 521 535 9001 – IBAN: DE74
 1009 0000 5215 3590 01 – BIC: BEVODEBB