

Dynamische Psychiatrie

Begründet
von
Günter Ammon

Internationale Zeitschrift für Psychiatrie und Psychoanalyse

38. Jahrgang
1/2005
ISSN 0012-740 X

Dynamic Psychiatry

Heft 210/211

Die Zukunft der stationären Psychotherapie

Aus dem Inhalt:

THOMAS SIMMICH (DRESDEN, GERMANY)

Perspektiven zur Zukunft der stationären Psychotherapie

JOHN L. CARLETON (SANTA BARBARA, USA)

The Future of Inpatient Psychotherapy

EGON FABIAN (MUNICH, GERMANY)

Dynamische Psychiatrie in einer Zeit der Veränderungen

MATTHIAS KRISOR (HERNE, GERMANY)

Die Institutionelle Psychotherapie

- eine integrative Gestaltung des therapeutischen Raumes

HANS-JOACHIM MAAZ (HALLE, GERMANY)

Der unverzichtbare Wert stationärer Gruppentherapie
zur Behandlung von "Frühstörungen"

Dynamische Psychiatrie / Dynamic Psychiatry

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

38. Jahrgang, 1. Heft 2005, Nr. 210/211

Begründet von GÜNTER AMMON,
herausgegeben von MARIA AMMON unter Mitarbeit von:

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

Inhalt/Contents

Editorial.....	1
Erratum	6
<i>Thomas Simmich (Dresden, Germany)</i> Perspektiven zur Zukunft der stationären Psychotherapie	7
<i>John L. Carleton (Santa Barbara, USA)</i> The Future of Inpatient Psychotherapy	19
<i>Egon Fabian (Munich, Germany)</i> Dynamische Psychiatrie in einer Zeit der Veränderungen	36
<i>Matthias Krisor (Herne, Germany)</i> Die Institutionelle Psychotherapie - eine integrative Gestaltung des therapeutischen Raumes	46
<i>Hans-Joachim Maaz (Halle, Germany)</i> Der unverzichtbare Wert stationärer Gruppentherapie zur Behandlung von "Frühstörungen" ...	62
<i>V.A. Ababkov, E.I. Chekhlaty, B.D. Karvasarsky., R.K. Nazzyrov, N.G. Neznanov, V.D. Wied</i> (<i>St. Petersburg, Russia</i>) The Future of Inpatient Psychotherapy in Russia.....	73
<i>Stijn Vanheule, Stefan Bogaerts, Mattias Desmet (Ghent, Belgium)</i> Professional Burnout in its Relation to Interpersonal Recognition and Trust: An Empirical Study.....	89
<i>Karin Pöhlmann, Peter Joraschky (Dresden, Germany)</i> Individuelle Sinnkonstruktion und Salutogenese	110
Curriculum Vitae	129
Announcements / Ankündigungen	134
Impressum	138

Editorial

Über die Bedeutung und den Stellenwert der stationären Psychiatrie, ganz besonders der stationären Psychotherapie, wird heutzutage viel diskutiert. Die Ansichten bewegen sich auf einem vielschichtigen Spektrum zwischen Pro und Contra stationärer Psychotherapie wesentlich unter dem Gesichtspunkt von Kosteneffektivität und -begrenzung. Zu nennen sind hier beispielsweise der Abbau stationärer Einheiten, Reduktion des stationären Personals, Kürzung der Behandlungszeiten, Rationalisierungsmaßnahmen, Einführung der DRG, Disease-Management u.v.a.m. Insgesamt steht stationäre Behandlung unter dem ökonomischen Diktat. Dieses Diktat wirft, wie wir wissen, in der klinischen Praxis zahlreiche Probleme für die Patienten, das behandelnde Team und deren Vorgesetzte auf. Manche Konzepte scheinen mehr am grünen Tisch als weniger am Krankenbett entwickelt.

Die Zukunft der stationären Psychotherapie muss aber auch aus der wissenschaftlichen Perspektive heraus diskutiert werden. Die Zeit des Schulenstreits ist längst vorüber, stattdessen beobachten wir sowohl in der Praxis als auch in der Forschung eine starke Orientierung hin zu störungsspezifischen Interventionen, eine an sich begrüßenswerte Tendenz, gäbe es da nicht das Problem eines zunehmend zu beobachtenden Eklektizismus bzw. "Polipragmatismus", insbesondere in der Psychiatrie und Psychosomatik. In diese Diskussion über die Zukunft der stationären Psychotherapie klinkt sich das vorliegende Heft der Zeitschrift mit folgenden Beiträgen ein.

Thomas Simmich diskutiert, ausgehend von einem kurzen Überblick über die "zentralen Entwicklungslinien der stationären Psychotherapie" in Deutschland, zukünftige Perspektiven einer stationären Psychotherapie u.a. unter den Aspekten der Veränderungen der Strukturqualität im stationären Psychotherapiesektor, der aktuellen empirischen Psychotherapieforschung, der zunehmenden Manualisierung der Psychotherapie, und der Stellung des Subjekts im Therapieverständnis des Psychotherapeuten. John L. Carleton wendet sich gegen soziale, politische und ökonomische Kräfte, die die Fachleute daran hindern, die therapeutisch effektivsten stationären Einheiten zu schaffen. Und dies in einer Zeit, in der die neuesten neurowissenschaftlichen Ergebnisse die bislang vertretenen psychodynamischen und biopsychosozialen Theorien und therapeutischen Methoden stützen. Er beschreibt die wichtigsten Kriterien für eine effektiv arbeitende psychiatrische Station und appelliert an die Integrität

der Fachleute, die Öffentlichkeit über die Notlage der stationären Psychotherapie aufzuklären. Egon Fabian stellt vor dem Hintergrund des politischen, sozialen und ökonomischen Wandels unserer Zeit die kritischen Auswirkungen auf die stationäre Psychotherapie dar. Der ökonomische Druck führt zu kürzeren Behandlungszeiten und damit zu großen Problemen vor allem in der Beziehungstherapie von den Patienten, die in ihrer frühesten Bindungsgeschichte schwer gestört und traumatisiert wurden, Patienten also, die wegen ihres großen Misstrauens Zeit brauchen, sich auf die Therapie einzulassen. Die Dynamisch-Psychiatrische Klinik Mengerschwaike versucht den, mit diesen und auch anderen Problemen verbundenen Herausforderungen zu begegnen, ohne ihr spezifisches Behandlungsprofil dabei zu verlieren. Matthias Krisor, ausgehend von der geschichtlichen Entwicklung der "Institutionellen Psychotherapie" in Frankreich den Begriff der "Institution", in der das Subjekt durch die Gestaltung eines therapeutischen Raumes vor Entfremdungsprozessen geschützt und seine Wünsche und Bedürfnisse wahrgenommen und respektiert werden. Hans-Joachim Maaz plädiert für eine stationäre Psychotherapie von Patienten mit sog. Frühstörungen und stellt das in seiner Klinik praktizierte Gruppenkonzept vor, das die Integration körperpsychotherapeutischer Interventionen für die emotionale Verarbeitung präverbaler Störungen als unerlässlich ansieht. Die Autoren des psychoneurologischen Forschungsinstitutes V. M. Bechterev in St. Petersburg, V. A. Ababkov, V. D. Wied, B. D. Karvasarsky, R. K. Nazyrov, N. G. Neznanov und E. I. Chekhlatyy analysieren, ausgehend von der vergangenen und gegenwärtigen Situation stationärer Psychotherapie in Russland, deren Vor- und Nachteile und fordern für die Zukunft die Anwendung von komplexen und integrativen psychotherapeutischen Ansätzen und deren wissenschaftliche Fundierung durch weltweite Forschungsbemühungen. Stijn Vanheule und Mitarbeiter referieren eine empirische Studie über berufliches "Burn-Out" und kommen zu dem Ergebnis, dass die zwischenmenschliche Anerkennung im Berufsfeld signifikante Prädiktoren für das Verständnis des "Burn-Outs" sein können, und dass das "Burn-Out" sowohl als ein individuelles als auch ein organisatorisches Problem aufgefasst werden sollte. Karin Pöhlmann und Peter Joraschky reflektieren in ihrem Beitrag den Zusammenhang von Sinn, geistiger und körperlicher Gesundheit und Salutogenese. Ergebnisse aus Untersuchungen mit Therapiepatienten und gesunden Individuen zeigen Unterschiede zwischen deren persönlichen Sinnsystemen. Diese Ergebnisse unterstreichen die Tatsache, dass Sinnlosigkeit schädlich für die geistige und körperliche Gesundheit ist.

Die Suche nach dem Sinn im Leben ist daher ein wichtiges Thema in der Psychotherapie.

Ich möchte mich bei allen Autoren für ihr Engagement und ihre Kooperation aufs allerherzlichste bedanken, zumal dieses Heft unter einem großen Zeitdruck herausgebracht werden musste.

Ilse Burbiel

Editorial

Nowadays the importance of inpatient psychiatry, in particular that of inpatient psychotherapy is frequently discussed. There is a wide range between the pro and contra of this issue, which is mainly discussed in view of cost effectiveness and cost reduction. Questions to be discussed in this context are e.g. the reduction of inpatient units, of inpatient staff, of treatment periods, rationalization measures, the introduction of DRG, disease management etc. All in all, inpatient treatment is placed under the dictates of economy. As we all know, this economic dictate raises a lot of problems for our patients in the hospital as well as for the treatment staff and their superiors. Some concepts seem to be more arm-chaired ones rather than developed in practice, considering the needs of the patients.

The future of inpatient psychotherapy, however, must also be discussed with regard to the perspective of science. The times of schools conflicting each other, are long gone. Instead a strong tendency towards disease oriented interventions can be observed in practice as well as in research, which would be a good thing, if there was not the problem of increasing eclecticism resp. "polypragmatism" in particular in the fields of psychiatry and psychosomatics. In this edition of our Journal, various contributions to the discussion about the future of inpatient psychotherapy are presented.

Proceeding from a short survey on the "main courses of development of inpatient psychotherapy" in Germany, Thomas Simmich discusses the future perspectives of inpatient psychotherapy, among others under the aspects of changed quality of structure in the sector of inpatient psychotherapy, of present empirical psychotherapeutic research, of increasing manualization of psychotherapy, as well as of the position of the subject in the therapist's understanding of psychotherapy. John L. Carleton turns against social, political and economic forces, which prevent experts from creating therapeutically most effective inpatient units. All this is happening in a time, in which latent neuroscientific results support those psychodynamic and psychosocial theories and therapeutic methods, which till now had been up to date. Carleton describes the most important criteria necessary for an effectively functioning psychiatric hospital. He appeals to the integrity of the experts to inform the public about the emergency of inpatient psychiatry. Egon Fabian describes the critical Impacts an inpatient psychotherapy on the background of the political, social and

economic changes of our time. Economic pressure leads to shorter treatment periods and thereby to greater problems within the relationship therapy of those patients, who have been severely disturbed and traumatized in their early history of attachment, patients, who, owing to their great mistrust, need time to engage in therapy. The Dynamic Psychiatry Hospital Mengerschwaike endeavours to encounter the challenge connected to this and to other problems without losing its specific treatment profile. Proceeding from the historical development of "institutional psychotherapy" in France, Matthias Krisor analyses the term "institution", which entails the creation of a therapeutic space within which the patient is protected from alienating processes and within which his or her wishes and needs are realized and respected. Hans-Joachim Maaz pleads for an inpatient psychotherapy for patients suffering from so called early disturbances. He presents a group concept practised in his hospital; to him, the integration of body psychotherapeutic interventions is indispensable for the emotional processing of preverbal disturbances. Proceeding from the past and present situation of inpatient psychotherapy in Russia, the authors of the Psychoneurological Research Institute V.M. Bechterev in St. Petersburg V.A. Abakov, V.D. Wied, B.D. Kavarsarsky, R.K. Nazyrov, N.G. Neznanov and E.I. Chekhlaty analyse its advantages and disadvantages, and demand to apply complex and integrative approaches in the future, which have to be scientifically supported by worldwide research. Stijn van Heule and his co-workers present an empirical study dealing with the problem of "burnout" at work. They found, that mutual recognition at work can be a significant predictor for understanding the "burnout syndrome". To them "burnout" is to be regarded as an individual as well as an organizational problem. Karin Pöhlmann and Peter Joraschky in their paper reflect on the connection between purpose, psychic and bodily health and salutogenesis. Results from investigations of patients and non-patients reveal different personal systems of purpose. These results confirm the fact that purposelessness is harmful to a person's psychic and bodily health. Searching for a purpose in one's life is therefore an important aspect of psychotherapy.

I would very much like to thank the authors for their commitment and cooperation, especially since this edition of our Journal had to be edited under great time pressure.

Ilse Burbiel

Erratum

We regret that in our last issue (208/209) on page 459 the title of Prof. Bahne Bahnson has erroneously been printed as Prof. MD. instead of Prof. PhD.

From the desk of the editorial staff

Wir bedauern, dass im letzten Heft unserer Zeitschrift (208/209) in der Liste der Autoren auf Seite 459 der Titel von Prof. Bahne Bahnson irrtümlich als Prof. Dr.med. angegeben wurde. Richtig ist Prof. Dr.phil.

Die Redaktion

Perspektiven zur Zukunft der stationären Psychotherapie

Thomas Simmich (Dresden, Germany)

Being able to narrate perspectives of inpatient psychotherapy, presupposes knowledge of the fundamental processes of development with regard to substance and organization up to current variants of creation within the field of inpatient psychotherapy. In this way questions may be asked, the answer of which are to be found in future developments within inpatient psychotherapy, e.g. questions for changes in the quality of structure within the field of inpatient psychotherapy, for desiderata of current empirical psychotherapy research, for perspectives of further developments with regard to substance, for the range between rehabilitative and curative psychotherapy and between psychiatry and psychosomatics, as well as questions for the future of psychotherapy training.

Keywords: inpatient psychotherapy, future developments, structure, quality

Einleitung

Prognostische Aussagen zur stationären Psychotherapie zu wagen, setzt zunächst einen Blick auf die zentralen Entwicklungslinien der stationären Psychotherapie in Vergangenheit und Gegenwart voraus.

Gelegentlich als deutscher Sonderweg apostrophiert, wird Psychotherapie in Deutschland heute in weitgehender Eigenständigkeit zur Psychiatrie gleichrangig neben ambulanten Behandlungsformen in der Klinik praktiziert. Seit ihren Anfängen als psychoanalytisch inspirierte stationäre Psychotherapie unter GRODDECK seit 1900 in Baden-Baden und SIMMEL seit 1927 im Berliner Schloss Tegel hat die stationäre Psychotherapie sich zu einem heute unverzichtbaren Bestandteil der psychotherapeutischen Versorgungslandschaft in Deutschland etabliert mit etwa 14.000 stationären Psychotherapiebetten. Bald nach Kriegsende wurden zahlreiche psychotherapeutische Fachkrankenhäuser zur Akutversorgung nicht psychotischer, psychosomatischer Krankheitsbilder geschaffen und einige Jahre später durch die Spezialisierung von Kureinrichtungen um einen stationären Psychotherapiesektor mit rehabilitativer psychotherapeutischer Zielstellung ergänzt.

Die Entwicklung der stationären Psychotherapie

Der Prozess der Herausbildung einer stationären Psychotherapie war von Beginn an gekennzeichnet durch strukturelle und inhaltliche Entwicklungen. Die Anfänge der stationären Psychotherapie lagen in der Integration des dem Einzelfall verpflichteten psychodynamischen Denkens mit der interaktionellen soziodynamischen Beziehungsperspektive eines Krankenhauses. So konnte die einzeltherapeutische Perspektive auf psychische und psychosomatische Störungsbilder um eine sozialpsychologische Dimension erweitert werden. Dabei bot die sich entwickelnde Gruppenpsychotherapie auch den theoretischen Verständigungsrahmen für psychische Entwicklungsphänomene der Patientengruppe innerhalb der Klinik. Die Art der Präsentation psychischer und psychosomatischer Symptome innerhalb der Psychotherapiestation wurde als unbewußte psychosoziale Kompromißbildung mit Übertragung unbewußter Beziehungsphantasien in das Beziehungsfeld der Station verstanden. Dabei wurde, was inhaltlich zunächst analytische Gruppenpsychotherapie innerhalb der Klinik war (ARFSTEN et al., 1995), bald zur Psychoanalyse im klinischen Setting (STEPHANOS, 1973), die durch weitere, vor allem interaktionelle, sozialpsychologisch begründete Verstehens- und Therapeutenvariablen ergänzt werden konnte und darüber hinaus lerntheoretisch begründete, übende Behandlungselemente und kreativtherapeutische Praxisangebote integrierte. Zunehmend als eigenständige Psychotherapieform anerkannt, begründete sich eine Theorie der stationären Psychotherapie vor allem durch Aspekte der aktiven Therapietechnik innerhalb der Psychoanalyse (FERENCZI, 1939) in ihrer Weiterentwicklung zur psychodynamischen Psychotherapie aus. Das komplexe theoretische Verständnis der stationären Psychotherapie integrierte Aspekte der interaktionell-systemischen Perspektive (FÜRSTENAU, 1998), die Dimension des kreativtherapeutisch-nonverbalen Psychotherapieverständnisses und lerntheoretische Aspekte bei Krankheitsverständnis und störungsspezifischer Methodeninnovation der kognitiven Verhaltenstherapie.

Das Zusammenspiel der intra- und interpersonellen Perspektive ist immer wieder unterschiedlich reflektiert worden und spiegelte sich in verschiedenen Strukturkonzeptionen der stationären Psychotherapie wider. So wurde das "Hotelkonzept" ERNST SIMMELS als Organisationsprinzip der stationären Psychotherapie bald abgelöst durch die Übernahme der aus sozialpsychiatrischen Einrichtungen stammenden Konzeption der "therapeutischen Gemeinschaft" (JONES, 1953; MAIN, 1957). Das bipolare Konzept eines "Therapie- und eines

Realraumes" in der stationären Psychotherapie mit seiner Vorstellung einer hierarchischen Steuerbarkeit unbewusster Prozesse zwischen beiden hypothetischen Räumen wurde später durch das holistische Behandlungsprinzip des "therapeutischen Raumes" im klinischen Feld mit einer kooperativen Arbeitsorganisation abgelöst (POHLEN, 1973). Der Einzug lerntheoretisch begründeter, kognitiv-verhaltenstherapeutischer Therapieverfahren in die Psychotherapie gab Impulse, auch das stationäre Behandlungssetting klarer zu strukturieren bis hin zu weitgehend manualisierten Therapieprozessabläufen für einzelne Störungsbilder in der Klinik. Während stationäre Psychotherapie vom Organisationsprinzip her als (psychodynamische) Gruppenpsychotherapie in der Klinik startete, wird stationäre Psychotherapie heute, auch wenn "die" Therapie kein einheitliches Verfahren ist, als dynamische Einheit eigener Strukturqualität begriffen (RUFF & LEIKERT, 1995).

Derzeitige Situation der stationären Psychotherapie

Die Organisationsstrukturen der Psychotherapieklinik heute sind zu verstehen als integratives Modell im Hinblick auf die aufgezeichneten Entwicklungslinien (SCHNEIDER & SENF 1998; JANSSEN 1987). Als psychosomatische und psychotherapeutische Komplexbehandlung ist die derzeitige Anwendungspraxis gekennzeichnet durch ein Nebeneinander-Bestehen von stationären Psychotherapieeinrichtungen mit mehr oder weniger Methoden integrierender Behandlungspraxis, deren Schwerpunkt entweder psychodynamisch oder kognitiv-verhaltenstherapeutisch oder beide Therapieschulen gleichrangig kombinierend ist (HOFFMANN et al., 1998). Auch die Grenzen zwischen rehabilitativer und kurativer stationärer Psychotherapie zeigen sich in der Praxis als weit weniger klar unterscheidbare Schwerpunktsetzungen, die im Reha-Bereich genauso im Einzelfall kurative Therapieprozesse ermöglichen so wie im kurativ-akutpsychosomatischen Versorgungsbereich rehabilitative Therapieziele, d.h. vor allem die verbesserte Adaptation an soziales Umfeld und Arbeitswelt Behandlungsschwerpunkte sein können.

Zur Effizienz

Zahlreiche empirische Studien belegen die generelle Wirksamkeit der stationären Psychotherapie sowohl in der Akutpsychotherapie wie in der Psychosomatischen Rehabilitation (siehe in: RUDOLF et al., 2004). Dabei vollzog

sich in den letzten Jahrzehnten eine Entwicklung von zunächst erfahrungsgeliteten Behandlungsmodellen hin zu einer wissenschaftlichen Erforschung der einzelnen Strukturvoraussetzungen unter den besonderen Entfaltungsbedingungen anerkannter psychotherapeutischer Wirkfaktoren im stationären Setting (POHLEN & BAUTZ-HOLZHERR, 2001). Bei Anerkennung einer prinzipiell erwartbaren Wirksamkeit im gesamten Spektrum psychoneurotischer und psychosomatischer Symptombildungen und Persönlichkeitsstörungen gilt seit der Forderung des Wissenschaftlichen Beirates Psychotherapie im Anerkennungsverfahren der Anwendungsbereiche für die Psychotherapie Erwachsener (Wissenschaftlicher Beirat Psychotherapie, 2000) das gegenwärtige Interesse der Wirksamkeitsforschung vor allem an Fragen einer Behandlungsoptimierung im Hinblick auf störungsspezifische Aspekte innerhalb der jeweiligen Grundorientierung der Therapieschulen (RUDOLF et al., 2004).

Die im Weltmaßstab vergleichsweise hohe Zahl stationärer Psychotherapiebetten in Deutschland ist in den letzten Jahren zum Argument einer Kritik aus gesundheitsökonomischer Perspektive geworden. Diese Kritik lässt jedoch außer Acht, dass entscheidende Impulse der Psychotherapie, auch für die stationäre Psychotherapie von Deutschland ausgegangen sind und zu innovativen Behandlungskonzepten mit einer für andere Länder beispielgebenden kassenrechtlichen Versorgungssituation geführt haben. Der direkte Vergleich zwischen dem Ressourcenverbrauch für stationäre Psychotherapie im Vergleich zu anderen Psychotherapieformen lässt oft außer acht, dass die Indikation zur stationären Psychotherapie einer Patientengruppe gilt, die bei fehlenden psychotherapeutisch-psychosomatischen Behandlungsalternativen durch Liegezeiten und wiederholte Diagnostikleistungen zu den Hochrisikopatienten im Ressourcenverbrauch innerhalb der somatischen Medizin gehören. Solche Faktoren werden in ökonomischen Vergleichsstudien jedoch nur selten berücksichtigt. Wahrscheinlich bewährt sich stationäre Psychotherapie ökonomisch vor allem dadurch, dass diese Gruppe gesundheitsökonomischer Hochrisikopatienten durch das Angebot zur Behandlung in der Klinik, ihrem subjektiven Krankheitsverständnis entsprechend, erstmals für ein psycho-somatisches Krankheitsverständnis gewonnen werden kann und die destruktiven, ökonomisch aufwändigen Zirkel fortwährender, aber erfolgloser Ursachensuche innerhalb der medizinischen Diagnostik unterbrochen werden.

Die bis hier formulierte Beschreibung der zentralen Entwicklungslinien der stationären Psychotherapie hin zu ihrer derzeit in Deutschland geübten Praxis erlaubt, an dieser Stelle auch Fragen an die Zukunft der stationären Psychotherapie aufzuwerfen und zu diskutieren.

Perspektiven der Strukturqualität im stationären Psychotherapiesektor

Während in den vergangenen Jahrzehnten die Organisationsprinzipien der Psychotherapiestation die Entwicklung bestimmten, scheinen inzwischen die bisherigen Modelle in ihren unterschiedlichen Schwerpunktsetzungen eine Basis für ein Strukturprinzip auf der Grundlage einer Integration der besten Behandlungserfahrungen zu liefern und sich in einer relativ einheitlichen Versorgungspraxis niederzuschlagen, die auch Eingang fand in die novellierte Klassifikation der Prozeduren in der Medizin (Operationenschlüssel nach §301 SGB 5). Strukturelle Weiterentwicklungen akutmedizinischer stationärer Psychotherapieeinrichtungen werden künftig weniger von deren Herkunft aus der Inneren Medizin oder der Psychiatrie bestimmt sein. Die Forderung nach ökonomischer Rentabilität muß von der stationären Psychotherapie selbst als Anliegen begriffen werden, wenn verhindert werden soll, daß eine sich verschlechternde Finanzausstattung zu Strukturveränderungen zwingt, die erreichte Qualitätsstandards nicht mehr zu halten erlaubt oder Kosten lediglich verlagert.

Desiderata für die Forschung

Die Forderung nach der weiteren wissenschaftlichen Validierung psychotherapeutischen Handelns mit den Mitteln der empirischen Psychotherapieforschung hat auch innerhalb der bereits als wissenschaftlich anerkannten Verfahren eine Nachfrage nach weiteren Evaluationsstudien ausgelöst, die, über den Nachweis der allgemeinen Wirksamkeit der Methode hinausgehend, spezifische Therapieaspekte im Hinblick auf einzelne Störungsformen und davon ausgehend optimierte Behandlungswege in den Fokus des wissenschaftlichen Interesses stellen.

Die derzeitige Situation läßt sich kennzeichnen als forcierte Legitimationsforschung unter sich verstärkenden ökonomischen Wettbewerbsbedingungen. Da die Psychotherapie jedoch - wie der internationale Vergleich zeigt - eher Ausdruck der kulturellen Reife denn ein integraler

Bestandteil des medizinischen Gesundheitssystems einer jeden Gesellschaft ist, droht dieser Wettbewerb allen Marktteilnehmern im Psychotherapiebereich nachhaltig zu schaden. Bezogen auf die gegenwärtige Situation sind wissenschaftlich begründete Indikationskriterien für die bestehenden Behandlungsalternativen zu fordern.

Während bisher Konsens war, daß die Forderung nach experimentellen Forschungsdesigns mit hoher interner Validität der Komplexität psychotherapeutischen Handelns in der Praxis nicht gerecht wird und unter operationalisierten Bedingungen gewonnene Forschungsergebnisse einer Rückübertragung auf naturalistische Bedingungen bedürfen, droht unter verschärften Wettbewerbsbedingungen eine Verarmung psychotherapeutischen Handelns auf einfache, dem Validitätsbegriff der Evidence Based Medicine nahe stehende, meistens psychoedukative Therapieprinzipien.

Soll Forschung der Komplexität psychotherapeutischen Handelns gerecht werden, kann sie nicht auf statistische Mittelwertvergleiche im Hinblick auf Wirksamkeit und Wirkprinzipien begrenzt werden. Ohne die Forderung nach strengen Wissenschaftlichkeitskriterien aufzugeben, sind hier vor allem Aspekte der modernen Biosystemtheorie oder (nichtlineare) komplexe mathematische Modellierungen zu nennen, die zukunftsweisende Alternativen versprechen.

Perspektiven der inhaltlichen Weiterentwicklung

In der Klinik zeichnen sich die Konturen einer bipolaren Behandlungspraxis ab zwischen einer störungsspezifisch optimierten, manualtreuen, meistens kognitiv-behavioralen Psychotherapie und einer am Einzelfall orientierten, individuell zur Anwendung gebrachten Entfaltung allgemeiner Wirkfaktoren, meistens aus dem personenbezogenen, holistischen Krankheitsverständnis der psychodynamischen Psychotherapie heraus, ab.

Obwohl auch von psychodynamischer Seite Versuche einer Manualisierung (BASSLER 2000; Nickel & Egle, 2001) oder psychodynamischen Störungsspezifität (RUDOLF, 2004) vorgelegt wurden, stellt sich aus der Sicht des Autors das aufgezeichnete Spannungsfeld als dialektisches dar, insofern eine Psychotherapie in störungsspezifischer Manualtreue immer gezwungen sein wird, von den Besonderheiten des Einzelfalles abzusehen, während eine am Einzelfall orientierte Psychotherapie nicht in jedem Fall alle, als wissenschaftlich evaluiert geltenden störungsspezifischen Therapievariablen, auch individuell,

zur Anwendung bringen kann. Soll der als prioritär angesehenen Wirkfaktor der therapeutischen Beziehung nicht gefährdet werden, können manualisierte Behandlungspfade nur selektiv Berücksichtigung finden in ihrer Passung mit den individuellen Störungsbedingungen des einzelnen Patienten und müssen sich in eine adaptive, dem Einzelfall verpflichtete Technik einordnen.

Fragen nach dem Therapieverständnis

Die aufgezeigte Dialektik wirft implizit Fragen nach der Stellung des Subjekts im Therapieverständnis des Psychotherapeuten auf. Im Falle des manual-treuen, störungsspezifisch orientierten, meistens kognitiv-behavioralen Therapieverständnisses, nähern sich Psychotherapeuten aus einer, dem ärztlichen Behandlungsverständnis analogen Perspektive des Expertentums ihren Patienten, die eine Patientenrolle zu übernehmen haben, Irrtümer zu erkennen, zu korrigieren und in der Regel als erkannte Defizite zu trainieren haben. Im Falle des psychodynamischen Therapieverständnisses machen Psychotherapeuten sich zum Ko-Konstrukteur von Entwicklungschancen ihrer Patienten und sind vor allem an einem inneren Emanzipationsprozess ihrer Patienten aus der bisherigen Abhängigkeit von neurotischen Konflikten interessiert. Aus der zuletzt genannten Perspektive wird der stationäre Psychotherapieprozess insgesamt zum Beziehungslabor, das Patienten eine psychotherapeutische Begleitung durch entwicklungshemmende konfliktäre Beziehungserfahrungen ermöglicht, und sie befähigt, durch Bewusstmachung, in größerer Souveränität, sich die Mittel einer Neuorientierung angesichts, bisher ihr Leben bestimmender Konflikt- und Problemlagen, anzueignen.

Die in der Praxis inzwischen vielfach praktizierte additive oder eklektische Kombination verschiedener, von der bisherigen und laufenden Entwicklung des noch jungen Fachgebietes zur Verfügung gestellten Behandlungsmethoden in der Klinik, führt zwangsläufig zu einer therapeutischen Haltung, die mit Hilfe verschiedener Therapiebausteine an einer Verbesserung adaptiver Befähigungen von Patienten interessiert ist, aus der Perspektive der beschriebenen normativen Idealethik des Menschen (HOFFMANN et al., 1998). Für das zuletzt beschriebene kurative Therapieverständnis ist, über das methodenaddierende Bausteinprinzip weit hinausgehend, eine Integration von zur Verfügung stehenden einzelnen methodischen Behandlungsaspekten zu fordern, unter dem Primat einer therapeutischen Haltung der nondirektiven Einflussnahme, die erst das Zu-sich-selbst-Finden im Sinne der Subjekt-

werdung erlaubt. Wo dieser Zusammenhang übersehen wird, verarmt auch in psychotherapeutischen Einrichtungen, die sich dem psychodynamischen Denken verpflichtet sehen, der Zugang zu unbewussten Verstehens- und Handlungszusammenhängen zugunsten einer kognitiven Therapieperspektive der Anpassung an ausschließlich bewusstseinsfähige Verstehenszusammenhänge ihrer Patienten. Wird jene "Strapaze des Selbst-Seins" (EHRENBERG, 2004) nicht mehr gewagt, hat Psychotherapie zwar viel mit Symptomkorrektur, aber kaum noch etwas mit Heilung zu tun. Statt im Ergebnis einer Psychotherapie erstmals oder wieder (als politischer Souverän der demokratisch verfassten Gesellschaft) in der Lage zu sein, vom Leiden an sich selbst abzusehen und den Blick auf das zu richten, was objektiv Leiden hervorbringt, drohen Patienten zu Abhängigen des psychotherapeutischen Versorgungssystems sozialisiert zu werden.

Die Aufklärung über die beschriebenen Sachverhalte erlaubt, die Blickwinkel therapieschulen-ideologischer oder gesundheitspolitischer Verengungen zurückzuweisen und zu einer ergänzenden Kooperation zu finden. Da der anspruchsvolle, über rehabilitativ-adaptive Zielstellungen weit hinausgehende Therapieansatz jedoch eine gewisse Befähigung auf Seiten der Patienten zur Selbstreflexion und die Motivation zur Auseinandersetzung und Subjektwerdung voraussetzt, stellt sich für die Zukunft die Frage nach speziellen Indikationskriterien für die beschriebenen alternativen Behandlungsparadigmen. Welche?

Zum Spannungsfeld zwischen rehabilitativer und kurativer Psychotherapie

Die Differenzierung zwischen kurativer und rehabilitativer stationärer Psychotherapie in Deutschland zeigt sich in der Praxis weniger klar unterscheidbar, was sich auch in künftigen Entwicklungen niederschlagen dürfte. Dabei liegt es weder im Interesse des kleinen Bereiches kurativer stationärer Psychotherapie, wenn mit dem Kostenargument dem Rehabereich bessere Entwicklungschancen eingeräumt werden, noch im Interesse der rehabilitativen Psychotherapie, zwar aus Kostengründen die besseren Entwicklungschancen attestiert zu bekommen, aber inhaltlich zu einer Minimalpsychotherapie gezwungen zu sein. Hier besteht die Gefahr, daß die stationäre Psychotherapie insgesamt Schaden nimmt, wie sich an der fortwährenden deutlichen Unterschreitung der Planungskennziffern für Akutbetten im

Bereich Psychosomatik in vielen Regionen bereits abzeichnet. Die Begrenzung auf adaptive Psychotherapieziele der rehabilitativen Psychotherapie läßt zunächst Therapiekonzepte, die einen erwartbaren Ressourcenverbrauch prognostizierbar machen, geeigneter erscheinen. Das mag ein Grund dafür sein, dass im Rehabereich inzwischen oft dem symptomzentrierten kognitiv-behavioralen Therapieansatz mit seinen störungsspezifischen Behandlungsmethoden der Vorzug gegeben wird. Die Akutpsychosomatik wird auch künftig neben symptomzentrierten kognitiv-verhaltenstherapeutischen Behandlungskonzeptionen dem klassischen Psychotherapieverständnis als einer ihrem Wesen nach personenzentrierte Medizin verpflichtet sein müssen, will sie ihrem Anspruch nach einer kurativen Psychotherapie gerecht werden. Da hierfür in besonderer Weise die Motivation und Behandlungsvorbereitung der Patienten erfolgsbestimmend ist, sind diagnostische und behandlungsmotivierende Vorphasen und Intervallbehandlungen zu fordern, für die gegenwärtig noch immer keine ausreichenden Finanzierungsgrundlagen vorliegen.

Zum Spannungsfeld zwischen Psychiatrie und Psychosomatik

Mit der Schaffung des Facharztbereiches Psychotherapeutische Medizin 1992 gelangte eine Entwicklung in Deutschland zu ihrem vorläufigen Abschluss, die im Bereich der sprechenden Medizin inzwischen das Nebeneinanderbestehen von Psychiatrie und Psychosomatik, wie die Fachpsychotherapie im stationären Bereich seither übereinstimmend bezeichnet wird, zur Folge hat. Nicht gelöst wurde trotz Eigenständigkeit der stationären Psychosomatik gegenüber den Kernkompetenzen der Psychiatrie die Aufgabe, im Bereich der Psychosomatik auch Menschen in akuten psychischen Krisen nicht-psychotischer Qualität einschließlich Suizidalität, angemessen zu behandeln. Hierfür sind institutionelle Voraussetzungen vielfach erst noch zu schaffen und dringend zu fordern.

Fragen der Vernetzung

Eine gewichtige, aber ungelöste Frage im Umfeld der stationären Psychotherapie ist die nach einer verbesserten Stabilisierung der Behandlungsergebnisse nach Entlassung. Es darf der empirischen Psychotherapieforschung angemahnt werden, präzise rezidivgefährdete Patientengruppen

nach Entlassung aus einem stationären Psychotherapieprozess zu charakterisieren und jenseits einer raschen Wiederholung der stationären Psychotherapie andere Formen der Erfolgsstabilisierung in der nachstationären Phase zu entwickeln. Hierfür sind neben kurzen Wiederholungs- und Wiederaufnahmemodellen (sog. booster session) vor allem verbesserte Formen der Zusammenarbeit und des Informationsaustausches mit ambulant tätigen Psychotherapeuten erforderlich. Oft kann der Verweis auf fehlende datenrechtliche Grundlagen für eine informelle Vernetzung zwischen der Klinik und dem niedergelassenen Psychotherapeuten nicht akzeptiert werden und sollte innovativen alternativen Konzepten den Platz freimachen.

Fragen an die Situation der Psychotherapieausbildung

Auch an die psychotherapeutische Ausbildung von Ärzten und Diplompsychologen stellen sich - nicht zuletzt seit der Gleichstellung der stationären Psychotherapie neben andere Verfahren der psychodynamischen Psychotherapie durch den Wissenschaftlichen Beirat Psychotherapie (2005) - Fragen nach der angemessenen Gewichtung der stationären Psychotherapie innerhalb der Ausbildungsgänge. Ausbildungsbedingungen für Psychotherapeuten werden auf den gegenwärtig oft noch zu beobachtenden "Schulenstreit innerhalb der Psychotherapie" durch Bezugnahme auf die beschriebene Dialektik zwischen korrekter Handhabung störungsspezifischer Behandlungsmanuale und dem Erlernen eines Beziehungsmanagements innerhalb der als kurativ angesehenen therapeutischen Beziehung zu antworten haben. Dabei ist zu fordern, daß bei der Wahl der im Einzelfall beschrittenen Behandlungspraxis von Psychotherapeuten künftig an die Stelle der Tradition der eigenen Ausbildung die Geeignetheit der jeweiligen Behandlungsform tritt. Ob hierfür kooperative Modelle der Zusammenarbeit unterschiedlich ausgebildeter Psychotherapeuten oder die Beherrschung beider beschriebener therapeutischer Haltungen erforderlich sein wird, ist eine Frage von nachrangiger Bedeutung.

Perspectives as to the Future of Inpatient Psychotherapy

Thomas Simmich (Dresden, Germany)

To name perspectives of the inpatient psychotherapy pre-supposes the knowledge of basic textual and organisational development processes as far as the contemporary configuration alternatives within the inpatient psychotherapy sector. These are drafted from “hotel concept”, over the conception of “therapeutic community”, the “therapy and real space” and over the “therapeutic space within the clinical field” until the contemporary structure conceptions, which are characterized moreover by an integration of cognitive-behavioural and disorder-specific treatment options.

The current supply practice is characterised as a coexistence of curative and rehabilitative inpatient institutions, which meet each other in succession in an aggravating competition that challenges the current supply research, but it threatens to generally damage the psychotherapy there, where a non-deliberated comparison of economical indices is forced, as regards inpatient psychotherapy institutions that greatest differ in quality.

The described analysis of the current situation allows to formulate questions, that are to be answered by future developments within the inpatient psychotherapy: for instance about the structure quality modifications within the psychotherapy sector, about a better cross-linking among ambulatory psychotherapy institutions or about desiderata of actual empirical psychotherapy research. The current emerging perspectives of further development as regards to content challenge to re-determine again and again the psychotherapists’ implicit therapy comprehension and their position in the society.

Beyond the therapy-school ideological or health political narrowing the described area of conflict between rehabilitative and curative psychotherapy and between psychiatry and psychosomatic justifies questions to the future of the inpatient psychotherapy and to the formation of psychotherapeutic offspring, questions that make nameable already recognisable, concrete solutions.

Literatur

- Arfsten, A.-J; Auchter, T; Hoffmann, SO; Kindt, H; Stemmer, T (1975): Zur stationären Behandlung psychotherapeutischer Problempatienten oder noch ein Modell stationärer Psychotherapie. *Gruppentherapie Gruppendynamik* 9, 212-220
- Bassler, M (2000): Psychodynamische Therapie bei Patienten mit Angststörungen. In: Möller HJ (Hrsg) *Psychiatrische Therapie* 2. Aufl, Springer, Berlin Göttingen Heidelberg 722-731
- Ehrenberg, A (2004): *Das erschöpfte Selbst*, Campus, Frankfurt M
- Ferenczi, S (1984): Weiterer Ausbau der aktiven Technik in der Psychoanalyse (1939), In: Ferenczi S (Hrsg) *Bausteine der Psychoanalyse*, Bd. II Huber, Göttingen 1984
- Fürstenau, P (1998): Stationäre Psychotherapie psychoanalytisch-systemischer Orientierung. *Psychotherapeut*, 43, 277-281
- Hoffmann, SO; Egle, UT; Bassler, M; Nickel, R; Petrak, F; Porsch, U (1998): Psychotherapeutische Kombinationsbehandlung. *Psychotherapeut* 43, 282-287
- Janssen, PL (1987): *Psychoanalytische Therapie in der Klinik*. Klett-Cotta, Stuttgart
- Jones, M (1953): *The therapeutic community*. New York, Basic books
- Main TF (1957) *The hospital as a therapeutic institution*. *Bull Menn Clin* 10, 66-77
- Nickel, R; Egle, UT (2001): Manualisierte psychodynamisch-interaktionelle Gruppentherapie. *Therapiemanual zur Behandlung somatoformer Schmerzstörungen*. *Psychotherapeut* 46, 11-19
- Pohlen, M; Bautz-Holz Herr, M (2001): *Eine andere Psychodynamik*. Huber, Bern Göttingen Toronto Seattle
- Pohlen, M (1973): Das Münchener Kooperationsmodell. *Gruppentherapie in einem neuen klinischen Organisationsmodell*. *Nervenarzt* 44, 476-483
- Rudolf, G (2004): *Strukturbezogene Psychotherapie*, Schattauer, Stuttgart New York
- Rudolf, F; Jakobsen, T; Micka, R; Schumann, E (2004): Strukturbezogene Ergebnisse psychodynamisch-stationärer Psychotherapie. *Z Psychosom Med Psychother* 50, 37-52
- Ruff, W; Leikert, S (1995): Stationäre tiefenpsychologische Psychotherapie - eine eigenständige Behandlungsform. *Psychotherapeut* 40, 163-170
- Schneider, W; Senf, W (1998): Das integrative Modell der stationären Psychotherapie und die Soziologie der Institutionen. *Psychotherapeut* 43, 302-307
- Simmel, E (1928): Die psychoanalytische Behandlung in der Klinik. *I.Z.Psychoanal* 14, 352-370
- Stephanos, S (1973): *Analytisch-psychosomatische Therapie* (Beiheft I, *Jahrbuch Psychoanalyse*), Huber, Stuttgart
- Wissenschaftlicher Beirat Psychotherapie (2005): Stellungnahme zur Psychodynamischen Psychotherapie bei Erwachsenen nach §11 PsychThG, *Deutsches Ärzteblatt* 102, H1, 45-46
- Wissenschaftlicher Beirat Psychotherapie (2000): Anwendungsbereiche für Psychotherapie Erwachsener. *Deutsches Ärzteblatt* 97, A59

Address of the author:

Dr. Thomas Simmich
 Klinik für Psychotherapie und Psychosomatik
 Universitätsklinikum Carl Gustav Carus der TU Dresden
 Fetscherstr. 74
 01307 Dresden

Thomas.Simmich@mailbox.tu-dresden.de

The Future of Inpatient Psychotherapy

John L. Carleton (Santa Barbara, USA)

During the past two or three decades mental health professions have become progressively more concerned about the future of inpatient psychotherapy. Social, political, and economic forces negatively dominate the efforts of our professions to create the most therapeutically effective inpatient units. Ironically, these events are occurring at a time when new data from the neurosciences substantially support the psychodynamic and biopsychosocial theories and therapeutic modalities which have evolved over the past several hundred years. The author briefly describes the essential operations of effective inpatient psychiatric units.

key words:

Dynamic Psychiatry, inpatient psychotherapy, neuroscience, emotional system, brain plasticity, milieu, biopsychosocial model, neuropsychiatry, memory, psychotherapeutic process

The future of inpatient psychotherapy does not lie in the hands of mental health professionals. It lies in the hands of those social forces which govern our lives. We professionals believe we know what the future of inpatient psychotherapy should be, but we cannot ensure that future. Human social organizations have not reached a level of maturation which will support the psychotherapeutic processes which we know and have demonstrated are optimal. Stigma, inadequate resources and inadequate attention to the emotional needs of our people, the people of this world, are the major constraints which prevent the implementation of adequate psychotherapeutic measures.

Every scientist, every mental health professional, must rest their work upon a comprehensive theoretical basis. The theoretical basis for our endeavors has the most complex construction of any theory. Our theories address the human brain, mind, body and all social behaviors. We believe we know, from long and carefully documented experience and scientific research, what the future of inpatient psychotherapy should be.

The theoretical basis of this paper can best be described as an integration of that which we generally refer to as biopsychosocial, psychodynamic and neurobiological. Inevitably there is a redundancy in these terms. Only a brief

presentation of only a few aspects of the theoretical basis of these complex phenomena can be presented here.

Dynamic psychiatry is concerned about the biosocial nature of human beings as individuals, as couples and as group members. Neuroscience research and the clinical profession of psychiatry confirms that human behaviors are all related to the fundamental fact that humans inevitably in irregular oscillations move toward other humans and away from them. Empathy is involved in these behaviors. The behavior of one individual influences the neurobiological activity of another person's brain. Two interacting people influence each other more or less simultaneously. The fact that another person can influence the neurobiological activity of my brain means that they can destabilize my existing homeostasis. Any emotional activity within my brain has a destabilizing effect upon my brain's homeostatic processes. Both joy and terror destabilize, albeit in different ways. Prolonged euphoria and certainly terror are not good for the human brain.

The re-establishment of individual homeostasis requires a relative degree of isolation from the incoming meaningful sensual messages from others and "moving away" allows that to happen. When homeostatic identity (relative sameness) is too easily destabilized (unpredictably reactive) anxiety may develop. Too much isolation from others leads to the absence of vital empathetic energy and that lead to depression. Dynamic Psychiatry seeks to understand the nature and meaning of the transactional interchange of human energies and information. It seeks to find and develop psychotherapeutic interpersonal relationships, which will ameliorate emotional distress.

Neurobiology includes the study of the development and the activity of the nervous system. This, of course, includes the brain, spinal cord, peripheral nerves, the autonomic nervous system and the structures of special sense. The study of neurobiology and the biological study of a human being are studies of two aspects of the same science. It is possible to focus on a part of the whole biology at a given time, but in reality all biological parts are integrated to form a unified living system. Hormonal, chemical, the immune system, opioid receptor sites on every cell in the body and much more are all part of the neurobiological study.

A person and his group membership are simply two aspects of the same living system. Epigenetic interpersonal events have structured the neurobiological process and the anatomy of my brain-mind and body (SHORE, 1994). Therefore, the mental health professional must understand the social

nature of human life if she/he is to understand any manifestations of the mind and any functional changes in the mind-brain-body unity.

During the very early years of human development (beginning perhaps several million years ago) humans intuitively knew when to move toward and when to move away from behavioral contact with others. Other mammals rely upon similar cues today. These cues are multiple but involve at least the nature of physical behaviors, and information obtained through the senses of smell, vision, touch, taste and hearing. Subhuman mammalian group behaviors are based upon the integrated meaning of these sensual messages. With the evolutionary proliferation of the frontal lobes, human beings have learned to symbolize life experiences with words and language. This marvelous and magical capacity was added to all pre-existing neurobiological structures and functions. The human brain continues to integrate all of the sensual input from the outside world, all of the informationally meaningful communications from its memory storage capacities, all of the sensory information from its own body, and all of the processes of the human mind. The meanings from this integrative power are employed in the service of individual and group adaptational survival.

Every word is a metaphor for a form of pre-verbal sensory-emotional-motor experience. Our brains form cortical maps (SPITZER, 1999) from sensory messages long before we developed the capacity to abstract these mappings into words and thoughts. Sensual experience continues to evolve within each of us and within every form of group and human living system, and we continue to refine and increase the complexity of our abstractions. This basis of all language remains and continues throughout life and it is this basis, the non-verbal and unconscious biological meanings of the sensual basis, that is the motor which drives our lives. If we fail to live in ways that are compatible with the primitive nature of this motor, the motor will overheat as in anxiety, or freeze up as in depression.

Emotional functions are among the many functions performed by our brains and bodies. There is a biochemical substrate for the physiological manifestations of the emotional systems (PERT, 1997). At its most advanced levels, emotions are expressed as conscious feelings using cognitive language symbols. Activity of the emotional system includes the automatic activity of the amygdala, the hypothalamus, the thalamus and that of other brain and body structures. This "before-motion" subsystem of our biological whole informs our brains of the most critical-to-survival events occurring in our lives. Frontal

lobe activity enables us to symbolize emotional processes as feeling words, and this is part of the memory storage process, which contributes to the meaning of the experiences involved. Memory storage also occurs at subfrontal lobe brain levels where it existed long before the evolutionary rise of the cerebral cortex. "... KANDEL demonstrated how synaptic connections can be permanently altered and strengthened through the regulation of gene expression connected with learning from the environment" (GABBARD, 2000). Like every other human experience, emotions are biopsychosocial events. Every cell in the body participates in the "emotional experience", hence emotions and their conscious metaphors feelings, affect every molecule of our being.

The Psychiatric Hospital

People who come to the door of the psychiatric hospital are usually "terribly upset". They come with too much anxiety, too much depression, and/or dysfunctional psychotic symptoms. These symptoms of maladaptivity are often related to the characteristic ways through which patients have been relating to their life situations. The nature of their personality structure is a critical part of the maladaptivity involved in the crisis. It is impossible to express a meaningful understanding of the nature and intricacies of the extremely complex biopsychosocial processes involved in these symptomatic presentations, using only scientific biological language. All neuroscientific measures of the maladaptivity involved must be informed by a language which is common to and meaningful for the involved patient. However, because, by the time a person presents at the hospital door as a patient (a person in pain, and in need of help) their capacity to process and solve the conflicts in their life experiences with their cognitive skills is insufficient. The hospital milieu must be structured to provide an ameliorative, reassuring sensual and cognitive experience. Homeostatic comfort is fundamentally a brain-mediated emotional, sensory and motor process involving the entire person in his social context. If a person gets to the door of the hospital, the hospital being a social process, it means that something in the life of the involved individual has encouraged the patient to have at least a sliver of hope that the social experience of the hospital will provide some relief from the psychological pain which he is experiencing. The nature of the process involved in the operations of the hospital must be informed by these realities if the hospital is to effectively do its job.

Patients are admitted to inpatient psychiatric units because they are experiencing a breakdown in their capacity to adapt to their life situations. Their decider sub-system is in a state of diffusion where mastering functions become disorganized and ineffective. Such a state is very uncomfortable and may be manifested in the form of a panic reaction, psychotic symptoms, a strong potential for suicide or any combination of these plus other symptoms and signs. In addition to the extremely distressing nature of the emotional instability and the cognitive confusion, most patients experience a sense of humiliation because they are unable to control themselves; they are unable to control their mental processes. The sense of defeat, of self-denigration, or often a sense of self-hate can be enormous.

Psychotherapy in the inpatient setting begins at the point of the earliest contact between the patient and any member of the hospital staff. In fact, the psychotherapeutic process can begin within a larger community which understands the nature of psychiatric distress. Lay people can understand quite well that any one of us, if exposed to overwhelming situational demands can experience that degree of mental disorganization which requires inpatient psychotherapy. The nature of the milieu of the hospital can be more or less therapeutic. Every individual involved in the hospital process, including those who process the admission of the patient to the unit, every person on the hospital staff, every person who sees the patient in consultation and every mental health professional, whether or not employed by the hospital, who comes on the unit will contribute to the nature of the milieu. Planning for a psychiatric unit should include an attempt to employ the most therapeutically-oriented staff; however, the relative degree of comfort of each individual in the therapeutic setting may certainly vary. Regardless of how an individual feels about her/his effectiveness as a psychotherapist, patients respond to the integrated whole of each staff person. Like everyone else, a staff person may feel and believe that they are comfortable and realistically adapting to the nature of their personal responses to patients when, in fact, they may be experiencing major degrees of denial, repression, and suppression in their unconscious emotional responses. It is crucial that we all accept and understand that the actual nature of our unconscious emotional reactivity is at the heart of our capacity to relate in a therapeutic manner with psychiatric inpatients.

In the process of writing this paper I came upon the address given by KARL MENNINGER at the ceremonies dedicating the C. F. Menninger Memorial Hospital in Topeka Kansas on May 8, 1954 (HALL, 1959). "So what is the

meaning of this hospital? The meaning of this hospital is embodied in the fabric of the personalities, the human beings who work together in it. I wish it were possible to convey this in realistic terms, this service in the spirit of love. I wish I could make a montage of pictures that would convey the real spirit, the real totality of an infinite number of homely details. Can you see a kindly nurse bringing a glass of water to a restless patient? An aide smoothing a pillow? An engineer trudging through the corridors checking the heat? A secretary patiently typing long records? A therapist listening to labored piano lessons, or untangling a snarled loom? A doctor checking a blood-pressure reading? A buyer hunting a place to park downtown in order to buy two pairs of stocking, four shades of lipstick, a pair of blunt-end scissors? A waitress faithfully wiping the surface of a hundred plates? Of course I haven't touched upon some important things - no mention of psychotherapy, or electroshock, or research. But you see I have touched on the important thing. It is such people as these, who have caught this vision, working together to help somebody get well, to help him to help himself get well. That is what the hospital is."

Psychiatric inpatients are exquisitely sensitive to the unconscious as well as the conscious nature of a staff person's reactivity to them in the inpatient setting. Everything I've said and will say here applies equally to every person on the hospital staff and every mental health professional who is involved with inpatients. Collectively, the contributions of all and the ambience of the milieu, will be more or less psychotherapeutic for each patient.

I am assuming that we share an understanding about what an inpatient psychiatric unit is. What we mean by psychotherapy needs to be carefully defined. Operationally, psychotherapy is any constructive form of interpersonal involvement between people designated as therapists and those designated as patients. If the interactive behaviors between these two groups encourages the reduction of emotional distress, the reduction of internal stress reactions, the decrease or elimination of symptomatic manifestations, the process is psychotherapeutic. The milieu of a psychiatric unit must be organized around the interpersonal behaviors, which encourage these psychotherapeutic goals. Patients must be encouraged to the limits of their capacity to become co-therapists who are engaged in a mutual interactive therapeutic process. Because of the biological nature of human beings, the treatment of mental disorders is always a social process. Attempts to dissect social from biological lead to a failure to understand the meaning of both. Holistic dynamic processes, interactions, are the significant realities even tho

the words we use to symbolize these processes tend, by focusing, to create the impression of artificial separateness.

The processes of living systems involved in any dyadic or group behaviors must be cognitively understood as biopsychosocial. Unlike the surgeon who operates upon an anesthetized patient, psychotherapeutic interventions occur between two more or less conscious people. The emotional reality of one person can have an ameliorative effect upon the emotional realities of another. Psychotherapy affects the emotional status of those who participate in it. Words alone are seldom of much therapeutic value. Absent a relatively serene, unthreatened, undefensive biopsychosocial state within the person designated as the therapist, therapy cannot occur.

The idea that one cannot “do to” another person something which will be of psychotherapeutic value is not always easily understood. The person, the human being, the personality of the “whole” of the therapist, is a therapeutic agent in a psychotherapeutic process. One does something with the patient. When a mutual involvement exists, the patient is inevitably biopsychosocially involved in the process. Psychotherapy, at its core, is a process which occurs between two or more people. If one can accept and internalize this reality one can embrace every therapeutic situation with a mind and a brain that are open to perceiving where the patient as a human whole is at that moment. The therapist must not come to the meeting with a pre-conceived notion about where the patient is. Every new meeting must be conceptualized and related to as a new and original situation. It is only in this way that one can be open to an awareness of where the patient is at the moment of each encounter. The ability to allow the patient as a person to be creatively perceived by of the therapist is critical to the true meaning of accepting the patient as he or she is. One must allow ones own emotional system to resonate (to be empathetic with) with that of the patient much as the strings of a piano vibrate as harmonics. Psychotherapy is, with this definition, the most creative experience which anyone can have. The therapist must create a harmony with the patient. Fundamentally, any and all of the truly effective forms of psychotherapy accomplish this goal.

Mental and cognitive processes are involved in the creation of intellectual symbols, including words. We use feeling words to identify emotional processes, which are occurring or have occurred at a meaningful level during life experience. Physical changes and reactions also occur during emotional experience. One may or may not be consciously aware of these changes. Our

brains, often at non-conscious levels, are aware of these physiological events. The brain perceives and stores these experiences as memories and part of the memory involves the vast quantity of associative processes, which are simultaneously occurring within the brain. Such associative processes include all temporal experience plus previously shared memories of similar past events experienced by the person involved.

Memories are, of course, biological realities, which involve changes in our brain. Memory storage localizes on the dendrites where "... those regions of neuronal arrays where synaptic connections occur" (ALKON, 1992). We are used to using the words "memory" or "memories" to describe what happens when we recall something, like a phone number or a happy experience. The neurobiology of "memory" is very complex. The neurophysiological processes involved and that which we mean when we refer to memory are probably only vaguely similar. I suspect that the neuroscientists will coin some new words, which are more suitable to the actual neurobiology of memory in the future.

We use our minds to connect verbal symbols with remembering experiences when they are conscious, and in the process we learn to use words, which express feelings. We can also learn to re-experience these memories and their real emotional concomitants in a therapeutic process which encourages the mutual sharing of part of the experience or as much of it as can be shared at a given time. The experience of the sharing is essential to the process. The process, psychotherapy, leads to real structural and neurophysiological changes in the brains of both patient and therapist. The memories about the memories are changed. Neuroscience has conclusively demonstrated that the brain is an extremely plastic organ (Siegel, 1999). One must be willing and able to allow neurobiological changing to occur as a shared experience. It's even better when the sharing becomes exciting and a source of great joy for both patient and therapist.

Walls, doors, locks, and barred windows are not conducive for psychotherapy unless they are only used to protect patients from their own self and other destructive behaviors. Constructive therapeutic milieus reduce the need for both physical and chemical restraints. They also reduce symptomatic manifestations in patients by encouraging the return of homeostatic comfort. The milieu can also support psychotherapeutic involvements, which lead to personality growth and development, a process, which is often very painful, stressful and destabilizing in itself. The nature of the hospital milieu can encourage or discourage psychotherapeutically mediated personality growth

and development, thus much of what might be accomplished in the inpatient setting cannot occur unless the setting is structured and operates to facilitate the processes involved. An essay on the use of medication in the inpatient unit is not the focus of this paper. However, the delivery of medication to a patient is always a social process, which has very significant idiosyncratic meanings for each patient. Psychosocially and psychodynamically informed involvements between the patient and the hospital staff who deliver medications and the physician who prescribes them will ensure the maximization of the therapeutic effectiveness of the prescribed medications while simultaneously reducing the need for many medications used for patients in a psychiatric unit.

The above description of the nature of the psychotherapeutic process is far from complete. It only scratches the surface but it serves as a point of reference as we address the fundamental focus of this essay.

The hospital milieu is ongoing and its therapeutic effects build progressively over the period of time while the patient is hospitalized. The milieu includes all of the patients, all of the hospital staff and all of the structured and spontaneous events, which occur in relation to the inpatient setting. Many forces, including economic and political realities, impinge upon the therapeutic efforts and may exercise an anti-therapeutic effect. Every person, regardless of the nature or severity of their illness, needs to experience harmonious interactive relationships with other people. All of us are genetically motivated to move toward others. Manifest resistance, manipulations and various apparently uncooperative behaviors must be analyzed in an attempt to discover and understand the motivational meanings which explain these behaviors. Prior to developing a conscious mind, at the primary process level, all infants are motivated to move toward other people. The social interactive processes which transpire between infants and caretakers structure the anatomical and neurobiological development of the growing child's brain (SHORE, 1994) The dendritic synaptic growth involved in the development of the memories of these experiences lie close to the neuronal cell bodies and they are the most resistant to any destructive pathology (ALKON, 1992).

Individual Psychotherapy on an Inpatient Psychiatric Unit

During my residency training I was involved in the long-term dynamic psychotherapeutic treatment for, at any one time, no more than seven patients. Patients in The Henry Phipps Psychiatric Clinic at Johns Hopkins Hospital in

Baltimore, Maryland, and the Moses Sheppard and Enoch Pratt Psychiatric Hospital in Towson, Maryland where I trained, not infrequently stayed for over a year. In these settings it was possible to adopt the most ideal therapeutic stance, to persist in that stance and to progressively watch the slow evolution of the growth and development of personality changes. It was possible to really get to know each patient and to understand their personal assets and liabilities. Open discussions with other therapists and supervisors provided therapeutic support and enlisted the involvement of many in the therapy of one person. Information shared in these formal and informal discussions, many of which took place over lunch or in the wee hours of the morning, helped us to also understand the nature of reactions that occurred between patients in the hospital during the course of their mutual living and therapeutic experiences.

Neurobiological science has provided objective evidence of the brain's capacity to change and to develop new neuronal connectivity. "Neurons that fire together wire together". This new data lends great credence to the longstanding empirical observations and the theories of dynamic psychiatry. Far from supporting a limited view of a strictly biological psychiatry, the new neuroscientific data confirms the need for an integrated dynamic social and biological orientation upon which we can evolve effective theory and therapeutic practice.

Neuroscientific data supports the efficacy and beneficial nature of long-term dynamic psychotherapeutic experience for the majority of patients who enter inpatient psychiatric units. It is not the physical structure of the unit per se that is therapeutic. The social milieu, not the physical structure, is at the therapeutic heart. Neuroscientific data supports the statement made by JOHN WHITEHORN in 1948. WHITEHORN wrote: "Psychotherapy is the art of combating disease and promoting health by mental influences" (Whitehorn, 1948).

Personality growth and development, the evolution of adaptive ways to relate to life experiences, does not occur overnight. It does not occur in two weeks. New brain connectivity takes time. The milieu must first provide a comfortable climate where stress-causing demands are reduced or eliminated. Elevated stress levels, hyper-reactivity of the hypothalamic-pituitary-adrenal cortical stress axis, and hyperactivity of the autonomic nervous system are not conducive to new brain growth. Effective inpatient psychotherapy fosters brain growth which forms the basis for constructive and adaptive human mental and behavioral capacities.

The science of dynamic psychiatry offers the best theoretical basis upon which to build the nature of the inpatient milieu and it is the best abstraction to use with individual and group psychotherapy. Psychodynamic principles and practice encourage the most therapeutic relationships between patients and therapists. Among all psychological theories, the psychodynamic are the best adapted to integrate the new neuroscientific data, and for the creative synthesis of a therapeutic experience.

Psychodynamic psychiatry offers the most comprehensive understandings about the nature of the interaction between genetic and epigenetic factors, which determine the ultimate nature of a human being at any point in time. Mental dysfunction, maladaptivity in a person is viewed as a dynamic process, which occurs when a person with a describable personality structure encounters a life situation which requires adaptational responses beyond the person's pre-existing capacity. This capacity, these adaptational abilities, are rooted in the neurobiology and psychological nature of the entire human being. The holistic nature of the human mind-brain-body and social context unity is such that emotional distress cannot be conceptualized as an illness of a part of the unity as one can do when referring to a kidney abscess. The incredible vastness of the association processes present in the brain make such reductionistic thinking invalid.

The Future of Inpatient Psychotherapy

It appears that the social forces involved will force a gradual and progressive truncation of effective inpatient psychotherapy. Increasingly inpatient psychiatric units rely more and more heavily upon the use of drugs as a means of attempting to stabilize emotional crises. Once alleged stabilization has occurred, patients are as rapidly as possible returned to the same sociogeographic environments which fostered the original crises. The architects of these retrogressive changes fail to understand the motivational power of the sociobiological nature of every human being. We people are moved toward close comfortable and satisfying interhuman experiences. Depression and suicide follow suppression of this aspect of the human psychic spirit. If society "breaks" this spirit, there is nothing left to build upon. Biological existence may miraculously continue, but the humanness will not be there.

In my country the force of economic power now influences the behavior of the people who work in our hospitals. We are beginning to dance to the

rhythm of the two pence piece falling into the till. The love, which inspired Menninger's hospital, has been reduced away by the con artist who has convinced us that a paper cup and the Holy Grail are the same thing. The onus of this farce lie not on the backs of those who work in the hospital, it lies upon all of us who comprise our community.

The institutionalization of anti-human rules, laws, and societal structures such as we see in the for profit businesses which are progressively controlling the nature of inpatient (and outpatient) psychotherapy, bodes dire consequences for our societies and particularly for the emotionally-impaired among us. The objective consequences of the politically-motivated economic constraints impinge daily upon the efforts of those of us who espouse realistic optimal treatment for our patients. These constraints, obstructions and inhibitory forces are very, very real.

The road, which leads from the omnipotent self of the infant to the altruistic maturity of adulthood, provides the most difficult and hazardous journey that any of us must take. The difficulty is unimaginably worse for those who suffer from the maladaptive consequences of unhealthy social relationships during their developmental years. Most of us have only a limited idea of the pain and misery our patients suffer and we fail to realize that to achieve emotional comfort these people have to climb mountains twice as high as Everest or even higher.

It appears that our dearly-won psychotherapeutic skills are in grave danger of being eliminated. It is far easier to further deprive our patients than it is to shortchange any other group of people in our society.

Clearly those of us who have internalized the true spirit and nature of dynamic psychotherapy must devise a way to educate groups and nations about the real immorality currently fostered by our political and economic institutions. Each of us is an individual. Societies, collections of individuals, are responsible for snuffing out the psychotherapeutic candle. We must find some way to change the course of the societies of our world lest we lose the memory of our prior psychotherapeutic accomplishments.

Die Zukunft der stationären Psychotherapie

John L. Carleton (Santa Barbara, USA)

Während der letzten zwei oder drei Jahrzehnte haben sich gesundheitsbezogene Berufe stufenweise immer mehr mit der Zukunft der stationären Psychotherapie beschäftigt. Soziale, politische und ökonomische Kräfte beeinflussen negativ die Bemühungen unserer Berufe um die Gestaltung erfolgreichster stationärer Einheiten. Ironischerweise treten diese Ereignisse zu einem Zeitpunkt ein, in dem neue Ergebnisse aus den Neurowissenschaften wesentlich die Psychodynamik und die biopsychosozialen Theorien und therapeutische Modalitäten unterstützen, die sich über die letzten Jahrhunderte entwickelt haben.

Die vorliegende Arbeit beschreibt die wesentlichen Tätigkeiten effektiver stationärer psychiatrischer Einheiten. Sie skizziert die theoretischen Grundlagen, die diese Tätigkeiten unterstützen. Unsere theoretischen Grundlagen haben heute mehr feste wissenschaftliche neurobiologische Unterstützung als je zuvor.

Unsere berufliche Integrität beruht auf unseren Bemühungen, die breite Öffentlichkeit über die Notlage der stationären Psychotherapie zu unterrichten. Gewarnt werden muss vor einer Welle regressiver sozialer Kräfte. Die im Gesundheitswesen Tätigen basieren ihre Arbeit auf der Grundlage von wissenschaftlichen Daten und auf durch die Praxis gewonnene Erfahrungen. Wir arbeiten mit allen Organen und Körperfunktionen des Menschen, insbesondere mit dem Gehirn, dem emotionalen System, sowie mit den Gehirnfunktionen, der sogenannten Psyche. Der heutige soziale Kontext bezieht für jedes Individuum alle Menschen auf dieser Welt mit ein. Die Tätigkeiten jeder Institution, von der religiösen bis hin zur bildungserzieherischen, beeinflussen die biopsychosozialen Realitäten jeden Individuums. Unsere Bemühungen, ein therapeutisches stationäres Milieu zu entwickeln und zu implementieren sind aber durch die Aktionen solcher Institutionen und deren sozialen Wertstellungen geformt.

Patienten, die eine stationäre Behandlung wegen ihrer emotionalen Verzweiflung und Dysphorie erstreben, nähern sich dem Umfeld eines Krankenhauses üblicherweise mit großen Befürchtungen. Ihre schlechten Erfahrungen bezüglich Anpassung, sowie die Natur ihrer kognitiven und emotionalen Zeichen und Symptome, sind gewöhnlich äußerst schmerzhaft. Sie

können am Rande des Selbstmordes oder anderer Formen selbstinduzierter Verletzungen sein. Das Zugeständnis psychiatrische Dienstleistungen in Anspruch nehmen zu müssen, kommt einem kompletten Verlust von Selbstwertgefühl sowie persönlichem Misserfolg gleich. Das erlebte Ausmaß an Schuld und Selbstmissachtung dieser Personen überschreitet das von anderen Patientengruppen, die ärztliche Hilfe suchen. Nichts ist verheerender als der Verlust der Fähigkeit, die eigene Verantwortung für die eigene Psyche zu tragen, sowie der Verlust der Fähigkeit, die kognitiven emotionalen Prozesse zu kontrollieren, die für die Aufrechterhaltung der eigenen Integration notwendig sind. Die Wahrnehmungsverzerrungen können für potenzielle Patienten von einem unvorstellbaren Schrecken sein. Jeder Krankenhausaufenthalt muss zu einer Verbesserung einer solchen Verzweiflung beitragen.

In jeder Phase des Krankenhausaufenthaltes hat der Kontakt mit den beteiligten Personen die größte therapeutische Bedeutung. Einige Menschen haben, abgesehen von Ausbildung und Erfahrung, die intuitive Fähigkeit, hilfreich zu sein. Je talentierter diese Personen im Krankenhausmilieu, umso größer die Effektivität der Behandlungseinheit. Das philosophische Milieu, das die Normen menschlichen Verhaltens vorgibt, ist grundlegend für den therapeutischen Erfolg.

Jeder wissenschaftliche Begriff und jeder wissenschaftliche psychopathologische Ausdruck ist eine Abstraktion sinnvoller realer energetischer Prozesse, die im Leben der Menschen geschehen. Jeder von uns hat die Sprache sowie andere Kommunikationsfertigkeiten primär im Sozialkontext der Familie erworben. Die Mutter-Kind Dyade ist in diesem Zusammenhang das Wichtigste. Die Wörter, die wir anwenden, haben Bedeutung, weil sie die äußerst komplexe Natur der zwischenmenschlichen Verbindungen während der Zeit der Sprachentwicklung darstellen bzw. diese symbolisieren. Auch wenn die Verwendung von wissenschaftlichen und fachlichen Begriffen für die Kommunikation zwischen den Fachleuten hilfreich sein kann, so ist sie für die Kommunikation mit den Patienten am wenigsten wirksam.

Die Wirksamkeit des psychotherapeutischen Milieus wird durch das Verständnis und die Empathie zwischen Therapeut und Patient erhöht. Eine Alltagskommunikation ist geeignet, um Vertrauen gegenüber dem Therapeuten und der therapeutischen Situation aufzubauen, wobei die Anwendung wissenschaftlicher Nomenklatur psychotherapeutisch weniger effektiv sein kann. Wirkungsvoll ist sicherlich auch, ein Verständnis für die Notwendigkeit des Krankenhausaufenthaltes zu entwickeln. In diesem Zusammenhang

gehören Frustration, Verlust, Enttäuschung sowie Bedrohtheit des Patienten zu den Faktoren, die höchstwahrscheinlich im Zeitraum unmittelbar nach der Krankenhauseinweisung von Bedeutung sind.

Die vorliegende Arbeit liefert einen Überblick über die grundlegenden Elemente unserer psychiatrisch-psychotherapeutischen Tätigkeit, wie die biologische Struktur, die Organe, das Lebenssystem und verschiedene andere Quellen dynamisch bedeutsamer Energie. Ein Verständnis der systemischen Beziehungen zwischen Individuen sowie der verschiedenen Formen kommunalen Austausches, die im Sozialkontext unserer modernen Welt existieren, ist zu unseren therapeutischen Bemühungen ausschlaggebend. Unsere menschliche Gemeinschaft, die gesamte Bevölkerung unserer Erde, hat sich stufenweise aufgrund unseres angeborenen biologischen Bedürfnisses nach stützenden Bindungen und Beziehungen zu anderen immer mehr komplexer entwickelt. Die Störung dieses Grundbedürfnisses nach Bindung und Beziehung steht im Zentrum aller Arten von Dysphorie. Neurowissenschaftliche Befunde haben sich als äußerst hilfreich erwiesen, da diese Daten liefern, die mit unseren psychodynamischen Erklärungen menschlichen Verhaltens korrelieren. Diese neurowissenschaftliche Datenbank expandiert mit einer verblüffenden Frequenz. Soziale und physische Lernerfahrungen verändern und verstärken fortlaufend die neuronalen synaptischen Verbindungen im Gehirn. Diese Fakten helfen uns, ein geistiges Bild, ein Bewusstsein über die Natur des Gedächtnisses zu entwickeln. Vor einem Jahrtausend hat der Mensch gewusst, dass ein Gedächtnis existiert. Mit diesem neuen Wissen haben wir die Wirksamkeit unserer Psyche, sowie unsere Fähigkeiten zur Selbstkontrolle erweitert.

In einer Klinik muss zunächst eine Atmosphäre der Behaglichkeit geschaffen werden. Diese behagliche Atmosphäre ist ein menschliches Phänomen. Es sollte aber nicht hauptsächlich eine durch Medikamente kontrollierte Atmosphäre sein. Eine behagliche ermunternde menschliche Atmosphäre wird das Bedürfnis nach Medikamenten reduzieren. Zur Zeit dominiert das Vertrauen auf Medikamente als einer Möglichkeit, emotionales Reagieren unter Kontrolle zu halten. Diese Tatsache ist wenig hilfreich für die Zukunft unserer stationären psychotherapeutischen Bemühungen. PINEL hat im wahrsten Sinne des Wortes für die Befreiung des Menschen von dessen Ketten gesorgt. Medikamente können zu chemischen Ketten werden, wenn diese die therapeutische Wirksamkeit zwischenmenschlichen Anliegens ersetzen sollen.

Die Zukunft unseres beruflichen Geschickes befindet sich in einem Belagerungszustand. Anti-menschliche Entwicklungen bedrohen unsere Gesellschaftsordnung und ganz spezifisch unsere psychiatrischen Institutionen. Mehr als zwei Jahrhunderte einfühlsamer Arbeit, größere Einblicke und ein größeres Verständnis der menschlichen Natur zu gewinnen, sind gefährdet. Möglicherweise kann mit einem besseren Verständnis der sozialen Prozesse, die an der Stigmatisierung stationärer Psychotherapie beteiligt sind, unsere Wissenschaft und Kunst bewahrt und ihre Weiterentwicklung gefördert werden.

Literatur

- Alkon, D (1992): *Memory's Voice; Deciphering the Mind-Brain Code*, pp 207-208. Harper Collins Pub.: New York, NY.
- Alkon, D (1992): *Memory's Voice; Deciphering the Mind-Brain Code*, pp 191. Harper Collins Pub.: New York, NY.
- Gabbard, G (2000): *Psychodynamic Psychiatry in Clinical Practice*, pp 16. American Psychiatric Press Inc.: Washington, DC.
- Hall, B (1959): *A Psychiatrist's World; The Selected Papers of Karl Menninger, M.D.*, pp 54-55. The Viking Press: New York, NY.
- Shore, A (1994): *Affect Regulation and the Origin of the Self*, pp 256. Laurence Erlbaum Assoc.: Hillsdale, New Jersey.
- Siegel, D (1999): *The Developing Mind; Toward a Neurobiology of Interpersonal Experience*, pp 194. Guilford Press: New York, NY.
- Spitzer, M (1999): *The Mind Within the Net*, pp 89-114. MIT Press: Cambridge, Mass.
- Pert, C (1997): *Molecules of Emotion; The Science Behind Mind-Body Medicine*, pp 130-149. Simon and Schuster: New York, NY.
- Whitehorn, J (1948): *Modern Trends in Psychological Medicine*, Chapter 10. Butterworth and Co.: London

address of the author:

John L. Carleton, M.D.
656 Romero Canyon Road
Santa Barbara, CA 93108
USA

e-mail: jlcmd@cox.net

Günter Ammon

DER MEHRDIMENSIONALE MENSCH

Zur ganzheitlichen Schau
von Mensch und Wissenschaft



Berlin, 2. überarb. Auflage 1995, 466 Seiten, 45 Abb., umfangreiches
Glossar und Sachregister, Paperback , 18,- EUR, ISBN 3-922-109-10-1

In einer Gesellschaft, die durch einengende Bedürfnisverbote den Menschen dazu bringt, ein freud- und beziehungsloses, von Routine und Zwang bestimmtes Leben zu führen, bahnt sich die Vision eines neuen Menschen an. "Der mehrdimensionale Mensch" ist das humanistische Konzept, das der Berliner Psychiater und Psychoanalytiker Prof. Günter Ammon in jahrzehntelanger Auseinandersetzung mit dem breiten Spektrum des menschlichen Potentials entwickelt hat.

Mehrdimensionalität bedeutet bei Ammon immer das Potential an konstruktiver Lebensentfaltung, das aus dem Einklang von Körper, Geist und Seele erwächst. Ein weiterer wichtiger Beitrag zum weltweiten Aufbruch zur Errichtung einer menschenorientierten Zukunft.

Pinel - Verlag für humanistische Psychiatrie und Philosophie GmbH

Dynamische Psychiatrie in einer Zeit der Veränderungen

Egon Fabian (Munich, Germany)

Our age is characterized by political, social and economical instability, which at its turn considerably influences health care systems. Economic pressure leads to shorter inpatient treatment duration and impairment of contact quality and may re-activate, in the case of severely ill patients, such as those suffering from borderline personality disturbances and psychoses, early existential traumata of neglect and abandonment. Dynamic Psychiatry, as practiced for over 25 years in the Dynamic-Psychiatric Hospital Meterschwaige in Munich, tries to cope with the challenge by greater openness in integrating new therapeutic methods deriving from recent development in brain research, trauma and attachment theories without losing its specific profile. The danger of eclecticism is, however, obvious. Factors implicit in the conception of Dynamic Psychiatry are described, which help achieve genuine integration both on the theoretical and the practical level.

keywords: Dynamic Psychiatry, health care system, corrective emotional experience, eclecticism, economic pressure, integration

Wir leben am Anfang des dritten Millenniums in einer Zeit, die in politischer, sozialer, wirtschaftlicher und auch gesundheitspolitischer Hinsicht von Wandel und Instabilität gekennzeichnet ist. Die Behandlungsdauer soll rapide reduziert, die Therapieeffizienz nach primär wirtschaftlichen Kriterien gemessen werden, die auf kurzfristige Ergebnisse abzielen; das Wort "Versorgung" ersetzt das Wort "Behandlung". All das bedeutet für Psychiatrie und Psychotherapie - d.h. auch für die Dynamische Psychiatrie - eine deutliche Herausforderung.

Die Dynamische Psychiatrie der Berliner Schule GÜNTER AMMONS ist eine verstehende Psychiatrie auf der Grundlage der Psychoanalyse und des Gruppenverständnisses des Menschen, die neben der Symptombehandlung auch die Veränderung, Weiterentwicklung und Heilung der kranken Persönlichkeit im Sinne einer Identitätstherapie zum Ziel hat. Sie vertritt ethische Werte und ein explizites Menschenbild, die in den therapeutischen Prozess einfließen. Von zentraler Bedeutung in einer solchen Therapie ist die Arbeit mit dem interpersonellen Kontakt, insbesondere in Gruppen, und dies beinhaltet auch die Arbeit mit den konstruktiven Aspekten der Persönlichkeit. Ein Grundpfeiler der Behandlung ist der therapeutische Optimismus und der

Glaube an die lebenslange Entwicklungsfähigkeit des Menschen, an die Möglichkeit, aus arretierten und krankmachenden Dynamiken durch therapeutische Hilfe - v.a. durch korrigierende Erfahrungen in Gruppen - herauszutreten, gesünder, d.h. konfliktfreier, strukturell stabiler und entwicklungs-fähiger zu werden.

Der interpersonelle Kontakt, besonders in Gruppen, ist das tragende Element der Therapie der Dynamische-Psychiatrischen Klinik Mengerschwaige. Die Verinnerlichung konstruktiver Dynamiken wirkt sich aufbauend und stabilisierend in der Tiefe der Persönlichkeit aus. In Gruppen, die gruppens-dynamisch unter Berücksichtigung des Unbewussten geleitet werden, können geschwisterliche, freundschaftliche Kontakte und Beziehungen, Solidarität und Zugehörigkeitsgefühle der Einsamkeit, Angst und inneren Leere entgegenwirken und die Kontaktfähigkeit verbessern, so dass die Patienten auch nach der Klinikentlassung (durch weitere Unterstützung der ambulanten Therapie) befähigt werden, sich selbst Kontakte und Hilfe bei anderen Menschen zu suchen.

Das milieutherapeutische Feld der Klinik versucht dem Patienten deshalb eine gruppensdynamisch möglichst konstruktive Umgebung (Milieu) zur Verfügung zu stellen, in der neue Erfahrungen von Schutz, zwischenmenschlichem Verständnis und Wärme, Empathie, aber auch Abgrenzung zerstörerischer und selbstzerstörerischer Aspekte des Verhaltens und Ausagierens stattfinden und verinnerlicht werden können (AMMON, G. 1959, 1994b, 1979; AMMON, M. 1996; BURBIEL, I. 1999). Der Patient agiert unbewusst seine eigene gruppensdynamische Vergangenheit aus, indem er beispielsweise verinnerlichte Rollen wiederholt und in der umgebenden Gruppe "wieder aufleben" lässt. "Die psychoanalytische Milieuthherapie ist als ein Versuch zu verstehen, dem Problem jener Patienten gerecht zu werden, deren schwere Ich-Störung es ihnen unmöglich macht, das eigene Verhalten zum Gegenstand reflektierender Beobachtung zu machen, und die auch nicht in der Lage sind, ... Einsicht in ihr Verhalten und ihre Konflikte zu gewinnen" (AMMON, G. 1979). "In der Milieugruppe verbringen die Patienten ihren Alltag, arbeiten miteinander an einem selbstgewählten Projekt und haben so die Möglichkeit, darüber unmittelbar und konkret im Hier und Jetzt in Kontakt und intensive Auseinandersetzungen zu treten, bekommen Zugang zu ihren Ängsten und destruktiven Aggressionen und schließlich auch wiedergutmachenden Erfahrungen. Gleichzeitig wird wesentlich auch mit den gesunden Fähigkeiten der Patienten gearbeitet" (BURBIEL, I. 1999).

Sorgfältige Arbeit mit der Gegenübertragung in der Supervision des Mitarbeiterteams, aber auch an der eigenen Gruppendynamik des Teams sind daher wesentlich, damit aus Wiederholung Wiedergutmachung wird. "Die Klinik als therapeutisches Instrument gründet sich auf die Fähigkeiten des therapeutischen Teams zu Kooperation und Kommunikation. Jeder Patient ist von verschiedenen qualifizierten Psychotherapeuten umgeben, z.B. Einzeltherapeut, Gruppenpsychotherapeut, Kunsttherapeut, Tanztherapeut, Reittherapeut, Arzt, Sozialarbeiter und Milieutherapeut. So hat jeder Patient eine Gruppe von Therapeuten, die ihn multidimensional ... behandeln" (G. AMMON 1994b). "Die gesamte Klinik ist als ein multidimensionaler, gruppendynamischer und sozialenergetisch strukturierter und dynamisierter Entwicklungsraum konzipiert, in dem sich eine Vielzahl bewusster und unbewusster Gruppendynamiken prozesshaft, gleichzeitig und nebeneinander entwickelt und zu einer Großgruppendynamik verbindet" (BURBIEL, I. 1999).

Jeder Patient wird nach einem individuellen Therapieplan behandelt, der nach der Klinikaufnahme aufgestellt wird und neben tiefenpsychologisch fundierter Einzeltherapie oder supportiver Gespräche, analytischer Gruppentherapie und täglicher projektzentrierter Milieutherapie auch eine Anzahl von nonverbalen Therapien beinhaltet, die sich nach den Interessen und Begabungen der einzelnen Patienten richten. In diesen nonverbalen Therapien können die Patienten tiefe vorsprachliche Dimensionen und Erfahrungen ausdrücken, und diese in der archaischen Sprache der Musik, des Tanzes, des Theaterspiels oder der künstlerischen Gestaltung der Gruppe kommunizieren und verbindlich machen. Die psychopharmakologische Behandlung, die nach den aktuellen wissenschaftlichen Standards stattfindet, wird nicht als primär betrachtet, sondern wird der Psychotherapie untergeordnet; das heißt, dass die pharmakologische Behandlung vornehmlich dem Zweck dient, beispielsweise durch Verminderung der Angst oder des depressiven Rückzugs, den Patienten psychotherapiefähig zu machen bzw. die Effektivität der Psychotherapie zu erhöhen.

Der Faktor Zeit spielt bei der Therapie früh gestörter Patienten eine große Rolle. Gemeint ist nicht die "diagnosenbezogene" oder im voraus berechnete, sondern die individuelle, dem jeweiligen Ausmaß der Krankheit angemessene Zeit. Dies bezieht sich auch auf die Zeitdauer der stationären Therapie (KERNBERG, O. 1984; LOHMER, M. 1988; BASSLER, M. & HOFFMANN, S.O. 1993).

Oft muss der Anfang einer Therapie von schwer kranken Patienten stationär erfolgen, weil viele Patienten aufgrund ihres Misstrauens oder ihres ausgeprägten Agierens dem Setting einer ambulanten therapeutischen Situation zunächst nicht gewachsen sind. Bei den schwer kranken Patienten der Klinik, die in ihrer frühen Kindheit und Entwicklungszeit reale Verlassenheit erlebt haben, benötigt die Herstellung des therapeutischen Bündnisses eine längere Zeit von Annäherung, Kennenlernen und Wiedererleben alter Konflikte in der Übertragung, oft einhergehend mit paranoischem Agieren. Eine unter Zeitdruck stehende Besserungserwartung trägt der Tatsache keine Rechnung, dass bei schwer kranken Patienten, wie W. TRESS sagt, "eine Verschlimmerung der Symptomatik in den ersten Wochen nicht nur möglich ist, sondern oft Zeichen einer beginnenden strukturellen Veränderung, und damit eines längerfristigen therapeutischen Erfolges" (mündliche Mitteilung) sein kann. Viele unserer Patienten haben in ihrem Leben selten oder noch nie erlebt, dass jemand für sie Interesse zeigt, dass jemand ihnen Zeit gibt. "Zeit geben", schreibt AMMON, ist der Inbegriff des therapeutischen Prozesses. Deshalb sind die Einschätzungen beispielsweise der optimalen Dauer einer stationären Borderline-Therapie der Fachliteratur extrem unterschiedlich. Sie richten sich nach der Schwere der Erkrankung des Patienten, aber auch nach den unterschiedlichen Zielsetzungen der stationären Therapie. Die durchschnittliche Behandlungszeit (Verweildauer) der Patienten mit Borderline-Störungen beträgt derzeit (2004) in der Dynamisch-Psychiatrischen Klinik Mengerschwaige 67,2 Tage, mit einer erheblichen Streuung je nach Schwere der Erkrankung; dies entspricht der durchschnittlichen Verweildauer von Borderline-Stationen in anderen Kliniken.

Wie können wir unseren Patienten gerecht werden und eine der jeweiligen Erkrankung angemessene und optimale Therapie anbieten, in einer Ära der "Zeitverknappung" und der globalen Veränderungen?

Der Beginn des neuen Milleniums verspricht bisher nicht, wie gesagt, das Zeitalter des Friedens und der Verständigung zwischen den Völkern einzuleiten. Die globalen Probleme der Menschheit - Kriege, Armut und Hunger, Bevölkerungsexplosion, Migration und ihre Folgen - setzen sich als Erbe des 20. Jahrhunderts fort bzw. nehmen weiter zu. Zu den destabilisierenden Momenten gehören auch der Abbau sozialer Verhaltensnormen und der Zerfall ethischer Werte zugunsten einer Pseudoethik des Wirtschaftlichen und des Hedonismus; ferner die weitere Abschwächung des positiven Einflusses des Glaubens, der früheren sozialen Strukturen und

Normen sowie das weitgehende Fehlen von echten Vorbildern, damit verbunden die Orientierungslosigkeit insbesondere der Jugend. Oft finden die Jugendlichen keine anderen Vorbilder als Stars, in die sie ihre kurzlebigen Erfolgsträume hineinprojizieren können. Der Zerfall der Großfamilienstruktur ist schon lange vollzogen. Vergessen wir dabei nicht, dass der moralische Schock der Nazi-Zeit, die alle ethischen Prinzipien außer Kraft setzte, noch lange nicht bearbeitet ist und sich als transgenerationelle Weitergabe nicht erfolgter Trauerarbeit in unseren Patienten manifestiert. Hinzu kommen heute auch die bedrohliche Zunahme des globalen Terrorismus sowie das unausweichliche Diktat der Technologie in unserer modernen Gesellschaft mit ihren subtilen psychischen Auswirkungen.

Auf der gesundheitspolitischen Ebene wirken sich Angst und Verunsicherung oft in überschießenden Maßnahmen aus, die mit den Folgen einer vorausgegangenen Periode unkontrollierter Expansion der apparativen Medizin und der Verteuerung der Medikamente fertig werden sollen. Insgesamt drohen die Ökonomisierung der Medizin und das Diktat der Wirtschaftlichkeit. Unter diesem Diktat leiden - bezogen auf die psychisch kranken Menschen - vor allem die kränksten Patienten wie die chronisch Kranken und die sog. multimorbiden Patienten, wie beispielsweise die schwer zu behandelnden Patienten mit Borderline-Störungen. Es sind auch die psychotischen Patienten, oft mit Hospitalismusschäden, für die zwar soziale Nischen, aber keine echten therapeutischen Lösungen existieren. Sie sind die Randgruppen der Randgruppe der psychisch Kranken.

Weniger Zeit für den Patienten beinhaltet immer die Gefahr der Kürzung, Entindividualisierung und Formalisierung des Kontaktes zwischen Therapeut und Patient. Wir dürfen auch nicht vergessen, dass damit auch die Trennungsphase aus der stationären Therapie, die so wichtig ist für unsere "trennungsgeschädigten" Patienten, deutlich verkürzt wird und zusätzlich zum "Drehtür-Effekt" führt. U.E. können solche Faktoren diejenigen pathogenen interpersonellen Störungen potenzieren, die ihrerseits in der Genese der sog. Frühstörungen eine wesentliche Rolle spielen. Patienten, die in ihrer Kindheit Traumata wie Verlassenheit und psychische Vernachlässigung bei sonst oft optimaler körperlicher Fürsorge erlitten haben, erleben entindividualisierte, formale Kontakte in Kliniken - zumal in der Übertragungssituation auf Ärzte und Therapeuten, die meist für die früheren Eltern, und auf gesamte Kliniken und Stationen, die für die primäre Familie stehen - als Wiederholung solcher frühen Traumata. Aufgrund zahlreicher Berichte von Patienten kann man also

in solchen Fällen von einer subtilen, gesundheitspolitisch kreierte Reaktivierung alter Dynamiken als pathogenen Mechanismen bei frühgestörten Patienten sprechen. Auch der sog. "Drehtüreffekt" stellt schon in sich einen störungsverstärkenden Faktor dar (vgl. DULZ, B.; SCHNEIDER, K. 1995 für Borderline-Patienten, sowie SCHUMACHER et al. 1986, und RICHTER, D. 1999).

Natürlich ist die stationäre Therapie nur eine Phase der Gesamtbehandlung, doch ist sie, aufgrund ihrer Intensität, der Kontakt- und Gruppendichte, der besonderen Integrationsmöglichkeiten verbaler und nonverbaler Therapieformen, sowie der Vielfalt der Übertragungsprozesse, eine besonders wichtige und intensive Therapiephase. Sie ist wesentlicher Teil der Behandlung schwer und schwerst erkrankter Patienten mit Persönlichkeitsstörungen, schizophrener Erkrankungen, Depressionen und psychosomatischer Krankheiten. Es ist unsere Erfahrung, dass eine längere stationäre Psychotherapie sich in der Regel auf die Gesamttherapie und ihre Zeitdauer günstig auswirkt.

In Anbetracht der Vielfalt methodischer Behandlungsansätze und insbesondere der seit Jahren beobachteten Zunahme an Persönlichkeitsstörungen auf niedrigem Strukturniveau, muss eine hohe Integrationsfähigkeit des stationären Arbeitskonzeptes gewährleistet werden. Dieses muss der doppelten Herausforderung begegnen, zum einen neue Therapieansätze und neue wissenschaftliche Erkenntnisse aus der Psychotherapieforschung und aus anderen therapielevanten Forschungsbereichen kontinuierlich auf der Ebene des Gesamtkonzeptes zu integrieren, und zum anderen gleichzeitig die aktuellen Zeitbegrenzungen zu berücksichtigen, ohne dass das spezifische Profil des Arbeitskonzeptes verloren geht. In den letzten Jahren haben wir in der Dynamisch-Psychiatrischen Klinik Mengerschwaige das Spektrum der stationären Therapie durch die Einführung von drei verschiedenen Behandlungsangeboten (Krisenintervention, Kurzzeit- [Fokal-] und Standardtherapie) und durch die Einführung kognitiver, traumatherapeutischer und neuerer körpertherapeutischer Methoden erweitert. Die Integration dieser Therapien stellt uns vor Probleme, da es sich um Methoden mit unterschiedlichen theoretischen Ansätzen handelt und die Gefahr des eklektischen Nebeneinanders unterschiedlicher Methoden erheblich ist (vgl. AMMON, G. 1994c). Beispielsweise haben wir im Falle der Fokaltherapie, die auf einem Konfliktansatz basiert, den therapeutischen Schwerpunkt nicht ausschließlich auf die Konfliktlösung gelegt (diese wird natürlich in der

Milieugruppe und durch die Sozialarbeiter als Ziel gesehen), sondern es wird auch der Beginn einer strukturellen Entwicklung durch Kontakte, gruppendynamische Milieuthérapie und ein breites Spektrum von verbalen und nonverbalen Methoden (s. oben) angestrebt, der die Motivationsarbeit für die weitere ambulante Psychotherapie beinhaltet. Im Falle der Traumatherapie oder der kognitiven Methoden stehen wir vor der komplexen Aufgabe, die hirnhysiologisch bzw. verhaltenstherapeutisch strukturierten Ansätze vor dem Hintergrund unserer therapeutischen Konzeption zu integrieren.

Integration wird in der Dynamischen Psychiatrie sowohl auf der theoretischen als auch auf der praktischen Ebene angestrebt. Ihr Persönlichkeitskonzept, das von biologischen, unbewussten und bewussten Funktionen der Ich-Struktur ausgeht, und ihr systemischer Ansatz mit der Berücksichtigung der unbewussten Gruppendynamik für die Entwicklung der Persönlichkeitsstruktur, bilden die theoretische Grundlage für die Integration unterschiedlicher psychotherapeutischer Ansätze, ebenso wie das dem Persönlichkeitsmodell zugrunde liegende Menschenbild der Dynamischen Psychiatrie (G. AMMON et al. 1982, BURBIEL, I. 1996, FABIAN, E. 2003). Die praktische Integrationsarbeit wird in der Dynamisch-Psychiatrischen Klinik Mengerschwaige in den Fall-Konferenzen - mit Vertretung aller den jeweiligen Patienten behandelnden Therapeuten - (G. AMMON 1994a, I. BURBIEL et al. 1994, G. AMMON et al. 1995), in der Großgruppe aller Patienten und Therapeuten (SCHMIDTS, R. 1996) und in der gruppendynamischen Kontroll- und Supervisionsarbeit des Mitarbeiterteams gewährleistet. Auf diese Weise bietet die Dynamische Psychiatrie ein Modell, das imstande ist, fortlaufend neue wissenschaftliche und psychotherapeutische Entwicklungen aufzugreifen. Unserer Auffassung nach sollte ein stationäres Psychotherapiekonzept der Zukunft integrativ und ganzheitlich den ganzen Menschen mit allen seinen gesunden und kranken körperlichen und psychischen Entwicklungsmöglichkeiten umfassendes und gruppendynamisch orientiertes Konzept sein.

Dynamic Psychiatry in Times of Change

Egon Fabian (Munich, Germany)

Our times are characterized by change and instability, which also have an impact on health care. They also constitute a challenge for psychiatry and psychotherapy - a challenge which Dynamic Psychiatry, too, must meet.

Dynamic Psychiatry is based on a psychoanalytic and group-dynamic conception aiming, beyond symptom alleviation, at the development of the underlying personality structure, or identity, of the patient. It further implies an optimistic attitude concerning the human capacity of lifelong development and an ethical approach to treatment and science. It works with interpersonal contact as a central therapeutic agent. It endeavors to diagnose the various constitutive resources in the patient and mobilize these for therapy.

In the milieu-therapeutic field of the Hospital Mengerschwaike, "corrective emotional experiences", mainly in groups, are encouraged by understanding and positively modifying old, pathological, compulsively internalized dynamics enacted in the various therapeutic groups. Thus, new experiences of human concern, relationship, feelings of solidarity and sense of belonging may, in the course of therapy, replace inner void and loneliness. The therapeutic spectrum of the Dynamic-Psychiatric Hospital Mengerschwaike in Munich consists of an individual treatment plan suited to each patient, including depth-psychological or supportive individual therapy, analytic group therapy, daily milieu therapy with the groups' own projects and a choice of several non-verbal therapies using the creative media of music, dance, theater and art as means of expression and communication in groups. Interpersonal contact is the main therapeutic factor in the endeavour of strengthening the personality structure of the patient.

When acting out and distrust render outpatient psychotherapy difficult or impossible in the case of severely ill pre-oedipal patients, the first phase of the treatment must take place in the hospital. It may take then a longer time to reach their active cooperation; therefore we regard "giving time", as AMMON termed it, as the very core of the therapeutic process. This may lead to a conflict with the current tendency of generally shortening inpatient therapy duration due to economic problems. Concomitantly, complex de-stabilizing factors, which were already active in the last decades of the 20th century - such as wars, poverty, hunger, population explosion, large-scale migration, global

terrorism, etc., enhanced by the weakening of belief, of family structure, and by the enormous inheritance of the moral shock of nazism - continue their influence by potentiating pathogenic interpersonal dynamics in many families.

Economically dictated measures leading to shortening of therapy duration and formalized, non-individual treatment work in the same direction and may re-activate in many cases previous childhood traumata of abandonment, neglect and separation characterizing borderline and psychotic patients.

Dynamic Psychiatry tries to meet this complex challenge in a two-fold way: on the one hand by integrating new therapeutic methods, such as those deriving from recent developments in attachment and trauma theories and brain physiology research; on the other hand by coping with the increasing economic problems without diminishing therapeutic efficiency and jeopardizing the specific profile of our therapeutic conception. We should not overlook the danger of eclecticism inherent in this process. AMMON emphasized (G. AMMON, 1994) that eclecticism is deleterious to the psychotherapy of severely ill psychiatric patients, and elaborated, together with his co-workers (M. AMMON, 1997; I. BURBIEL et al. 1994; R. SCHMIDTS 1996), on the theoretical and practical ways of achieving genuine integration. For Dynamic Psychiatry these are, on the theoretical level, the unifying framework of personality structure theory and the systemic approach of group dynamics as shaping force of human identity; and on the practical level, in the Dynamic-Psychiatric Hospital Mengerschwaige, the Case conferences, the plenary groups of the hospital, and the group-dynamic supervision of the therapeutic team. A pivotal point of integration is the image of man implicit in our holistic therapeutic conception.

Literatur

- Ammon, G. (1959): Theoretical aspects of Milieu Therapy. Bulletin of the Menninger School of Psychiatry, Topeka, Kansas.
- (1979): Psychoanalytische Milieuthérapie. In: Ammon, G. (Hrsg.): Handbuch der Dynamischen Psychiatrie, Bd.1. Ernst Reinhardt, München, Basel.
- (1984): Das Konzept der Zeit und ihre Bedeutung für die Behandlung in der Dynamischen Psychiatrie. *Dyn. Psychiat.* 17, 317-334
- (1986): Der Mehrdimensionale Mensch. München: Pinel Verlag
- (1994a): The therapeutic Concept of the Dynamic-Psychiatric Hospital Mengerschwaige. *Dyn. Psychiat.* 27, 31-34
- (1994b): Milieu Therapy. *Dyn. Psychiat.* 27, 24-30
- (1994c): Zur Methodenintegration in der Psychotherapie. *Dyn. Psychiat.* 27, 149-166

- Ammon, G.; Griepenstroh, D.; Harlander, U. (1982): Methodenintegration aus der Sicht der Dynamischen Psychiatrie. In: Ammon, G. (Hrsg.): Handbuch der Dynamischen Psychiatrie, Band 2. Ernst Reinhardt, München, Basel.
- Ammon, G.; Dworschak, M.; Schmolke, M. (1995): The Case-Conference as an integrative moment in diagnostics and psychotherapy. *Dyn. Psychiat.* 28, 43-49
- Ammon, M. (1996): Theory and practice of Dynamic Psychiatry. *Dyn. Psychiat.* 29, 173-180
- (1997): Dynamische Psychiatrie - ein integratives psychiatrisch-psychotherapeutisches Konzept. *Dyn. Psychiat.* 30, 3-18
- Bassler, M.; Hoffmann, S.O. (1993): Die therapeutische Beziehung im Rahmen von stationärer Psychotherapie. *Psychother. Psychosom. Med. Psychol.* 43, 325-332
- Burbiel, I. (1996): Psychoanalytische Ausbildung in der Dynamischen Psychiatrie. *Dyn. Psychiat.* 29, 213-221
- (1999): Inpatient psychotherapy of schizophrenia and borderline disorders in the Dynamic-Psychiatric Hospital Mengerschwaige. *Dyn. Psychiat.* 32, 37-54
- Burbiel, I.; Dworschak, M.; Schmolke, M. (1994): Grundzüge Dynamisch-Psychiatrischer Diagnostik. *Dyn. Psychiat.* 27, 187-201
- Dulz, B.; Schneider, K. (1995): Borderline-Störungen. Theorie und Therapie. Stuttgart, New York: Schattauer
- Fabian, E. (2003): The significance of group dynamics for the inpatient psychotherapy in the Hospital Mengerschwaige, Munich. *Group analysis* 36(2), 274-287
- Kernberg, O.F. (1984): Schwere Persönlichkeitsstörungen. Theorie, Diagnose, Behandlungsstrategien. Stuttgart, Klett-Cotta
- Lohmer, M. (1988): Stationäre Psychotherapie bei Borderline-Patienten. Berlin, Heidelberg, New York: Springer
- Richter, D. (1999): Krankenhausbetriebsvergleich für psychiatrische Kliniken - Wie sinnvoll ist ein Vergleich der Behandlungsdauern nach Diagnose und Alter? *Gesundheitswesen* 61, 227-233
- Schmidts, R. (1996): Die Großgruppe in der Dynamisch-Psychiatrischen Klinik. *Dyn. Psychiat.* 29, 10-17
- Schumacher et al. (1986): Prospective payment for psychiatry - feasibility and impact. *New Engl. J. Med.* 315, 1331-1336

Adresse des Autoren:

Dr.med. (Univ. Tel-Aviv/Israel) Egon Fabian
Geiselgastigstr. 203
D - 81545 München
egon.fabian@klinik-menterschwaige.de

Die Institutionelle Psychotherapie - eine integrative Gestaltung des therapeutischen Raumes

Matthias Krisor (Herne, Germany)

The author describes the institutional psychotherapy, an in France well-known theory and practice in the reform of the psychiatry and other psychosocial areas. Important levels of the conception of man are exchange and interaction, autonomy and need orientation, competence and resource orientation. The conception of man of the institutional psychotherapy has been developed in France during the time of the Nazi occupation; correspondingly it is primarily based on the respect for the dignity of human being.

A hospital approach based by an institutional psychotherapy is characterized by a kind and respectful dealing of the professional with the patients, violence is explicitly avoided. These hospitals are a suitable place to treat successfully persons who are severely ill. An example of such a hospital approach is the St. Marien-Hospital Eickel in Herne, Germany.

keywords: institutional psychotherapy, psychiatry, psychosocial, resource orientation, integration, therapeutic space

Einleitung

Die Reformbewegung der "psychothérapie institutionnelle" hat im vergangenen Jahrhundert in Frankreich großen Einfluss auf psychotherapeutische, psychiatrische und andere psychosoziale Arbeitsfelder, z.B. in der Pädagogik, ausgeübt. Von wenigen Ausnahmen abgesehen, ist die Rezeption dieses wichtigen französischen Reformansatzes im deutschen Sprachraum weitestgehend ausgeblieben; diese Feststellung soll auch einige ausführliche Zitate entschuldigen. Da Ziele und Inhalte Institutioneller Psychotherapie zutiefst von den politischen und gesellschaftlichen Bedingungen ihrer Entstehungszeit geprägt sind, wird zuerst auf deren zeitgeschichtlichen Kontext eingegangen.

Nach der Niederlage der republikanischen Armeen im spanischen Bürgerkrieg (1936-1939) befanden sich unter den Flüchtlingen, die in Frankreich anfangs in Internierungslagern isoliert wurden, auch einige katalanische Psychiater, die auf Seiten der Republik gegen den Putsch des von Nazi-Deutschland unterstützten Generals Franco gekämpft hatten. Insbesondere FRANÇOIS TOSQUELLES, der im Fluchtgepäck HERMANN SIMONS (1929,

Nachdruck 1986) Schrift "Aktivere Krankenbehandlung in der Irrenanstalt" mit sich führte, beeinflusste die sich entwickelnde Institutionelle Psychotherapie und damit die französische Psychiatriereform entscheidend. TOSQUELLES arbeitete nach seiner Flucht als Psychiater in der Klinik St. Alban, gelegen im Département Lozère, welches auch heute noch eine sehr dünn besiedelte Region Frankreichs am Rande des Zentralmassivs ist. Unter der deutschen Besetzung Frankreichs wurde ein Teil der psychiatrischen Anstalten aufgelöst, die Patienten teilweise deportiert oder einfach ausgesetzt, ein Teil konnte aber auch gemeinsam mit den Pflegern in den Maquis flüchten und sich der Résistance anschließen. Grobe Schätzungen gehen davon aus, dass in Frankreich ca. 40.000 psychisch kranke Menschen während der deutschen Besetzung durch Hunger umkamen (OURY 1978, S. 38; AYME 1994, S. 33).

Über die Situation in der Klinik St. Alban berichten POLACK und SABOURIN (in der Übersetzung von HINZ 1984, S. 6): "Die Klinik nimmt Flüchtlinge und Widerstandskämpfer auf. Die Patienten verlassen die Anstalt, um den Bauern bei der Ernte zu helfen und Nahrung zu beschaffen. Die Klinikstruktur wird durchlässig, verschwimmt; es entsteht eine Durchgangs- oder Begegnungsstätte."

FELIX GUATTARI (1976, S. 82), Philosoph, Psychoanalytiker, Kafka-Forscher und zeitweise Verwaltungsleiter der Klinik La Borde schreibt: "Nach der Entlassung aus Gefangenen- und Konzentrationslagern sah eine Reihe von Pflegern und Psychiatern die Probleme des psychiatrischen Krankenhauses mit neuen Augen. Außerstande, konzentrationslagerhafte Institutionen noch länger zu ertragen, begannen sie, kollektiv die Abteilungen zu transformieren, die Mauern niederzureißen und den Kampf gegen den Hunger zu organisieren etc. In Saint-Alban ... fanden sich Intellektuelle aus dem Kreis der Surrealisten, von Freud beeinflusste Ärzte und engagierte Marxisten zusammen. In diesem Schmelztiegel wurden neue Instrumente zur Aufhebung der Entfremdung geschmiedet." Auch JEAN OURY (1976, S. 235) betont: "Für die Neukonzeption psychiatrischer Praxis spielte der Krieg von 1940 mit der niederschmetternden Erfahrung der Konzentrationslager, aber auch den sich in unterschiedlicher Zusammensetzung zusammenfindenden Gruppierungen der Résistance eine ganz wesentliche Rolle."

In der Klinik St. Alban, dem "Geburtsort" der Institutionellen Psychotherapie, wurde neben HERMANN SIMONS Schrift auch JACQUES LACANS (1932) Dissertationsarbeit über die paranoische Psychose in der Druckerei des Patientenclubs illegal gedruckt.

HERMANN SIMONS äußert sich bezüglich der damaligen Zustände folgendermaßen: “Die drei großen Schädlichkeiten, die unsere Geisteskranken in der Anstalt bedrohen und denen unsere Therapie fortgesetzt entgegenarbeiten muss, sind die Untätigkeit, das ungünstige Anstaltsmilieu und die grundsätzliche Unverantwortlichkeit” (zitiert von OURY, 1976, S. 238 aus dem Originaltext von HERMANN SIMON, 1986, S. 50)

Desweiteren schreibt SIMON (1986, S. 131) über die von ihm eingeleitete Reform: “Diese ganze Einrichtung drängt die Kranken ganz von selbst in die geordnetere Richtung hinein und zwar in automatischer Abhängigkeit und Wechselwirkung mit ihrem eigenen Tun und Lassen. Auch der Geisteskranke beginnt hiermit wieder sein Schicksal und die Verantwortung für sein subjektives Wohlergehen selbst in die Hand zu nehmen.” Vielleicht kann man in diesem Zitat schon eine frühe Vorwegnahme des “kompetenten Patienten” (BUCHHOLZ 1993, S. 150) und auch die Grundelemente der späteren “Empowerment“-Perspektive erkennen; letztere beschreibt KEUPP (1993, S. 366): “Empowerment meint nicht einfach Veränderung der Machtverhältnisse (zwischen Klienten und Helfern), obwohl es auch darum geht, sondern um die Gewinnung oder Wiedergewinnung von Kontrolle über die eigenen Lebensbedingungen.”

Der Begriff "Institution" in der Institutionellen Psychotherapie

Besondere Bedeutung kommt der Institutionellen Psychotherapie - aktuell und in Zukunft - als Instrument zur Analyse und zur konsequenten psychotherapeutischen Gestaltung psychosozialer Institutionen zu.

Bei den Autoren der Institutionellen Psychotherapie stellt die Beschäftigung mit der Institution unter anthropologischem Aspekt ein ganz wesentliches Arbeitsfeld dar. Obwohl auch der deutschsprachigen soziologischen Literatur (z.B. bei MAX WEBER, 1968, 1972; ARNOLD GEHLEN, 1961, 1964, 1973; und NORBERT ELIAS, 1990) grundlegende Ansätze zur Entwicklung eines fundierten Institutionsbegriffes vorlagen, findet man im Diskurs um die deutsche Psychiatriereform keine positive Beschäftigung mit der ‘Institution’. Vielleicht erklärt der historische Hintergrund diesen Unterschied. So hallt etwas vom Bürgerstolz des ‘citoyen’ nach, wenn JEAN AYME (1994, S. 31) im Rückgriff auf die eigene nationale Geschichte betont, dass die Möglichkeit zur demokratischen Gestaltung der Institutionen eine Errungenschaft der französischen Revolution sei; er fährt fort: “In unserer Sprache hat das Wort ‘In-

stitution' keine negative Färbung, sondern beinhaltet im Gegenteil Kreatives, Transformierendes, ja sogar Revolutionäres."

JEAN AYME, selbst Sektorpsychiater und viele Jahre lang Vorsitzender einer Psychiater-Gewerkschaft, leitet aus dieser Entstehungsgeschichte die Bürgerpflicht ab, die Institutionen gemäß den Bedürfnissen der ihnen anvertrauten Menschen zu gestalten. Im Gegensatz zu GOFFMANS (1977) Institutionsverständnis (als "totaler Institution") ist dem Institutionsbegriff der Psychothérapie institutionnelle, den sie für die Psychotherapie, die Psychiatrie und andere psychosoziale Felder entdeckt hat, der Gegensatz von Institution und Individuum fremd.

WOLFGANG HOFMANN (1983) ist Autor der grundlegenden deutschsprachigen Arbeit "Die 'psychothérapie institutionnelle' -Theorie und Praxis einer psychiatrischen Bewegung in Frankreich". Er unterstreicht den positiven Stellenwert der Institution für den Menschen: "Der Mensch als Zoon politicon findet in der Institution Halt und Orientierung. Der Mensch braucht die Institution. Kranke und Behinderte und nicht nur psychisch Kranke und Behinderte sind im besonderen Maße darauf angewiesen." (HOFMANN 1989, S. 49). Dieser positiv gewertete Institutionsbegriff der Institutionellen Psychotherapie kann ein Korrektiv zu dem meist vorherrschenden negativen Institutionsverständnis abgeben, welches "Institution" mit der totalen Institution von GOFFMAN gleichsetzt. Da den Institutionen für menschliche Entwicklung, Verhalten, Erleben, Befinden etc. so große Bedeutung zukommt, bedürfen sie einer strikten Analyse; so hinterfragt JEAN OURY (1983, S. 91) radikal überkommene und veraltete Versorgungsstrukturen als "absurde Systeme kollektiver Organisation ... , die dem System der Schule und des Gefängnisses oder im besten Fall der Sozialfürsorge ... entsprechen"; er betont, die psychiatrischen Institutionen seien immer in Gefahr, zu einer "technokratischen Organisation der Segregation und der Verwahrung im großen Stil" (OURY 1983, S. 95) zu degenerieren.

HOFMANN (1983, S. 39) spannt den weiten Bogen vom "Asyl" bis zum "zerstückelten Hospital": "Das Asyl bildet ein durch Mauern nach außen abgeschlossenes Terrain, auf dem jede Bewegung der Insassen kontrolliert wurde. Den Patienten wie den Mitarbeitern waren Aktivitäten und Handlungsspielraum durch ihre Positionen innerhalb der Anstaltshierarchie genau vorgeschrieben. Alle Insassen hatten aufeinander bezogene Rollen und Funktionen zu erfüllen. (...) Sie zählten nicht als Individuen, die totale Institution lässt keinen Raum für Individualität ... ". Auch betont HOFMANN, dass der

“totalitäre Charakter” psychiatrischer Einrichtungen nicht an Mauern gebunden sei und dass jede psychosoziale Institution “zum Instrument totalitärer Therapie werden (könne), die Individualität unterdrückt”.

Auch GILLES DELEUZE und FÉLIX GUATTARI (1992, S. 412) weisen bezüglich der neuen Versorgungsstrukturen auf die dringende Notwendigkeit ihrer institutionellen Analyse hin: “Die Mehrzahl der modernen Versuche - Tages-, Nachtambulanz, Krankenclubs, Hospitalisierung zu Hause, institutionelle und selbst Anti-Psychiatrie - ist weiterhin von der Gefahr bedroht, die JEAN OURY so tiefgehend analysiert hat: Wie verhindern, dass die Institution nicht erneut eine Anstaltsstruktur zurückgewinnt oder pervers-künstliche und reformistische Gemeinschaften, oder residuale paternalistische und bemutternde Pseudo-Familien bildet?”

Nach HOFMANN (1983, S. 40) kann nur die “Zerstückelung des Hospitals (morcellement de l'hôpital)” den totalitären Charakter der “entfremdeten Institution” aufheben: “Die Zerstückelung des Hospitals soll dem Patienten als Individuum und als Subjekt seiner Wünsche Raum lassen. MAUD MANNONI spricht von der ‘zerschlagenen Institution’ (‘institution éclatée’).” Im “zerstückelten Hospital” trete das institutionelle Netzwerk mit Ateliers, Werkstätten, Stationen, Einzeltherapeuten, den diversen Gruppen usw. an die Stelle des therapeutischen Automatismus; so erhalte der Patient (wie der Therapeut) erst einmal wieder die Möglichkeit, seine Wünsche und seine Individualität in der Institution zu entfalten.

An HOFMANN anschließend habe ich von der “in Teile zerlegten Institution Psychiatrische Klinik” gesprochen, “die sich um jeden einzelnen Patienten in jeweils unterschiedlicher Zusammensetzung - seiner Wahl und seinen Bedürfnissen entsprechend - neu aufbaut” (KRISOR 1989, S. 11).

OURY (1976, S. 35) hatte den Marxschen Begriff der “Entfremdung” (“aliénation”) aufgegriffen und zwischen “aliénation de la folie” und “aliénation sociale” unterschieden. Die §”double aliénation” sei das Zusammentreffen der psychotischen und sozialen Entfremdung beim schizophren erkrankten Menschen in der entfremdeten Institution.

In vielen psychosozialen Einrichtungen fände man oft massive Entfremdungsprozesse “in Verbindung mit stereotypen Zweierbeziehungen in Form von Rivalität, Aggressivität, fast paranoischem Verhalten. Und solche Verwicklungen führen immer zu monotonen Zuständen, die sich in vielen Häusern gleichen und münden in die Sackgasse ‘unbeweglicher Praxis’ ” (OURY 1991, S. 72). Als Konsequenz dieser Sichtweise fordert OURY: “Eine Grundregel der

‘psychothérapie institutionnelle’ ist der permanente Kampf gegen kleine Königreiche und ähnliche Orte der Isolation, wo unter geschlossenen Bedingungen pathogene Systeme wuchern und zur Quelle kollektiver Hysterie werden.”

Unabdingbare Voraussetzung zur Aufhebung der Entfremdung in der Institution ist nach OURY (1976, S. 35), sich “über die Struktur des psychiatrischen Milieus Klarheit zu verschaffen, wenn man es in seiner Gesamtheit zu einer Aufhebung von Entfremdung hinorientieren will (‘desaliénation’)

Da es bei der Gestaltung menschenfreundlicher Institutionen nicht primär um Gemäuer, sondern um Menschen (“pas des pierres, des hommes”, DELION 1984, S. 47) geht und die intersubjektiven Beziehungen als “unsere hauptsächlichsten Arbeitsinstrumente” gelten, wird in der Institutionellen Psychotherapie dem therapeutischen “Collectif” große Aufmerksamkeit gewidmet. OURY (1976, S. 262) beschreibt das Collectif “als ein Ensemble, welches die zahlreichen Institutionen der Einrichtung... leitet”. An anderer Stelle führt Oury (1991, S. 70) aus, dass das Collectif “auch ein System von Bedeutungen und in diesem Sinne vielsagend (ist) ... , in diesem Sinne sprechen wir vom Collectif als einem relativ geschlossenen Bedeutungssystem wie die Sprache ... Diese Art Sprache kann man lesen und beschreiben ... ”.

Bedeutung des Subjektes

Ein theoretischer und praktischer Schwerpunkt Institutioneller Psychotherapie ist ihre besondere Sichtweise des Subjektes.

Bei einem Besuch der Klinik Saint-Alban antwortete mir ein ärztlicher Kollege auf meine Frage, was für ihn der Kern Institutioneller Psychotherapie sei: “C'est rencontrer le sujet”, d.h. dem Subjekt begegnen; dieser Subjektbegriff beinhaltet von vornherein das Wahrnehmen und Respektieren der Wünsche und Bedürfnisse, des “Begehrens (‘le désir’)” einer Person. Wenn ich unter diesem Blickwinkel einem anderen Menschen gegenüber trete, weiß ich, dass dieser seine ganz individuelle Biographie und persönlichen Wünsche hat, z. B. nach Brot und Wein, Metaphysik, Eros, einem Spaziergang, usw. Dabei erscheint die Person nicht als isoliertes Individuum, sondern von Anfang an eingebettet in einen sozialen Kontext; dessen hohen Stellenwert unterstreicht OURY (1986, S. 242), wenn er zum Begriff der Person betont: “Nicht nur ein Individuum oder ein Subjekt, sondern das Ganze. Die Person ist wie eine Kreuzung einer gewissen Anzahl von ‘Funktionen der Zugehörigkeit’, ihr

mehr oder weniger großer Reichtum ergibt sich aus den Zugehörigkeiten und den Beziehungen zu anderen Personen und anderen Milieus." Hier spricht OURY die Bedeutung der sozialen Rollen für das Individuum an; diese dienen nach PARIN (1977, 511ff.) der sozialen Anpassung, ohne eine solche Identifikation könne ein entspannter Umgang mit der Umwelt kaum gelingen. Regelmäßig gehe die Identifikation mit der Rolle mit einer oft nur vorübergehenden narzisstischen Befriedigung einher. Bei dauerhafter Identifikation, insbesondere mit einer positiven Rolle (z.B. Arzt, Vater) stelle sich narzisstischer Gewinn ein und auch das Gefühl der eigenen Identität werde gestärkt. In institutionell-psychotherapeutischer Praxis dienen die sozialen Rollen als ein Medium der Interaktion und des Austausches.

Das fundamentale Tauschprinzip menschlicher Organisation wird insbesondere von LEVI-STRAUSS (1993, S. 107) betont; es sei "eine totale gesellschaftliche Tatsache, d. h. eine Tatsache, die eine sowohl gesellschaftliche wie religiöse, magische wie ökonomische, utilitäre wie sentimentale, juristische wie moralische Bedeutung hat". Nach OURY (1986, S. 239) wird der Austausch zwischen den Menschen über ihre "Heterogenität" gefördert. Diese "ist nicht beliebig. Sie erlaubt eine funktionelle Verwendung der Unterschiede Alter, Geschlecht, Krankheitsursachen, soziale Herkunft und anderer Merkmale. Die Art der psychotischen Erkrankung im allgemeinen ... drückt sich in der Schwierigkeit aus, jemanden anderes als sich selbst zu treffen, es ist also wichtig, dass sich in dieser heterogenen Umgebung 'Beziehungen', ergänzende Kontakte entwickeln. Das bedeutet, dass sich ein Kranker um einen anderen Patienten kümmern kann, eine junge Frau kann sich um eine sehr alte bemühen und umgekehrt".

"Heterogenität" ist bei OURY eng verbunden mit "Ergänzung": "Diese Kontakte helfen gegen eine Art der existentiellen Isolierung, der Vereinsamung, des Rückzugs auf sich selbst, sie helfen zu kämpfen, indem man gemeinsame Möglichkeiten der Begegnung organisiert; diese ermöglichen, aus sich herauszugehen und den Anderen zu treffen: eine gemeinsame, jedoch nicht autoritäre Organisation. Anders ausgedrückt, paradoxerweise geht es darum, 'den Zufall zu programmieren'. Denn jeder Kontakt, jede echte Begegnung ist grundsätzlich unvorhersehbar. Es gibt immer einen Überraschungsfaktor: durch die Überraschung wird es ein echtes Treffen, das etwas in der Persönlichkeit verändert. Es geht darum, für jeden Kranken Möglichkeiten zu finden, wieder einen eigenen Wert zu finden, indem er fühlt, für die anderen zu zählen. Oft ist gerade dieses Gefühl verlorengegangen. Die Organisation einer

solchen Gemeinschaft muss a priori einem gewissen Gesetz gehorchen ... , dem Gesetz des maximalen Respekts vor dem anderen als Nächsten." Da die Person "durch ihre Humanität wie ein Gewebe aus Sprache, Worten, Bedeutungen" (OURY 1986, S. 240) ist, kommt den Übertragungsprozessen des Kranken auf die verschiedenen Elemente des institutionellen Feldes große Bedeutung zu.

Gestaltung des therapeutischen Raumes

OURY (1976, S. 290) warnt vor dem direkten, unvermittelten Kontakt zum Psychosekranken, wie er im klassischen psychoanalytischen Setting vorliegt; dies sei oft "extrem gefährlich"; er postuliert eine "médiation institutionnelle" (institutionelle Vermittlung) zwischenmenschlichen Austausches, wie er z.B. in den Ateliers, den Werkstätten, den Versammlungen, den Klubs usw. als "champs transféretiels multifocaux" (OURY 1976, S. 252), den multifokalen Übertragungsfeldern stattfindet.

OURY (1983, S. 92): "Der Wert institutioneller Therapie liegt darin, dieses massive Übertragungssystem durch ein kontrolliertes System multipler und reich verzweigter Beziehungen aufzufangen und damit charakteristischen Bedingungen schizophrener Existenz besser Rechnung zu tragen. Dem Zerfall, der Dissoziation der Übertragung und dem sich Anklammern an Worte und Dinge."

Als unbedingt notwendige Minimalvoraussetzung, damit sich diese "multifokalen Übertragungsfelder, diese persönlichen Reisepläne, diese Begegnungen und diese Wahlmöglichkeiten" (OURY 1976, S. 252ff.) herausbilden können, nennt OURY:

1. Bewegungsfreiheit, um Orte aufsuchen und verlassen zu können (*liberté de circulation*),
2. strukturierte Orte: Ateliers, Dienstleistungsbereiche (Küche usw.),
3. leicht anpassungsfähige Absprachen über Aufnahme und Entlassung,
4. ein permanenter Empfang (*accueil*), der symbolische Netzwerke und Vermittlungssysteme bereithält.

Die algerische Psychoanalytikerin ALICE CHERKI (2002, S. 104) fasst die Kernelemente Institutioneller Psychotherapie zusammen; für sie bedeutet *psychothérapie institutionnelle*: " ... die Schaffung eines Therapieraums, in dem Pflegepersonal und Patienten zusammen ein soziales Netz aufbauen, in

dem der abgerissene Faden einer unerfüllten Subjektivität wieder aufgenommen werden kann. Ein soziales Netz wiederherzustellen bedeutet, einen Bezugsraum zu schaffen, einen offenen Ort für den Konflikt, für die Mobilisierung von Emotionen ... Alle kreativen, kulturellen oder manuellen Aktivitäten tragen zu dieser Mobilisierung bei, indem sie sich vor allem an den Bereich der Sinne, der Gefühle und des Körpers wenden, um zum 'Ablauf eines Lebens, einer Geschichte' zu werden."

Die Institutionelle Psychotherapie zeigt gewisse Ähnlichkeiten zum Konzept des "therapeutischen Raumes", den POHLEN und Mitarbeiter Anfang der 1970er Jahre von analytisch-psychotherapeutischen Ansätzen ausgehend, entwickelten. POHLEN et al. (1984, S. 921) bemühten sich, "durch die Organisation des klinischen Feldes als Gesamtgruppenprozess einen integrativen Psychotherapieansatz zu ermöglichen". Die Autoren versuchen, verschiedene Möglichkeiten zur Kommunikation und zur Interaktion in der psychotherapeutischen Institution zu schaffen, damit im "therapeutischen Raum" dem Patienten "in strukturierter Form all die Kommunikationsweisen erfahrbar werden, die ihm wieder die Teilnahme an der sozialen Interaktion in der Gesellschaft gestatten".

Vergleichen kann man die Institutionelle Psychotherapie auch mit der humanstrukturellen Milieuthérapie in den Dynamisch-Psychiatrischen Kliniken, für die SCHMIDTS & DWORSCHAK (1998, S. 2) festhalten: "Das gesamte Feld der Klinik wird verstanden als sozialenergetisches Beziehungsgeflecht, in dem durch gruppenspezifisches Arbeiten im Hier und Jetzt auf den verschiedenen Ebenen der Patienten- und Mitarbeitergruppen bis hin zur Großgruppe aller Mitarbeiter und Patienten ein lebendiges Feld entsteht, das die konstruktiven Seiten der Patienten nutzbar macht und unterstützt und somit zu einer nachholenden Ich-Entwicklung beiträgt."

Die bisher aus institutionell-psychotherapeutischer Sicht angesprochenen Ebenen des Menschenbildes lassen sich wie aus Abb. 1 auf der folgenden Seite ersichtlich, zusammenfassen.

Wie auch graphisch angedeutet, überschneiden und ergänzen diese verschiedenen Ebenen einander, unterstreichen aber die Perspektive des aktiv handelnden Menschen. Es ist sicher unzweifelhaft, dass diese Sichtweise des Menschen eine tragfähige Basis für eine therapeutische Partnerschaft abgibt, wobei es als Ziel gilt, ein positives Selbstbild des Patienten als eines erfahrenen und kompetenten Partners im therapeutischen Prozess zu fördern.

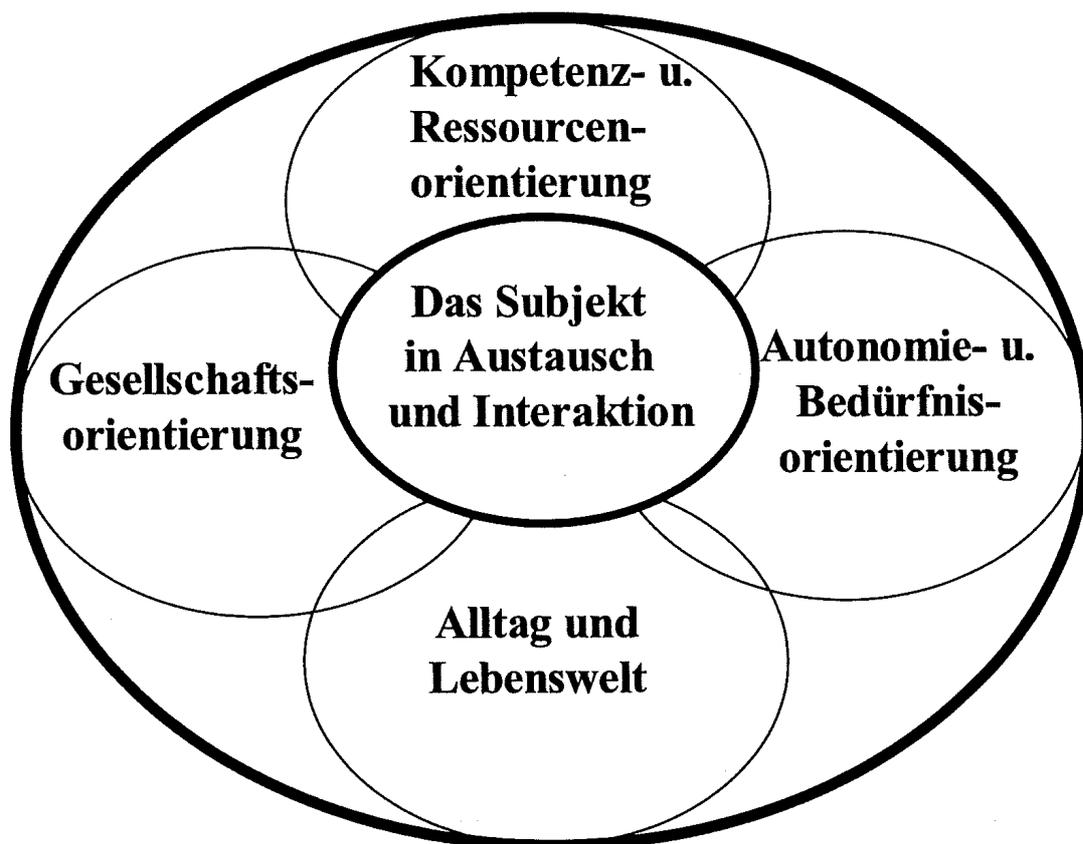


Abbildung 1: Ebenen des Menschenbildes

Damit die Ausführungen zum Menschenbild in der Praxis nicht folgenlos bleiben, müssen sie sowohl in allgemeine Normen der Interaktion wie in strukturelle Rahmenbedingungen übersetzt werden. Als ein Beispiel einer institutionell - psychotherapeutisch gestalteten stationären Gemeindepsychiatrie darf die Klinik St. Marien-Hospital Eickel in Herne gelten, die seit über 20 Jahren die Pflichtversorgung einer Großstadtregion mit 175.000 Einwohnern leistet.

Als "gemeindepsychiatrische Trias" (KRISOR 1992, S. 94) wurden folgende Basisstrukturen in der psychiatrischen Klinik aufgebaut und beschrieben:

- keine Aufnahmestation
- Heterogenität
- offene Türen sämtlicher Stationen

Später wurden diesen Strukturen in der Herner Gemeindepsychiatrie die Ateliers hinzugefügt (s. ausführliche Darstellung in KRISOR, 2005); diese können als ein exemplarisches Beispiel für Institutionelle Psychotherapie gelten und sollen deshalb etwas näher beschrieben werden.

Ateliers als Ort der Begegnung und des Austauschs

Die Ateliers sind der Ort, an dem sämtliche Ebenen des beschriebenen Menschenbildes praktisch werden können; hier sprechen nicht Patientinnen und Patienten, sondern Expertinnen und Experten bringen ihre Interessenschwerpunkte, ihre Lebenserfahrungen, ihre künstlerischen, sozialen, musischen, politischen usw. Fähigkeiten ein und üben für sie wichtige soziale Rollen aus. Im Atelier kann sich die Rollenvielfalt des Einzelnen über das Prinzip des Austausches mit anderen entfalten; der Referent kann sich als gleichberechtigter Partner einer an einem bestimmten Thema interessierten Gruppe von Menschen erleben und damit Anerkennung und eine Stärkung seines Selbstwertgefühls erfahren. Gemäß den Bedürfnissen und den ganz unterschiedlichen Interessen der Menschen stehen bei den Atelierversammlungen die verschiedensten Themen auf der Tagesordnung so wurde schon referiert über: den Brieftaubensport, die Rassekaninchenzucht, den gregorianischen Choral, allgemein- und friedenspolitische Themen, Aspekte künstlerischen Schaffens z. B. Ausstellungsbesuche, Vorträge eigener Klavier- und Orgelkonzerte, lokale historische Themen, das Angeln, die Wappenkunde, die Teezubereitung und vieles andere mehr.

Da die regelmäßig wöchentlich stattfindenden Atelierversammlungen öffentlich sind und auch von interessierten Herner Bürgerinnen und Bürgern und lokalen Mediatoren besucht werden, stellen sie gleichzeitig einen Knotenpunkt im Netzwerk der Begegnung und Kontakte von Klinik und Gemeinde dar; gleichzeitig sind sie ein Medium der sozialen und demokratischen Kontrolle der Klinik. Rund ein Drittel der Referenten sind Patienten und Patientinnen der Klinik, ein weiteres Drittel sind Mitarbeiter, das letzte und auch sehr wichtige Drittel setzt sich aus Bürgern der Stadt, lokalen Repräsentanten von Kirchengemeinden, Vereinen, Vertretern der Kommunalpolitik, der Medien usw. zusammen. Gerade durch diese Mitwirkung vieler Herner Bürger werden die Ateliers - über ihre bisher erwähnten Qualitäten hinaus - zu einem wichtigen Medium der Öffentlichkeitsarbeit.

Die institutionell-psychotherapeutisch gestaltete stationäre Gemeindepsychiatrie realisiert in ihrer tagtäglichen Praxis bei allen Beteiligten Ressourcen- und Kompetenzorientierung, fördert dadurch eine Selbst- und Fremdwahrnehmung als aktiv handelndes Subjekt und setzt unter affektlogischer Perspektive vielfältige Verhaltensmöglichkeiten frei, die das Selbstwertgefühl der Individuen fördern. Die Anerkennung als Person und Mitbürger mit Rechten und Pflichten fördert symbolisch und konkret die Einbindung des Patienten in eine gemeinsame Welt mit ihrem Werte- und Normenkodex und erschwert den Rückzug in einen ausschließlich psychopathologisch definierten Raum. In dieser Perspektive hat eine überzeugende psychiatrische Alltagspraxis auch die kleinsten Ansätze von Demütigungs- und Erniedrigungsritualen zu vermeiden und das Rechtsgut der körperlichen Unversehrtheit als einen hochrelevanten Wert zu schätzen.

Die Würdigung des "gemeinsamen menschlichen Nenners" ermöglicht in der Begegnung mit dem Anderen "die Erfahrung seiner Andersheit und die Singularität" (BOHLEBER 2004, S. 781) und kann "Neugier wie Irritation auslösen und damit die Chance einer fruchtbaren Begegnung eröffnen". Letztere Perspektive ist aber gerade auch für die Arbeitszufriedenheit auf Mitarbeiterseite wichtig. Wird die eigene Arbeit als unentfremdete Praxis im Sinne einer bereichernden Subjekt-Subjekt-Interaktion erlebt, dann setzt sie Engagement und Kreativität - gerade auch zur Vermeidung von Zwang und Gewalt - frei.

Vermeidung von Gewalt

Wir gehen davon aus, dass die Gesamtheit dieser Überlegungen einschließlich der strukturellen Merkmale z.B. der "offenen Tür" dazu beitragen, auf Mitarbeiter-, wie auf Patientenseite unnötige Frustrationen (und in ihrer Folge Gewalt) zu vermeiden.

Seit 1990 wird in der Klinik eine genaue Gewaltstatistik geführt. Jegliches Ereignis, welches in den Bereich - oder das Umfeld - von "Gewalt" fällt oder fallen könnte, wird sowohl ärztlich wie pflegerisch dokumentiert, bei den dreimal wöchentlich stattfindenden Ärztebesprechungen erörtert und ausgewertet.

Die folgende Tabelle (siehe folgende Seite) zeigt die Gewaltvorkommnisse in der Herner gemeindepsychiatrischen Klinik aus den Jahren 1990 bis 2003.

Jahr/Gesamtaufnahmen	Anzahl aggressiv-körperlicher Kontakte	Anzahl der beteiligten PatientInnen	von „Fixierung“ betroffene PatientInnen
1990/91 = 1.200	54	33 (2,7%)	17 (1,4%)
1993 = 1.300	24	13 (1,0%)	6 (0,4%)
1994 = 1.490	30	21 (1,7%)	11 (0,7%)
1995 = 1.388	52	25 (1,8%)	12 (0,8%)
1996 = 1.371	23	14 (1,0%)	8 (0,5%)
1997 = 1.435	30	15 (1,0%)	6 (0,4%)
1998 = 1.721	18	15 (0,9%)	5 (0,3%)
1999 = 1.772	23	16 (0,9%)	5 (0,3%)
2000 = 1.897	15	12 (0,6%)	2 (0,1%)
2001 = 1.739	31	20 (1,2%)	9 (0,5%)
2002 = 1.821	25	16 (0,9%)	6 (0,3%)
2003 = 1.803	22	18 (1,0%)	5 (0,3%)

Tabelle 1

In der Übersicht wird die „Anzahl aggressiv-körperlicher Kontakte“, die „Anzahl der beteiligten PatientInnen“ und die Häufigkeit „von ‚Fixierung‘ betroffener Personen“ auf die Anzahl der im Jahreszeitraum stationär aufgenommenen Patienten bezogen.

Über den prozentualen Anteil der Patienten, die in pflichtversorgenden Kliniken der sog. „Fixierung“ unterliegen, werden in der Literatur aus den letzten zehn Jahren Prozentangaben zwischen 3,6 bis 24,9 gemacht (s. KRISOR 2005). Neben der Gewaltvermeidung liegt eine weitere Stärke der Institutionellen Psychotherapie in ihrer Möglichkeit, das „psychiatrische Dilemma“ aufzulösen; letzteres besteht nach WULFF (1972, S. 215) darin, „den Kranken sowohl in seiner Krankheit - in der reinen Subjektivität seines Irrsinns - als auch als Gesunden - in seiner Teilhabe an der gemeinsamen Welt - respektieren zu müssen“.

Institutionelle Psychotherapie gibt - sowohl in der französischen Sektorpsychiatrie wie in der deutschen Gemeindepsychiatrie - auch dem stärker beeinträchtigten psychisch kranken Menschen wieder seinen Platz in der Gesellschaft zurück und „reintegriert (ihn) in die Geschichte seiner Zeit, verknüpft mit der Geschichte der Institution und seiner persönlichen wie familiären Geschichte“ (AYME 1994, S. 45). Institutionelle Psychotherapie stellt einen kulturellen und zivilisatorischen Fortschritt in der Geschichte der Psychiatrie dar; diesen gilt es in Zeiten von Globalisierung und Privatisierung als wertvolles Element der Zivilgesellschaft zu erhalten und zu verteidigen.

The Institutional Psychotherapy - an integrative design of therapeutical space

Matthias Krisor (Herne, Germany)

The Institutional Psychotherapy is a well-known theory and practice in France with the aim to reform psychiatry and other psychosocial areas, for example of the nursery schools. An Institutional Psychotherapy has a certain similarity to the milieu therapy, however, exceeds it in this respect by developing a fundamental anthropological base. Central ingredients of the conception of man are: exchange and interaction, autonomy and need orientation, competence and resource orientation. The conception of man of the Institutional Psychotherapy has been developed in France during the time of the Nazi occupation; correspondingly it is anti-totalitarian and primarily based on the respect for the dignity of human being.

The place of origin of the Institutional Psychotherapy is the hospital in St. Alban in the Département Lozère at the Zentralmassiv. Earlier and current authors will be quoted who have developed and advanced the concept. The concept of the Institutional Psychotherapy requires a new professional understanding in which the therapist-patient interaction is not a hierarchic-authoritarian one.

The Institutional Psychotherapy also marks the structures of the psychiatric hospital: the doors of all wards are open; on the wards a heterogeneity appears regarding age, socio-economic status, illness etc. The heterogeneity underlines that the person is in the center and not the illness. A hospital approach based by an Institutional Psychotherapy is characterized by a kind and respectful dealing of the professional with the patients, violence is explicitly avoided. These hospitals are a suitable place to treat persons successfully who are severely ill. An example of such a hospital approach is the St. Marien-Hospital Eickel in Herne, Germany).

The author, who since 1979 is the director of the hospital for 175.000 inhabitants, describes the humanistic concept and the structures of the Institutional Psychotherapy. In the so-called "Ateliers" the social role of a speaker or specialist brings the patient role in the background and his expert role in the foreground. Patients are considered as experts who present their interests, life

experiences, artistic, social, political skills and have important social roles. Through a variety of roles they may increase their self-esteem as equal partners. An important effect of the Institutional Psychotherapy is to avoid violence in psychiatric and psychosocial institutions to a large extent. A statistical assessment over 12 years in the Herne hospital will be presented and compared with data from the literature.

Literatur:

- Ayme, J. (1994): Institutionelle Psychotherapie - Geschichte, Entwicklung und Gegenwart. In: Krisor, M. (Hrsg.): Dem Menschen begegnen - Zur Wiederentdeckung des Subjekts in der Psychiatrie. Reader zu den Herner Gemeindepyschiatrischen Gesprächen. Roderer, Regensburg, 31-52.
- Bohleber, W. (2004): Editorial Intersubjektivität und die Bedeutung des Anderen in der Psychoanalyse. In: Psyche, 58, 777-782
- Buchholz, M. B. (1993): Probleme und Strategien qualitativer Psychotherapieforschung in klinischen Institutionen. In: Psyche, 47, 148-179
- Cherki, A. (2002): Frantz Fanon. Ein Porträt. Edition Nautilus, Hamburg
- Deleuze, G.; Guattari, F. (1992): Anti-Ödipus. Kapitalismus und Schizophrenie I. Suhrkamp, Frankfurt
- Delion, P. (1984): Psychose toujours... Editions du Scarabée, Paris
- Elias, N. (1990): Studien über die Deutschen, Machtkämpfe und Habitusentwicklung im 19. und 20. Jahrhundert. Suhrkamp, Frankfurt
- Gehlen, A. (1961): Anthropologische Forschung. Rowohlt Taschenbuchverlag, Reinsbek
- Gehlen, A. (1964): Urmensch und Spätkultur. Athenäum-Verlag, Bonn
- Gehlen, A. (1973): Moral und Hypermoral. Athenäum-Verlag, Frankfurt
- Goffman, E. (1977): Asyl. Über die soziale Situation psychiatrischer Patienten und anderer Insassen. Edition Suhrkamp, Frankfurt/M.
- Guattari, F. (1976): Psychotherapie, Politik und die Aufgaben der institutionellen Analyse. Edition Suhrkamp, Frankfurt/M.
- Hinz, G. (1984): Institutionelle Aspekte der Psychosenbehandlung. Das Konzept der "Psychothérapie institutionnelle" in Frankreich. Ferdinand Enke Verlag, Stuttgart
- Hofmann, W. (1983): Die "psychothérapie institutionnelle". Theorie und Praxis einer psychiatrischen Bewegung in Frankreich. Campus, Frankfurt, New York
- Hofmann, W. (1989): Beiträge "institutioneller Psychotherapie" zur Gemeindepyschiatrie. In: Krisor, M. (Hrsg.): Gemeindepyschiatrisches Gespräch. perimed-Verlag, Erlangen, 47-52
- Keupp, H. (1993): Die (Wieder-)Gewinnung von Handlungskompetenz: Empowerment in der psychosozialen Praxis. In: Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis, 3, 365 - 381
- Krisor, M. (Hrsg.) (1989): Gemeindepyschiatrisches Gespräch. perimed-Verlag, Erlangen
- Krisor, M. (1992): Auf dem Weg zur gewaltfreien Psychiatrie. Das Herner Modell im Gespräch. Psychiatrie-Verlag, Bonn
- Krisor, M. (2005): Aufgehoben in der Gemeinde. Entwicklung und Verankerung einer offenen Psychiatrie. Psychiatrie-Verlag, Bonn, in Druck
- Lacan, J. (1932): De la psychose paranoïaque dans ses rapports avec la personnalité. Le Francois, Paris
- Lévi-Strauss, C. (1993): Die elementaren Strukturen der Verwandtschaft. Suhrkamp, Frankfurt/M.
- Oury, J. (1976): Psychiatrie et Psychothérapie Institutionnelle. Payot, Paris
- Oury, J. (1978): Il, donc. Union général d' Éditions, Paris

- Oury, J. (1983): Zur Psychothérapie institutionnelle. In: Hofmann, W.: Die "psychothérapie institutionnelle". o.a., 91-95
- Oury, J. (1986): Grundbegriffe der institutionellen Therapie. In: Blätter der Wohlfahrtspflege, 133, 10, 239-241
- Oury, J. (1991): Überlegungen zu theoretischen Problemen der "psychothérapie institutionnelle". In: Krisor, M.; Leidner, O. (Hrsg.): Institutionelle Psychotherapie in der Gemeindepsychiatrie. Reader zu den Herner Gemeindepsychiatrischen Gesprächen. Mabuse, Frankfurt/M., 67-76
- Parin, P. (1977): Das Ich und die Anpassungs-Mechanismen. In: Psyche, 6, 481-515
- Pohlen, M.; Kauß, E.; Wittmann, L. (1984): Der "Therapeutische Raum" als psychotherapeutisches Behandlungsprinzip im klinischen Feld. In: Heigel-Evers, A. (Hrsg.): Sozialpsychologie Bd. 2. Gruppendynamik und Gruppentherapie. (Kindlers "Psychologie des 20. Jahrhunderts"). Beltz, Weinheim, Basel, 919-927
- Schmidts, R.; Dworschak, M. (1998): Grundzüge stationär humanstruktureller Milieuthherapie. In: Dynamische Psychiatrie, 31, 1./2., 1-7
- Simon, H. (1986): Aktivere Krankenbehandlung in der Irrenanstalt/von Hermann Simon (1929): Psychiatrie Verlag, Bonn
- Weber, M. (1968): Soziologie, Weltgeschichtliche Analysen, Politik. Alfred-Kröner-Verlag, Stuttgart
- Weber, M. (1972): Wirtschaft und Gesellschaft, Studienausgabe. Mohr, Tübingen
- Wulff, E. (1972): Psychiatrie und Klassengesellschaft. Athenäum Verlag, Frankfurt/M.

Adresse des Autoren:

Dr.med Dipl.-Psych. Matthias Krisor
St. Marien-Hospital Eickel
44651 Herne

www.krisor.de
dr.krisor@t-online.de

Der unverzichtbare Wert stationärer Gruppentherapie zur Behandlung von "Frühstörungen"

Hans-Joachim Maaz (Halle, Germany)

Inpatient psychotherapy is indispensable for the treatment of so called "early disturbances". The setting offers conditions for seclusion, space for protection as well as a variety of methods for deep regressive work.

Integration of body psychotherapeutic interventions is indispensable for the patients' emotionally coping with preverbal disturbances. The author presents an inpatient group psychotherapeutic concept containing group developmental phases, therapeutic behaviour and multimodal methods for the appropriate treatment of structural disturbances within personality development.

keywords:

Inpatient group psychotherapy, intended dynamic group psychotherapy, body psychotherapy, group developmental phases, treatment of early disturbances, therapeutic behaviour

Der gesellschaftliche Hintergrund

Stationäre Psychotherapie ist ein unverzichtbarer Bestandteil psychotherapeutischer Versorgung. Ich leite diesen Satz aus einer 25jährigen klinischen Erfahrung mit den Möglichkeiten gruppodynamischer Therapiekonzepte ab, flankiert durch die differentialindikatorischen Auseinandersetzungen einer intensiven ambulant-stationär-ambulanten Zusammenarbeit. Die Überweisung zur stationären Psychotherapie erfolgt bei uns durch Fachpsychotherapeuten nach ambulanter Vorbereitung und mit der Möglichkeit ambulanter Nachbetreuung. Auf diese Weise, unterstützt durch eine stationäre "Probe-woche" zur spezifischen Indikationsstellung, in der unser Therapiekonzept unmittelbar erfahren und ein mögliches Arbeitsbündnis intersubjektiv gewonnen und geprüft werden kann, kann stationäre Gruppentherapie ihre besondere Bedeutung und Effektivität entfalten.

Wir verdanken auch den gesellschaftlichen Veränderungen in Ostdeutschland mit der "Wende" 1989 und dem deutschen Vereinigungsprozess spezifische Erfahrungen über die unterschiedlichen sozial-pathogenen Wirkungen der verschiedenen Gesellschaftssysteme. Die zentralen Veränderungen lassen sich fokussieren von den Folgen eines engen autoritären sozialistischen Systems zu den Folgen einer scheinbaren Grenzenlosigkeit der Möglichkeiten

bei Unsicherheit in haltgebenden Werten und Orientierungen der marktwirtschaftlich und medial globalisierten Welt. Damit hat sich die therapeutische Aufmerksamkeit von der Behandlung der neurotischen Störungen auf höherem "ödüpalem" Niveau (den psychosozialen Folgen autoritärer Systeme) zu den sogenannten Frühstörungen auf niedrigerem Struktur-niveau (den psychosozialen Folgen "liberaler" Beziehungslosigkeit) wandeln müssen. Verkürzt gesagt, musste sich damit die therapeutische Zielstellung von der leichteren Behandlung der "Vaterstörungen" zu den schwierigeren und damit regressionsbedürftigen Behandlungen der frühen "Mutterstörungen" weiterentwickeln.

Die sozialistische Zeit begreife und beschreibe ich (MAAZ, 1990) als eine durch "Vaterterror" repressiv geordnete Welt, in der die Mutterdefizite kaum klinisch manifest werden mussten, da sie durch allgemeine gesellschaftliche Enge und Verbote, durch infantilisierende Fürsorge, durch strukturierende Ordnung und Disziplin und ideologisierende Spaltungsabwehr (wir guten Sozialisten - ihr bösen Imperialisten) verdeckt, stabilisiert und kompensiert waren. Die kapitalistische Welt begreife und beschreibe ich als eine durch "Vaterflucht" nicht "triangulierte" Welt, in der der "Muttermangel" und die "Muttermangel" (MAAZ, 2004) eine immer deutlicher werdende narzisstische und süchtige Gesellschaftspathologie ausformen. Frühe ungestillte Bedürftigkeit soll durch Geltung und Geld kompensiert, frühe Kränkung durch Leistung, Erfolg und Macht ausgeglichen und die Panik früher Bedrohung soll durch ausagierte Konkurrenz abgelenkt und die erlittene Ablehnung durch soziale Gewalt ersatzweise gerächt werden. Die Spaßgesellschaft schließlich will die frühe traumatische Wahrheit von Beziehungsmangel, Lieblosigkeit und Entfremdung vergessen machen. Die ökonomisch begründeten immer höheren Erwartungen an die Flexibilität und Mobilität der Menschen, an ihre Funktionalität und Austauschbarkeit entsprechen den vorhandenen Beziehungsstörungen und seelischen Defiziten. Die gesellschaftlichen Verhältnisse stellen damit geeignete soziale Abwehrhilfen für die Masse der Betroffenen zur Verfügung, wodurch die Bedingungen für neue Frühstörungen bei der nächsten Generation wieder reproduziert sind.

Die zentrale Konfliktdynamik in der DDR rankte sich um die Frage von Anpassung oder Widerstand, von Standhalten oder Flüchten - das waren relativ harmlose Konflikte auf neurotischem Niveau gegenüber den heutigen reaktualisierten frühen Konflikten zwischen Daseinsberechtigung oder

Existenzbedrohung, zwischen Dazugehörigkeit und Anerkennung oder Ablehnung und Abwertung. Selbst die heute lebbare Autonomie transportiert häufig nur die Pseudofreiheit eines entfremdeten Selbst. Denn die sog. Freiheit ist am Arbeitsmarkt rasch beendet und die Selbstentfaltung wird durch den Konkurrenzkampf in Abhängigkeit von den Marktbedingungen und durch die Suggestionen des Zeitgeistes und der Mode nachhaltig und wirkungsvoll beeinträchtigt.

Die Behandlung von "Frühstörungen" braucht das stationäre Setting

Will man die Folgen von "Frühstörungen" angemessen behandeln, müssen beziehungs-dynamisch Bedingungen erfüllt werden, die es erlauben, die in Frage gestellte Lebensberechtigung und die schwerwiegenden Beziehungsdefizite allmählich bewusst werden zu lassen, Einschüchterungen und Bedrohungen zu überwinden und fehlende Erfahrungen aufzufüllen.

Die damit verbundene Verunsicherung, Labilisierung, die subjektiv erlebte Bedrohung und Ängstigung, die oft peinliche Unerfahrenheit und das notwendige Ausprobieren und Neu-Lernen fordern ein Setting, wie es nur durch stationäre Bedingungen ermöglicht werden kann:

- Es geht um einen haltgebenden Schutzraum, der Regression erlaubt, ohne nach einer Behandlungsstunde bereits wieder "alltagstauglich" und "verkehrstüchtig" sein zu müssen.
- Es geht um eine äußere Strukturhilfe, um die innere Strukturschwäche ausreichend gehalten eröffnen zu können. Wir vereinbaren dafür Klausurbedingungen und "Fasten"-Regeln, d. h. während des stationären Aufenthaltes z.B. auf Alkohol und Nikotin zu verzichten und von den üblichen Abwehrhilfen (TV, PC, Radio, Zeitungen, Telefonieren etc.) zu fasten. Es geht um einen geschützten Raum und um eine strukturierte Zeit, um es wagen zu können, Abwehrfunktionen aufzugeben und regressive Prozesse zuzulassen, um die Affekte früher Defizite und Traumatisierungen durcharbeiten zu können.
- Wir vereinbaren auch eine zeitbegrenzte Behandlung mit feststehendem Therapieanfang und -ende für eine geschlossene Gruppe, um dem Gruppenentwicklungsprozess eine optimale Strukturhilfe einzuräumen. Mit den dann möglichen Gruppenphasen:

- Anwärmen
 - Phase der Auseinandersetzung (Kampf und Flucht)
 - Arbeitsphase
 - Phase der Beendigung und des Abschiedes werden auch die jeweiligen Konfliktdynamiken gefördert, wobei eine Entwicklung von den neurotischen Abwehrkonflikten zu den Erfahrungen der frühen Objektbeziehungspathologie intendiert wird.

Das stationäre Therapieangebot kann hohe Anforderungen durch methodische Multimodalität (MAAZ, H.-J., 1997) erfüllen, indem auch nonverbale Zugänge (Bewegungs-, Musik- und Gestaltungstherapie) zum Unbewussten ermöglicht werden, indem die präverbale Entwicklungszeit über Körperarbeit miteinbezogen werden kann (Körperpsychotherapie) und indem neues Verhalten in Kommunikation und Handeln eingeübt werden kann (Rollenspiele, Verhaltenstherapie, Gestalttherapie). Dabei muss allerdings der Therapieprozess in "einer Hand" bleiben und darf nicht unverbunden polypragmatisch von mehreren Therapeuten nebeneinander durchgeführt werden, wie es leider allzu oft in Rehabilitationseinrichtungen geschieht. Die therapeutischen Methoden sind nur Vehikel für den Entwicklungsprozess der Gruppe und folgen den Gruppenthemen, um die darin verborgenen unbewussten Konfliktdynamiken aufzudecken.

Jede therapeutische Methode kann zur Intensivierung und Vertiefung des Therapieprozesses, aber auch zum Widerstand gegenüber einer Weiterentwicklung und zum Ausagieren benutzt werden. Deshalb bleibt die zu reflektierende und ggf. zu supervidierende Prozessanalyse in Bezug auf die Übertragungs-Gegenübertragungs-Dynamik und die Widerstände unerlässlich. Allein eine Bewegungs- oder Gestaltungstherapie parallel zur gruppenspezifischen Sitzung, also ohne Absprache der Therapeuten untereinander, ohne Information und Rückkopplung des Geschehens kann den ganzen Therapieprozess wesentlich behindern oder verfälschen.

Die intendierte dynamische Gruppenpsychotherapie

Unsere therapeutische Konzeption lehnt sich an die von KURT HÖCK (1981) entwickelte intendierte dynamische Gruppenpsychotherapie an, für die wir zur Bearbeitung der Frühstörungsanteile körperpsychotherapeutische Interventionsmöglichkeiten integriert haben (MAAZ, 2001; GEDEON, 2005).

Die intendierte dynamische Gruppenpsychotherapie berücksichtigt den Gruppenentwicklungsprozess und fördert ihn durch das Intendieren. Dabei übernimmt der Gruppenleiter anfangs die Führungsfunktion, indem er hilft, ein gutes Arbeitsbündnis zu ermöglichen, indem er mit der institutionellen Machtfunktion die Einhaltung der Therapievereinbarung und Hausordnung überwacht, indem er die neurotischen Abwehrkämpfe in die Auseinandersetzung mit seiner Rolle und Person holt, um destruktive Dynamiken in der Gruppe zu verhindern.

Nach einer Anwärmphase zur Stabilisierung der Patienten und zum Ermöglichen eines vertrauensvollen Arbeitsbündnisses werden zunächst die vielfältigen Konfliktdynamiken auf neurotischem Niveau provoziert und durchgearbeitet. Im Grunde genommen genügt - vorausgesetzt Arbeitsbündnis und haltgebende Therapievereinbarung und Hausordnung sind gesichert - die zunehmende Zurückhaltung des Gruppenleiters, um alle vorhandenen neurotischen Manöver für gewünschte Beachtung, Hilfe und "Erlösung" zu aktivieren oder das Ausagieren der Widerstände gegen Regression (Streiten, Kämpfen, Sexualisieren, Paarbildung, Intellektualisieren, Rationalisieren, Regelverstöße) zu erkennen. Wenn der Gruppenleiter den einzelnen neurotischen Verführungen, Versuchungen und Herausforderungen widersteht und alle Gruppenmitglieder so weit sind, dass sie ihre Heilserwartungen vom "Vater"-Therapeuten (egal, ob der Therapeut ein Mann oder eine Frau ist) zurückziehen können und den Therapeuten/die Therapeutin auch nicht mehr abwerten und depotenzieren müssen, wird ein wesentlicher Schritt im Gruppenbildungsprozess zur Arbeitsphase möglich.

HÖCK (1984) hat diesen Prozess "Kippvorgang" genannt, der den prägruppalen Zustand der Auseinandersetzung auf neurotischem Niveau, der Kampf und Flucht bedeutet, von der dynamischen Arbeitsphase einer gebildeten Gruppe trennt. Dieser "Kippvorgang" kann mit eindeutiger Wirkung in einer Stunde möglich werden, häufiger aber gibt es sich wiederholende Kippvorgänge nach Rückfällen auf neurotisches Streitniveau. In der prägruppalen Phase wird die Gruppe durch den Gruppenleiter organisiert, zusammengehalten und orientiert (intendiert). In der dynamischen Arbeitsphase organisiert sich die Gruppe zunehmend selbst, vorausgesetzt, sie wird vom Gruppenleiter auch frei gelassen. Die veränderte Funktion des Gruppenleiters wird auch im Setting berücksichtigt. Prägruppal sitzt der Gruppenleiter in der Gruppenrunde und verhindert die Etablierung von

neurotischen Gruppennormen durch die Auseinandersetzung mit dem therapeutischen Anliegen. Mit dem "Kippvorgang" setzt sich der Gruppenleiter außerhalb der Gruppenrunde, er reduziert damit die Leitungs- und Übertragungsfunktion spürbar und geht in eine Gegenüberfunktion, die trianguliert, bezeugt und transzendiert.

In der Arbeitsphase können und sollen die frühen Themen eröffnet und durchgearbeitet werden, es geht um Fragen der Daseinsberechtigung, der Identität, der primären Liebe und mitmenschlichen Verbundenheit, es geht um Fragen des Verlassenseins und Alleinseins, um grundsätzliche Bedürftigkeit und unerfüllte Sehnsüchte.

Dieses therapeutische Anliegen ist ohne die Integration präverbaler - also vor allem körperbezogener - Erlebnisweisen und Erfahrungsmöglichkeiten nicht denkbar. Das Hauptproblem der Integration des Körpers in ein tiefenpsychologisch/psychoanalytisches Gesamtkonzept kann nur durch angemessene Berücksichtigung der Übertragungs-Gegenübertragungs-Dynamik und des Strukturniveaus der Persönlichkeitsstörungen der Patienten gelöst werden. Aktive körperbezogene Interventionstechniken und Körperberührungen durch den Therapeuten würden den gruppenspezifischen Entwicklungsprozess zu größerer Eigenständigkeit erheblich beeinflussen, stören und verfälschen, könnten in der positiven Übertragung verstärkt illusionäre Erlösungshoffnungen nähren oder bei noch unbewältigter negativer Übertragung als grenzverletzende Übergriffigkeit erlebt werden. Bei großer Struktur- schwäche der Patienten könnten durch körpertherapeutische Interventionen sehr belastende und ängstigende Affekte aus frühen Bedrohungs- und Mangel- erfahrungen reaktiviert werden und den Patienten überschwemmen. Diese Risiken und möglichen negativen therapeutischen Reaktionen lassen sich wesentlich vermindern und idealerweise auch vermeiden, wenn der Gruppen- entwicklungsprozess in Geschwindigkeit und Tiefe wesentlich von den Gruppenteilnehmern bestimmt und die körperbezogene Arbeit dann im Ent- wicklungsstadium der Arbeitsphase von den Gruppenmitgliedern selbst durchgeführt werden kann. Ich bin immer wieder verwundert und fasziniert, was die Patienten in einer entwickelten und arbeitsfähigen Gruppe aus eigenen Kräften und mit spontaner Kompetenz weitestgehend selbständig bearbeiten können.

Ein Sack als Übergangsobjekt

Für den Gruppenbildungsprozess mit der Zielstellung der Integration von körperbezogener therapeutischer Arbeit haben wir ein unbelebtes Übergangsobjekt (einen schweren Lumpensack) geschaffen, mit dessen Hilfe nonverbal - mit Körpereinsatz - der Übergang von der neurotisch-„ödüpale“ Auseinandersetzung in der Übertragung auf den Gruppentherapeuten zu den frühen Affekten, die nicht in der Übertragung zu halten wären, allmählich gebahnt werden kann.

Der Sack wird mit folgendem Hinweis in die Stunden der Bewegungstherapie der Gruppe gegeben: „Dieser Sack ist ein Symbol für den Gruppenleiter. Es ist alles erlaubt, außer zu sprechen, sich oder andere zu verletzen oder den Therapieraum zu beschädigen.“ Durch die zunehmende Verweigerung des Gruppenleiters, die Führung zu übernehmen oder Rat und Antwort zu geben, wird das neurotische Ausagieren der Patienten immer mehr zurückgewiesen und in seinem Abwehrcharakter unwirksam, so dass frühe Angst und Verunsicherung reaktiviert werden, die meist im Beziehungsstreit aggressiv oder selbstschädigend depressiv abgewehrt werden. Aber durch die „sackorientierte“ Bewegungstherapie werden diese Affekte auf ein unbelebtes Objekt orientiert, wobei jetzt „archaische“ Energien freigesetzt werden können. So wird das leblose Therapeuten-Symbol mit zunehmender Aggression (treten, schlagen, zerren, aufklatschen) oder flehentlicher Anbiederung (streicheln, liebkosen, anlehnen, sexuellen Anspielungen) behandelt mit einer Direktheit und Massivität, wie es in der personalen Übertragungs- und Realbeziehung niemals gewagt oder vom Therapeuten ausgehalten werden könnte. Die sichtbare Auseinandersetzung geschieht durch Bewegung, Handlung mit Körpereinsatz, überwindet praktisch die neurotische Abwehrschranke und erreicht durch die ungebremsten Affekte das emotionale Niveau früher Erfahrung von grundsätzlicher Ablehnung und Kränkung mit mörderischem Hass oder von lebensbedrohlicher Verlassenheit und Beziehungsmangel mit herzerreißendem Schmerz und abgrundtiefer Traurigkeit.

Die Gruppe als "Mutterkörper"

Im Gruppenbildungsprozess löst sich die Gruppe von der neurotischen Führungs- und Erlösungshoffnung vom Gruppenleiter ab, bildet dadurch selbst eine dynamische Matrix in den sozialen Rollen von Alpha, Beta, Gamma

und Omega. Die jetzt erreichte Bereitschaft und Fähigkeit, sich immer ehrlicher mitzuteilen, sich zuzuhören und Empathie füreinander zur Verfügung zu stellen, erreicht eine "Mütterlichkeit", die kein einzelner Therapeut so umfassend für jeden Patienten zur Verfügung stellen könnte. Wir sprechen deshalb vom "Mutterkörper" Gruppe. Diese neue Qualität von Unterstützung, Ermutigung, Toleranz und Halt bietet eine "konstruktive Sozialenergie", wie sie AMMON (1982) beschrieben hat, so dass belastende und defizitäre Beziehungserfahrungen erinnert, belebt und mitgeteilt werden können. Das einzelne Gruppenmitglied kann also das "verletzte und bedürftige Kind" sein, wird vom dynamischen "Mutterkörper" Gruppe gehalten, wobei der jetzt außerhalb sitzende Gruppentherapeut trianguliert. Hilfreiche körperbezogene "Techniken" werden von den Gruppenmitgliedern in dieser Atmosphäre praktisch wie aus intuitiver Mütterlichkeit spontan zur Verfügung gestellt.

In seiner Gegenüberposition bezeugt der Gruppentherapeut die wiedererinnerten und -belebten frühen Ungeheuerlichkeiten und wird zum Repräsentanten einer über das Einzelschicksal hinausreichenden Orientierung und Hoffnung auf Lebendigkeit, Gesundung und einem höheren Gehaltensein trotz aller frühen Defizite und Verletzungen. So dass letztlich auch Vergebung und Versöhnung mit den frühen Tätern und dem Schicksal möglich wird.

Heilsame Neuerfahrungen in der Gruppe

So wie die mörderischen Hassimpulse früher Kränkung nicht in der Übertragung reaktiviert und durchgearbeitet werden können, so kann auch der tiefe Schmerz des Liebesmangels und unerfüllten frühen Bedürftigkeit nicht in der Übertragung bewältigt werden, kann aber im "Mutterkörper" Gruppe, d. h. im gemeinsam durch Beispiel, Unterstützung, Ermutigung und Bejahung getragenen Leid, zum verbalen und emotionalen Ausdruck gebracht und triangulierend vom Gruppentherapeuten bezeugt, gehalten und transzendierte werden.

Kennzeichnend für diese reifste und befriedigendste Form menschlicher Kommunikation ist die unverstellte internale Offenheit, mit der Gedanken, Erfahrungen und Gefühle mitgeteilt und gezeigt werden können ohne Diskussion, Bewertung und Belehrung. Es wird nicht mehr über etwas oder jemanden diskutiert, nicht mehr gegeneinander gekämpft, aber auch nicht mehr zueinander gesprochen oder aufeinander eingegangen, sondern indem jeder Einzelne authentisch sich mitteilen und ausdrücken kann, entsteht das

gemeinsame Thema praktisch im Binnenraum der Gruppe als energetisches Feld aus Worten, Gesten und Gefühlen, die sich zu einer heilsamen Erfahrung von Bejaht-Sein und Verbunden-Sein vernetzen.

So muss sich der triangulierte Mensch, der seine unerfüllte und unerfüllbare Frühbedürftigkeit im "Mutterkörper" Gruppe wieder zu fühlen gewagt hat, letztendlich nicht mehr mit Vater und Mutter befassen, was diese einem angetan oder was sie unterlassen haben, sondern kann sich schließlich den Möglichkeiten des heutigen Lebens zuwenden einschließlich aller unvermeidbaren Begrenzungen. Indem die Täter erkannt und benannt sind, der Opferstatus emotional verarbeitet ist, kann auch das eigene Defizitäre und Destruktive erlebbar und kommunizierbar werden und schließlich auch das heute Gute und allgemein Höhere akzeptiert und angenommen werden.

So finden die Gruppenmitglieder Höhepunkte aktiver, kreativer und lustvoller Eigenständigkeit in gruppaler Bezogenheit und triangulierter Transzendenz. Auf dieser Grundlage kann die Beendigungsphase der Gruppentherapie real und in Analogie zu den unvermeidbaren Lebensbegrenzungen betrauert werden und zu einem Abschied zu "neuem Leben" werden.

Stationäre Psychotherapie bleibt unverzichtbar

Stationäre Psychotherapie - vor allem in Form von Gruppentherapie - wird deshalb zunehmende Bedeutung für die Zukunft haben müssen, weil nur in einem geschützten, haltgebenden und angemessen strukturierten Setting gewagt werden kann, die Erfahrungen früher Beziehungspathologie zu erinnern, emotional durcharbeiten und in die gegenwärtigen Lebensformen zu integrieren. Stationäre Psychotherapie bietet Raum und Zeit und Gelegenheit zur therapeutischen Regression, zur gesteuerten Abwehrlabilisierung, zur emotionalen Eröffnung von existenziell bedeutsamen Affekten und ermöglicht ein soziales Gehaltensein, was alles in ambulanten therapeutischen Beziehungen niemals so umfassend und hilfreich möglich sein kann. Damit müssen wir in jedem Einzelfall eine Entscheidung finden, inwieweit die Therapie der strukturellen Frühstörungsanteile möglich und notwendig wird und andererseits inwieweit die therapeutische Bearbeitung der vielfachen neurotischen Abwehrkonflikte auch im Dienste der Verleugnung ungeheuerlicher und erschütternder früher Wahrheiten stehen könnte. Wir dürfen nicht übersehen, dass neurotische Konflikte - gespeist aus Schuldgefühlen,

Scham, Neid, Eifersucht und Kränkung - gut geeignet sind, als Antreiber für Anstrengung, Kampf und Streit, für eine wettbewerbs- und profitorientierte und für eine auf struktureller Gewalt basierende Gesellschaft ausgebeutet zu werden. Neben dem präventiven Bemühen, die Ursachen von "Frühstörungen" zu vermindern, indem "Mütterlichkeit" einen zentralen Stellenwert in der Gesellschaft mit allen sozialpolitischen Entscheidungen bekommen muss, bleiben stationäre Behandlungsangebote die unverzichtbare Möglichkeit, die Folgen von "Frühstörungen" angemessen zu behandeln.

The Indispensable Value of Inpatient Group Psychotherapy in the Treatment of Early Disturbances

Hans-Joachim Maaz (Halle, Germany)

Inpatient psychotherapy - preferably in the form of group psychotherapy - is indispensable for the treatment of so called "early disturbances". In the case of psychic disturbances on a low structural level, the patient's regression, necessary for therapeutic treatment, requires particular sustaining, protecting and structuring conditions.

The hospital prepares for the appropriate space for regression; protecting conditions for seclusion can be agreed upon and the therapeutic programme can be organized multimodally.

The author presents an inpatient group psychotherapeutic concept, which can be regarded as a further development of the "intended dynamic group psychotherapy" (K. HÖCK). Integration of body psychotherapeutic interventions during the working phase of the group allows for a nonverbal access to early deficits and injuries. Via an inanimate object (a large rag bag) the patients' neurotic dynamics transferred to the therapists will gradually be changed into a revival of stressful experiences made in early childhood, for which there would be no longer access to work upon within transference. At times the group members of a developed group are able to establish social solidarity, which serves as a "motherly body" and as such allows for regressive emotional work, whereby the therapist supports, testifies and transcends the group in a triangulating way.

Inpatient group psychotherapy prepares for space, time and the opportunity for therapeutic regression, for controlled weakening of the patients' defence mechanisms, for triggering essential emotions experienced in the pathology of early childhood relationships, and it gives the group members the opportunity to feel socially safe and held. All this cannot be achieved in an ambulant therapeutic setting.

As long as social conditions resulting from disturbed "motherliness" produce multiple "early disturbances", the offering of inpatient psychotherapy remains a necessity. Experiences made in such therapeutic processes are apt to derive from them socially discriminating demands for the prevention of "early disturbances".

Literatur:

- Ammon, G. (1982): Das sozialenergetische Prinzip in der Dynamischen Psychiatrie". In Ammon, G.: Handbuch der Dynamischen Psychiatrie, Bd. 2. (Ernst Reinhardt-Verlag: München, Basel)
- Gedeon, U. (2005): Körperpsychotherapeutische Interventionen in der Gruppentherapie. In: Fellmann, Geißler, Geuter (Hrsg.): Zeitschrift Psychoanalyse und Körper (4) Nr. 6, Heft 1, Psychosozial-Verlag
- Höck, K. (1981): Konzeption der intendierten dynamischen Gruppenpsychotherapie. In: Höck, K., Ott, J. Vorweg: Psychotherapie und Grenzgebiete, Bd. 1, Leipzig, S. 13 - 33
- Höck, K. (1984): Zur Situation und Zielstellung des Kipp-Prozesses in der intendierten dynamischen Gruppenpsychotherapie. In: Psychotherapie-Berichte, Haus der Gesundheit Berlin, Nr. 21
- Maaz, H.-J. (1990): Der Gefühlsstau - ein Psychogramm der DDR. (Argon-Verlag: Berlin)
- Maaz, H.-J. (1997): "Psychoanalyse im multimodalen Ansatz" In: Maaz, H.-J.; Fikentscher, E.; Hennig, H.: Analytische Psychotherapie im multimodalen Ansatz. (Pabst-Verlag: Lengerich)
- Maaz, H.-J. (2001): Zum Konzept der körperorientierten dynamischen Gruppenpsychotherapie". In: Maaz, H.-J.; Krüger A. H. (Hrsg.): Integration des Körpers in die analytische Psychotherapie. (Pabst-Verlag: Lengerich)
- Maaz, H.-J. (2004): Der Lilith-Komplex - Die dunklen Seiten der Mütterlichkeit. (C. H. Beck: München)

Adresse des Autoren:

Dr. Hans-Joachim Maaz
 Diakoniekrankenhaus Halle
 Klinik für Psychotherapie und Psychosomatik
 Lafontaineinstr. 15
 06114 Halle

Dr.Maaz@gmx.de

The Future of Inpatient Psychotherapy in Russia

Ababkov V.A., Chekhlaty E.I., Karvasarsky B.D., Nazyrov R.K., Neznanov N.G., Wied V.D. (St. Petersburg, Russia)

Today it is obvious that inpatient psychotherapy in Russia will strengthen its position in the health care system and develop various specialised forms.

One should extensively use scientific developments, in order to reduce the length of stay at the hospital owing to the worldwide tendency in the increase in the costs of any inpatient treatment and in the efficiency of psychotherapy. Accordingly the scientific foundations of psychotherapy, the criteria of its effectiveness, the use of complex, intensive, and integrative psychotherapeutic approaches, etc need to be developed.

Inpatient psychotherapy, more than any other branch of psychotherapy, is dependent on further development of clinical psychotherapy and of its technology with the goal to integrate both in- and outpatient approaches into the unified system of psychotherapeutic care.

To develop inpatient psychotherapy in the future, it is most expedient to carry out joint research worldwide, taking into account the influence of social, cultural, and economic specificity of different countries upon the future of the inpatient psychotherapy.

keywords: inpatient psychotherapy, Russia, mental health care, effectiveness, efficiency

Introduction

The problems of inpatient psychotherapy and its development in Russia and abroad are far from being futile. Its place in the contemporary psychotherapy remains not fully comprehended in the organizational and, above all, in the scientific and theoretical sense. At the same time, in Russia, during the last decade, the number of psychotherapeutic hospitals has increased considerably. In 1994, there were only eleven facilities of this type, whereas by 2003 their number approached fifty. In fact, a scientific and organizational experiment is being carried out, which positive results will promote the development of the inpatient psychotherapy methodological basis. Inpatient psychotherapeutic

care can be reduced and replaced by, for instance, inpatient psychiatric care in the form of clinics for neuroses and related conditions in case of absence of convincing positive results. This problem becomes more and more urgent due to the current reform of the public health care system in Russia, the essence of which is a movement towards economical and social expediency of public health services and towards specific forms of medical care, in particular, psychotherapy.

Historical background

Inpatient psychotherapy has existed in Russia since the foundation of the very first university clinics and rural hospitals. Its reforms and methods depended not only on psychotherapeutic qualification of doctors of different specialties, but also on the resources of those times psychotherapy. Since the end of the 19th century, psychotherapy becomes concentrated mainly around the prominent psychiatrists and neurologists (V.M. BEKHTEREV, V.A. GUILYAROVSKY etc.), who, as a rule, were at the head of psychiatric hospitals in large cities of Russia. Since the twenties of the past century, the first specialized medical institutions began to appear in the Soviet Union to carry out research work in different areas, including psychiatry and neurology. Specialized psychotherapeutic departments have been founded at several research institutes, for instance, at the Psychoneurological Institute (currently V.M. Bekhterev Psychoneurological Research Institute, St.Petersburg).

The State of the Inpatient Psychotherapy in Russia

Today, inpatient psychotherapy in Russia has a wide spectrum of organizational forms. As of the end of 2003, the number of psychotherapeutic wards has amounted to 49. Of them, 27 are general psychotherapeutic clinics for adults; two are psychotherapeutic clinics for psychotic patients (the so-called dynamic-psychiatry clinics); eight - hospitals for neurotics; seven - psychotherapeutic hospitals for children; three - rehabilitative psychotherapeutic clinics for adult patients with neuroses and related conditions and two - psychotherapeutic clinics for psychosomatic patients. Besides, psychotherapeutic care is provided at 21 clinics for crisis interventions as well as at 17 day hospitals for patients with psychiatric and behavior disorders, six of which being attached to general education schools.

The total staff of the inpatient psychotherapy facilities includes over 400 psychotherapists, 180 clinical psychologists, and 80 social workers. In 2003, over 28000 patients have received treatment in psychotherapeutic hospitals with an average length of stay amounting to twenty-eight days.

Basic patient groups treated in psychotherapeutic hospitals were, according to the ICD-10, patients with neurotic, stress-related, somatoform, adaptation, personality, affective disorders, schizophrenia and schizoaffective disorders, etc. Hence, the contemporary inpatient psychotherapy in Russia takes considerable place in the treatment of patients with psychiatric and behavior disorders and can be considered to be one of the most successfully developing areas of medicine in general. Its dynamics amounts to a 445% increase in overall beds number, whereas the inpatient psychiatry, during the same time, had 1.8 times negative dynamics (however, it should be taken into account that the decrease in the inpatient psychiatric care is an actual tendency throughout the world.)

Characteristics of the Inpatient Psychotherapeutic Care

Psychotherapeutic wards in Russia belong to regional and city psychiatric hospitals, large psychoneurologic dispensaries, psychotherapeutic centers, and, more seldom, to general hospitals. They have a regimen, which differs from that of wards for neuroses and related conditions at psychiatric hospitals, aiming at primarily psychotherapeutic treatment.

Principle tasks of psychotherapeutic facilities are:

- Diagnostics and treatment of patients with neuroses and other mental and psychosomatic disorders.
- Psychotherapy, depending on indications, directed at symptoms, personality structure or socialization deficit in combination with drug therapy and other forms of treatment. Psychotherapy is carried out in individual, family, marital and group formats.
- Practical implementation of up-to-date scientific achievements in the field of psychotherapy.

The basic groups, treated at psychotherapeutic hospitals, are patients whose everyday social environment is permanent source of decompensation, which makes the outpatient psychotherapy problematic or even impossible. As a rule,

patients treated at psychotherapeutic inpatient wards are similar to those treated at wards for neuroses and related conditions. The process of establishing psychotherapeutic hospitals is complicated one, because it requires a number of indispensable conditions.

These conditions are:

- a psychotherapeutic hospital should employ specialists and staff with sufficient psychotherapeutic training and team-work experience;
- a psychotherapeutic hospital is to admit patients motivated for psychotherapy and not denying psychological factors to be basic causes of their illness. Patient's motivation for psychotherapy is no less important for hospitalization than clinical indications, or else patients' resistance will make psychotherapy impossible.
- Consequent organization of psychotherapeutic milieu is an indispensable condition for the functioning of a psychotherapeutic hospital, else anti-therapeutic attitudes and manipulative behavior of the patients will hamper psychotherapy.
- Special measures are necessary to overcome the emotional burnout syndrome in team members and to solve problems in patients-staff interactions. These are weekly staff meetings to analyze interactions and develop behavior strategies for staff members as well as regular supervision of individual and group psychotherapy.

The inpatient psychotherapy at psychotherapeutic wards differs from the outpatient one in its specific features. Specialized ward setting enables considerable intensification of the treatment process in comparison with outpatient setting. A patient's twenty-four-hour stay at the psychotherapeutic hospital makes it possible to impart psychotherapeutic potential to the overall daily routine. At such a facility it is possible to eliminate distinctions between psychotherapeutic and sociotherapeutic interventions, which highly stimulates patients' activity. Psychotherapeutic atmosphere raises the efficiency of both psychotherapeutic and sociotherapeutic interventions. The functioning of psychotherapeutic hospital is based upon the principles of therapeutic community - specific social situation oriented at solving therapeutic problems. Positive effect is achieved due to the utmost use of therapeutic potential inherent in the interpersonal patient-staff interaction, including elements of

patients' self-government (patients' councils, etc.), maximally involving patients in activities aimed at active disease overcoming. The forming of psychotherapeutic milieu at psychotherapeutic hospital is possible only under condition of staff members' supplementary training.

The Analysis of Russian Inpatient Psychotherapy Experience: Progress and Problems

Inpatient psychotherapy, despite its considerable progress and ever-growing role in the treatment of psychiatric, behavioral and psychosomatic disorders is, however, sort of a trust credit given to the professional psychotherapeutic community. To survive, it must acquire theoretical and practical foundation. The problem of the inpatient psychotherapy funding and specificity as compared with that of the outpatient psychotherapy and wards for neuroses and related conditions has been discussed at the Academic Council of Russian Public Health Ministry.

The following shortcomings of the inpatient psychotherapeutic care have been mentioned:

- Considerably higher treatment costs due to the patients' twenty-four-hour stay at the hospital, which requires a broadening of staff members list.
- The probability of secondary gain attitudes' activation is higher in case of the patient's long-term stay at the hospital.
- Separation of the patient from stressful situation hampers its analysis and conflict resolution.
- Long-term expectation of changes makes it impossible to carry out full psychotherapy course for the absolute majority of patients. Even short-term psychotherapy lasts several months up to one year. Such treatment is possible at the outpatient setting, but not at the hospital.
- The existence of psychotherapeutic hospitals is not justified at all, or is justified temporarily until psychiatric hospitals would appear in sufficient number, particularly wards for the treatment of neuroses and related conditions with high-quality set-up.

At the same time, benefits of psychotherapeutic hospitals have been also mentioned in comparison with the outpatient psychotherapy. These are:

- Immersion into the psychotherapeutic milieu. In some cases, a patient needs not just participation in a therapeutic milieu, but full immersion into it, necessarily performing the entire daily routine. Such immersion helps to overcome therapeutic resistance and bring about a broad range of therapeutic dynamics.
- Correction of interpersonal relationships in conditions of therapeutic community. This is impossible in outpatient environment because of lack of support in partnership relations.
- Crisis interventions requiring close contact with a patient and observation in cases of high suicide risk.

Inpatient psychotherapy brings some other benefits like the possibility to treat patients from distant regions or being disabled, or carry out complex diagnostics requiring participation of specialists in different areas of medicine, neurology, general medicine etc.

Another benefit of inpatient psychotherapy, given the deficit of qualified psychotherapists in Russia, is that doctors and clinical psychologists can get thorough training in psychotherapy at this setting.

The psychotherapeutic care in outpatient setting is much cheaper, but it cannot bring about all the benefits of the inpatient treatment. Therefore, to compare the running costs, it is necessary to take into consideration the costs of the ward for the treatment of neuroses and related conditions. The average running costs of the psychotherapeutic ward are lower than those of the ward for neuroses and related conditions of the same capacity, because savings on drug expenses in the psychotherapeutic ward considerably exceed the expenses on additional staff and premises. Pilot cost-efficiency studies have shown that conversion of a ward for neuroses and related conditions with 50 - 60 beds into psychotherapeutic ward of the same capacity saves about 180000-200000 rubles a year.

The Prospects of Inpatient Psychotherapy

So, what is the future of inpatient psychotherapy? Forecasting is always difficult, because there are many factors influencing such a young branch of the modern medicine as psychotherapy, which is more considerably influenced by the ongoing reform of the health care system in Russia. One can presume that psychotherapy is much more influenced by any macroeconomic factors than,

for instance, psychiatry. The Federal Centre of Psychotherapy and Medical Psychology of the Russian Public Health Ministry has analyzed the consequences of the 1998 economic default. The repercussion of it was a decrease in the overall number of psychotherapeutic consulting rooms in Russia in 1999 by 18%, i.e., from 1200 to 970 (whereas in several regions of the country their number dropped by 44-68%). During the same span of time, the number of psychiatric consulting rooms in Russia has decreased approximately by 1.79%. In spite of that, psychotherapy in Russia becomes to be a self-restoring system. In 2001 the number of psychotherapeutic consulting rooms has increased practically up to the initial level (82% of the regions have restored the number of consulting rooms, 7% of them have exceeded that level and only 8% of them have not reached the level of 1998). Since 2002, there has been a stable growth in the number of psychotherapeutic consulting rooms, wards and centers.

In the present context following general forecast is possible - subsequent development of the inpatient psychotherapeutic care system with fluctuations in units' quantity during period of health care reforms. Along with the increase in number of private psychotherapeutic consulting rooms (they make today one-fifth part of all consulting rooms in Russia) can possibly appear private psychotherapeutic hospitals.

The Problems of the Inpatient Psychotherapy of Psychoses

Inpatient psychotherapy of psychoses presents a special problem in Russia. The inclusion of psychotherapy into the treatment process in this area is far from being self-evident. On the contrary, in the field of inpatient service there is an increasing tendency to reduce the inpatient treatment to merely drug therapy and to decrease considerably the length of patients' stay at the hospital. The possibilities to involve psychotherapeutic aspects in the treatment process become more and more limited, and the efficiency of psychotherapists' work at the hospital becomes more questionable. Consequently, the number of work stations for psychotherapists in psychiatry is insufficient, and duration of the psychotherapeutic course depends on the patients' length of stay at the hospital. The length of stay is regulated by drug therapy and does not correspond to the present-day possibilities to achieve therapeutic effect in the treatment of psychiatric diseases. The demands to reduce treatment-related costs present a stable tendency, which will preserve itself also in future. It will become, most

likely, even more urgent, because the costs of psychiatric treatment are steadily growing since new generations of psychopharmacological preparations are always more expensive than their predecessors were.

Thus, in order to shorten the patient's length of stay at the hospital, psychiatrists restrict themselves to mere elimination of positive symptoms, transferring the solution of other, psychosocially related problems, to the area of the less expensive outpatient therapy.

Shifting treatment accents towards outpatient services is also a stable tendency, which appears to hold out in distant future. It has, however, its own dialectics, the essence of which has already demonstrated some time ago the collapse of the Italian experiment in anti-psychiatric deinstitutionalization. A patient can survive outside the hospital only being adjusted to live in ordinary or sheltered environment. This gave an impetus to extend a network of extra-mural facilities and psychiatric hostels. The cost of treatment in hostels is much cheaper since they employ mainly paramedical staff.

The time of large traditional psychiatric hospitals has gone forever and will never come back. Nevertheless, it is also obvious that the existing system of outpatient service does not meet the requirements of modern treatment concepts and will be subject to transformation in the long-term outlook. The stimulating factor for this process will be the ever-increasing attention of insurance companies to therapeutic effect features, formulated only recently. Their significance will undoubtedly increase in the future. These features include subjective satisfaction with treatment, quality of life, level of attained social adjustment and of problem-solving behavior, medication compliance and reduction of relapse frequency. The assessment of treatment efficiency becomes more qualitative in its nature. Devoid of productive symptoms by drug treatment, but not adjusted to everyday life, mentally ill patient in the psychiatric hostel setting cannot be regarded as a standard of modern mental health care.

The requirements of cost-efficiency come into conflict with the necessity to ensure qualitative characteristics of effectiveness. One can achieve this level of effect through psychotherapy, which requires special funding. On this path of development, in the future, psychotherapy of psychoses is likely to face a number of obstacles. There remains the necessity for psychotherapy to increase its cost-efficiency. One can certainly not exclude the advent of fundamentally new psychotherapeutic models, but the development of integrative approaches, making it possible an intensive use of the effects of

different models, flexibly adapted to the patient's individual needs and to disease stages, seems to be more likely. The integration of different methods presupposes an increase in the efficiency of every model due to the profound study and verification of psychotherapeutic process within the framework of evidence-based medicine.

One can expect the appearance of "gold standards" in psychotherapy for both in- and outpatient stages, meeting the up-to-date requirements of treatment effectiveness. They will be oriented at such parameters as treatment course duration; intervention types adapted to individual needs and diagnostic types of mentally ill patients; the use of optimal combinations with non-psychotherapeutic approaches; qualitative characteristics of the effect and its instrumental verification at all levels. Such tendencies in the development of psychiatry are inevitable, especially since in this respect psychiatry already lags behind the processes going on in somatic medicine. This also presupposes a fundamental reorganization of specialists' education and raising the level of their skills. It is hard to imagine a psychotherapist of the future working in the framework of only one model.

The cost-efficiency of psychotherapy depends on its course duration. It is evident that the future belongs to the short-term models with clearly focused task setting. This is especially important for the inpatient psychotherapy, which lays foundation for the developments, which outpatient stage therapy would implement. This is the forming of therapeutic alliance, which is to become a long-term one, of motivation for treatment, the correction of insight in the disease, i.e. the tasks impossible to solve without psychotherapy. The psychotherapeutic approaches used at the inpatient and outpatient stages will not much differ from each other, but their intensity and essence will acquire their own peculiarity. Thus, the outpatient stage will involve, to a more considerable extent, the social component, including family therapy.

Courses of several hundreds of sessions are rare even now, and in the future, they will be ever more seldom, mainly within the framework of professional psychoanalysts' training. However, one will undoubtedly ever more broadly use in the future a flexibly structured supportive psychotherapy, along with pharmacotherapy, including its intensification at the hospital during eventual relapses, since it increases the cost-efficiency of treatment because of reduction in relapses' frequency and in their duration. It is important to ensure a gliding transition between the outpatient, extramural, and inpatient psychotherapeutic care. It is to connect these links by the continuity of a unified concept of

psychotherapy, much like as in the case of drug therapy. One of the probable trends in the future development of psychotherapy of psychoses can be a diagnostic specificity of the inpatient and outpatient care, more differentiated than the habitual distinction between psychotherapy of psychoses and that of neuroses. The sprouts of these tendencies in the form of specialized clinics have already appeared in the last few years. The treatment at such clinics is to become more cost-efficient, goal-oriented and efficacious. In the future one can expect the emergence and development of specialization in the treatment of such patient groups as severe personality disorders, eating disorders, anxiety and depressive disorders, substance-related disorders, pathological gambling and computer dependency as well as psychosomatic disorders whose treatment at general hospitals today is far from being sufficient.

One of the major obstacles on the way of the development of psychotherapy of psychoses is a narrow view of their treatment, still predominant among Russian psychiatrists. Many of them still do not understand that a deficiently or destructively developed personality structure, acquired maladaptive attitudes or low level of social competence may essentially contribute to the pathogenesis of psychoses, while such problems have no drug solutions. A one-sided biological comprehension of psychoses leads to neglecting their psychological and social dimensions, thus creating an idea that the use of psychopharmacotherapy only is exhaustive. Therefore, drug therapy, devoid of a psychotherapeutic support, remains within the bounds of its limited resources, thus imparting to pathological process a chronic course.

A fundamental solution of this problem brings the concept of biopsychosocial approach, formulated at the end of the last century; however, the preconditions for its appearance have emerged already at the end of the nineteenth century. In the twenty-first century psychiatry, it is going to become a mainstream direction. It postulates the interrelationship and interdependency of biological, psychological, and social dimensions in the holistic pathogenesis of a psychiatric disease. This presupposes not only the use of therapeutic interventions, adequate for each level, but also the view of each of them in the aspect of processes going on at other levels.

Conclusion

The inpatient psychotherapy, being today one of the developing branches of psychotherapy, demonstrates the highest progress as compared with other

forms of mental health care. The inpatient psychotherapy has its unique clinical and technological specificity and is not parallel either to the outpatient psychotherapy, or to the inpatient psychotherapy of neuroses and related conditions. At the same time, it can prove itself more cost-efficient than the last one. Today it is obvious that the inpatient psychotherapy will strengthen its position in the health care system, develop various specialized forms; there may appear its privately owned institutions.

At the same time, the contemporary inpatient psychotherapy in Russia is to use extensively scientific developments in this area, in order to reduce the length of stay at the hospital, given the worldwide tendency of increase in the costs of any inpatient treatment and in the efficiency of psychotherapy. These are scientific foundation of psychotherapy, criteria of its effectiveness, the use of complex, intensive, and integrative psychotherapeutic approaches, etc. Inpatient psychotherapy, more than any other branch of psychotherapy, is dependent on further development of clinical psychotherapy and of its technology with the goal to integrate both in- and outpatient approaches into the unified system of psychotherapeutic care.

To develop inpatient psychotherapy in the future, it is most expedient to carry out joint research worldwide, taking into account the influence of social, cultural, and economic specificity of different countries upon the future of the inpatient psychotherapy.

Die Zukunft der stationären Psychotherapie in Russland

V.A. Ababkov, V.D. Wied, B.D. Karvassarkiy, R.K. Nazyrov, N.G. Neznanov, Ye.I. Chekhlaty (St. Petersburg, Russland)

Die Frage nach der Bedeutung der stationären Psychotherapie in Russland und deren Entwicklung ist im Ausland durchaus relevant. Ihr Stellenwert wird sowohl konzeptionell als auch in erster Linie wissenschaftlich-theoretisch noch nicht einheitlich definiert. Die Zahl der stationären psychotherapeutischen Einrichtungen in Russland ist in den letzten 10 Jahren beträchtlich gestiegen. Gab es im Jahre 1994 noch 10 stationäre psychotherapeutische Einrichtungen, so waren es 2003 bereits 50. Zur Zeit wird die stationäre Psychotherapie in

Russland durch ein breites Spektrum unterschiedlicher Behandlungskonzepte repräsentiert. Besonders aktuell ist die Frage nach der Bedeutung der stationären Psychotherapie angesichts der beginnenden Gesundheitsreform in unserem Lande. Deren Kernpunkte sind die ökonomische und soziale Zweckmäßigkeit der Gesundheitsfürsorge sowie die spezialisierte Betreuung - zu der unter anderem die Psychotherapie zählt. In der stationären Psychotherapie arbeiten zur Zeit mehr als 400 Psychotherapeuten, 180 klinische Psychologen und 80 Sozialarbeiter. Im Jahr 2003 wurden über 28000 Patienten behandelt; die durchschnittliche Verweildauer betrug dabei 28 Tage.

Nach der internationalen Klassifikation psychischer Störungen (ICD-10) wurden folgende Krankheitsbilder stationär psychotherapeutisch behandelt: neurotische-, belastungs- und somatoforme Störungen, Anpassungsstörungen, Persönlichkeitsstörungen, affektive Störungen, Schizophrenie sowie schizoaffektive Störungen, u.a.. Somit hat die heutige stationäre Psychotherapie in Russland einen bedeutenden Stellenwert bei der Behandlung psychischer und Verhaltensstörungen und ist einer der Bereiche, der sich in der heutigen Medizin höchst erfolgreich entwickelt. Die stationäre Psychotherapie verzeichnet im Bereich der Behandlungstage einen Zuwachs von 445%, wohingegen die Zahl der Behandlungstage in der stationären Psychiatrie um das 1,8fache abgenommen hat (dabei ist jedoch zu berücksichtigen, dass die Abnahme der Behandlungstage in der stationären Psychiatrie der Entwicklung in anderen führenden Ländern entspricht).

Die stationäre Psychotherapie unterscheidet sich von der ambulanten in folgenden Punkten:

- durch das stationäre Setting wird eine Intensivierung des Behandlungsprozesses ermöglicht;
- durch den stationären Aufenthalt können die verschiedenen psychotherapeutischen Behandlungsmethoden optimal genutzt werden;

Bei der stationären Psychotherapie wird die Grenze zwischen psycho- und soziotherapeutischen Einwirkungen verwischt und die Aktivität des Patienten maximal stimuliert. Durch das intensive psychotherapeutische Energiefeld erhöht sich die Effektivität spezifischer als auch unspezifischer Therapieformen. Auf den Prinzipien der therapeutischen Gemeinschaft wird die psychotherapeutische Arbeit aufgebaut. Ein wesentlicher positiver Effekt

wird durch die maximale Ausnutzung der therapeutischen Beziehungen zwischen Mitarbeiter und Patienten erreicht. Zudem wird durch das Nutzen der konstruktiven Fähigkeiten der Patienten, wie beispielsweise selbstverwaltete "Patientenräte" etc., der Behandlungsverlauf positiv beeinflusst. Nur durch eine umfassende Fortbildung des Personals ist ein spezielles therapeutisches Milieu in der stationären Psychotherapie möglich.

Kritikpunkte an der stationären psychotherapeutischen Behandlung:

- wesentlich höhere Behandlungskosten;
- Gefahr der Entwicklung von "Hospitalismus";
- Förderung der Regressionstendenzen;
- Vermeidung der auslösenden psychotraumatischen sowie von Konflikt- und Stresssituationen;
- Unmöglichkeit der Durchführung einer abgeschlossenen Psychotherapie (selbst eine kurze Psychotherapie dauert einige Monate bis zu einem Jahr);

Vorteile einer stationären Psychotherapie:

- Durch das Einlassen in das therapeutische Milieu können therapeutische Widerstände überwunden werden;
- Intensivierung von therapeutischen Veränderungen auf der Basis zwischenmenschlicher Beziehungen und die Möglichkeit korrigierender Erfahrungen; diese Effekte sind in ambulanten Therapien meist durch das Fehlen von realen Beziehungen nicht möglich;
- In Krisensituationen - bsp. Suizidalität - ist der enge Kontakt zum Patienten und der geschützte Rahmen dringend indiziert, um im Notfall sofort handeln zu können;

Zwar ist die ambulante Psychotherapie billiger, jedoch sind auch deren Möglichkeiten begrenzt. Ein Vergleich der Kosten sollte daher nur mit psychiatrischen Abteilungen vorgenommen werden. Die Behandlungskosten in der stationären Psychotherapie sind im Durchschnitt niedriger als die der stationären Psychiatrie, da die Medikamentenkosten bedeutend höher sind als die Ausgaben für Personal und Räume. Pilotuntersuchungen zeigen, dass die Einsparung bei einer psychotherapeutischen Abteilung ungefähr 180.000 bis 200.000 Rubel im Jahr beträgt (bei 50 bis 60 Krankenbetten).

In der Entwicklung der stationären Psychotherapie gewinnen auch die speziellen Behandlungsformen (Abteilungen für Rehabilitation und Psychotherapie bei komplexen psychischen Störungen, Abteilungen für Rehabilitation bei Suchterkrankungen und Abteilungen für Psychotherapie in akuten Krisen) zunehmend an Bedeutung und sind mit den allgemeinen psychotherapeutischen Behandlungsformen eng verbunden. Zukünftig sollen auch stationäre Psychotherapieabteilungen für ältere Menschen mit Anpassungsstörungen integriert werden.

Die stationäre Psychotherapie stellt in der sogenannten großen Psychiatrie in Russland ein besonderes Problem dar, da die Integration der Psychotherapie in die Behandlung nicht selbstverständlich ist. Derzeit gibt es im Bereich der stationären Betreuung zunehmende Tendenzen, die stationäre Behandlung auf ausschließlich medikamentöse Therapie zu reduzieren und die Verweildauern drastisch zu kürzen. Die Möglichkeiten der Integration der psychotherapeutischen Aspekte in die Behandlung werden zunehmend eingeschränkt und die Effektivität der psychotherapeutischen Behandlung im stationären Setting vermehrt bestritten. Zu dem gibt es keine einheitliche Bezahlung der Psychotherapeuten in der großen Psychiatrie. Ihre Arbeitszeit hängt von der Aufenthaltszeit der Patienten ab, die durch die medikamentöse Therapie beschränkt wird. Diese Behandlungsform entspricht jedoch bei weitem nicht den Möglichkeiten einer effektiven therapeutischen Behandlung psychischer Störungen.

Die Forderungen hinsichtlich der Senkung der Behandlungskosten werden auch in der Zukunft weiterhin bestehen. Mit großer Wahrscheinlichkeit werden sie noch verschärft, da die Behandlungskosten der psychiatrischen Betreuung ständig wachsen, weil die neuen psychopharmakologischen Präparate erheblich teurer sind. Dadurch werden die Psychiater gezwungen, sich auf die Beseitigung der Krankheitssymptome zu begrenzen, um eine Verkürzung der stationären Behandlung zu erreichen. Die weitere therapeutische Behandlung wird ambulant fortgeführt, weil dies kostengünstiger ist.

Die Ära der großen traditionellen psychiatrischen Krankenhäuser ist zu Ende und wird nicht mehr wiederkehren. Es ist dennoch offensichtlich, dass die derzeitige ambulante Betreuung nicht den heutigen Behandlungskonzepten entspricht und von daher von einem längerfristigen Wandel auszugehen ist. Einer der Gründe ist die zunehmende Aufmerksamkeit der Versicherungen in bezug auf die Merkmale der therapeutischen Effektivität, die vor kurzem konzipiert wurden und deren Bedeutung in der Zukunft

zunehmen wird. Hierbei handelt es sich um subjektive Zufriedenheit mit der Behandlung, Veränderung der Lebensqualität, erreichtes Niveau der sozialen Anpassung, Bewältigungsqualität von Problemsituationen sowie Medikamentencompliance, etc.

Dabei wird die Einschätzung der Behandlungseffektivität immer mehr vom qualitativen Gesichtspunkt her gesehen. Der psychisch Kranke, der sich in einem psychiatrischen Wohnheim befindet - zwar mit Hilfe von Medikamenten von den produktiven Symptomen befreit, aber den Realitätsanforderungen des Alltags nicht gewachsen - entspricht keinesfalls dem Standard der modernen Betreuung.

Die neuen Standards sowohl der stationären als auch der ambulanten Psychotherapie werden demnächst erscheinen. Diese orientieren sich an den heutigen Anforderungen an die Effektivität der Behandlung: Behandlungsdauer, Behandlungstechniken, angepasst an individuelle Bedürfnisse und nosologische Merkmale der psychisch Kranken, Nutzung der optimalen Kombinationen mit den nichtpsychotherapeutischen Methoden, qualitativen Charakteristiken des Effekts und die instrumentale Objektivierung auf allen Ebenen. In der Psychiatrie sind diese Entwicklungstendenzen unvermeidlich, da der Qualitätsstandard in der somatischen Medizin schon weit vorangeschritten ist.

Die Effektivität der Psychotherapie ist abhängig von der Behandlungsdauer. Es ist offensichtlich, dass in Zukunft kurzfristige Modelle mit einer klar formulierten Aufgabenstellung entwickelt werden. Für die stationäre Psychotherapie ist dies von besonderer Wichtigkeit, da dort die Basis für die Weiterbehandlung im ambulanten Rahmen geschaffen wird. Diese Aufgabenstellung lautet: Bildung eines therapeutischen Bündnisses über einen längeren Zeitraum, Motivation zur Behandlung, genaue diagnostische Einschätzung des Krankheitsbildes (d.h. umfassende Symptomatiken, die ohne Psychotherapie nicht beseitigt werden können). Mit großer Wahrscheinlichkeit werden die psychotherapeutischen Methoden, die in der stationären und ambulanten Behandlung Anwendung finden, keine grundsätzlichen Unterschiede aufweisen. Jedoch werden spezielle Differenzierungen hinsichtlich Intensität und inhaltlicher Aspekte bestehen bleiben. Beispielsweise werden in der ambulanten Therapie die sozialen Komponenten einschließlich der Familientherapie in weitaus größerem Maß ausgenutzt werden.

Die flexibel strukturierte unterstützende Therapie wird neben der Psychopharmakotherapie und der intensiven Betreuung während der

stationären Behandlung auch in Zukunft bei möglichen Rezidiven benötigt werden. Durch die Verminderung der Rezidive und der Persistenz bei den Psychosen konnte sich die Rentabilität der Patientenbehandlung erhöhen. Es ist darüber hinaus wesentlich, den gleitenden Übergang zwischen der ambulanten, teilstationären und stationären psychotherapeutischen Behandlung zu sichern. Ähnlich wie bei der medikamentösen Behandlung sollen diese Komponenten durch die Kontinuität einer einheitlichen Konzeption der Psychotherapie miteinander verbunden sein.

Für das 21. Jahrhundert wird die biopsychosoziale Methode zur Hauptrichtung in der Psychiatrie werden. Sie postuliert die Wechselbeziehung und gegenseitige Abhängigkeit der biologischen, psychologischen und sozialen Komponenten in einer einheitlichen Pathogenese der psychischen Erkrankungen und auch die Verwendung verschiedener therapeutischer Behandlungstechniken. Diese spiegeln somit die Entwicklungen wieder, die auf verschiedenen Ebenen stattfinden.

references with the authors

address of the corresponding author:

Prof. Dr. Nikolai Neznanov
Psychoneurologisches Institut W.M. Bechterew
ul. Bechterewa 3
193019 St. Petersburg
Russia
wied@nm.ru

Professional Burnout in its Relation to Interpersonal Recognition and Trust: An Empirical Study

Stijn Vanheule, Stefan Bogaerts, Mattias Desmet (Ghent, Belgium)

Starting from a psychoanalytic/psychodynamic theoretical framework, we study the impact of interpersonal recognition and trust on professional burnout. The trust and recognition emanating from four groups of others at work - management, direct superiors, colleagues, and clients - have been taken into account. The data-analytic technique we applied is multilevel modeling. We examine how burnout is expressed at both an individual level (n=995) and at an organizational level (n=47). We conclude that, in addition to the sector of employment and the duration of employment in the institution, the four levels of interpersonal recognition are significant and powerful predictors in understanding burnout-scores. From the study we also conclude that burnout should be thought of as both an individual and an organizational problem, and, that the variables we took into account especially explain variance at the level of the organization. Implications for intervention and further research are discussed.

keywords: professional burnout, psychoanalysis, psychodynamics, work, stress, multilevel modeling

Introduction

In the mid-1970s, the concept of professional burnout was first used in psychological thinking on excessive negative job stress. HERBERT FREUDENBERGER (1974), an American psychoanalyst working in alternative American health-care, observed that after having worked with demanding and severely ill patients, many caregivers (including himself) gradually became emotionally exhausted and lost their motivation. This expressed itself in several mental (e.g. feelings of frustration) and physical (e.g. fatigue) symptoms. He classified the state of these caregivers with the term 'burnout', and studied the problem from a clinical point of view. Only a little later did MASLACH (1976) start to study burnout academically from a social-psychological perspective. From then on, the study of the concept became increasingly popular.

The most widely accepted definition of burnout has been given by MASLACH & JACKSON (1981). Based on a factor-analytic study of a set of self-report questionnaire items, they define professional burnout as a mental state that can be characterized by three clusters of complaints: emotional exhaustion,

which is understood as a dysphoric feeling of being down and drained; depersonalisation, which refers to assuming an impersonal, negative, and uncaring attitude toward the people with whom one works; and reduced personal accomplishment, which indicates a reduction in the feeling of being competent and dissatisfaction with one's achievements (SCHAUFELI & ENZMANN, 1998). According to this original definition burnout is a typical phenomenon in the context of service-related professions, in which interpersonal relations are pivotal (such as educators, nurses etc.). Only more recently have researchers started studying how burnout can occur in other professions, in which social contacts are not pivotal. In these professions burnout appears differently, e.g. via cynicism in relation to the products one makes or in blocked creativity (see: MASLACH & SCHAUFELI, 1993; MASLACH, JACKSON & LEITER, 1996). In this paper we focus specifically on people-oriented professions.

Many causal factors have been studied in relation to professional burnout: characteristics of the employee (e.g. personality characteristics [IACOVIDES, FOUNTOULASKIS, MOYSIDOU et al., 1997]), work- and organizational characteristics (e.g. workload [WISNIEWSKI & GARGIULO, 1997]), and cultural characteristics (e.g. increasing attention to efficiency in the services sector [FRIEDMAN, 1991]). An important factor that also coincides with burnout is difficulty in interpersonal relations, or at least subjective perceptions that one's contacts with others are unsatisfying and troubled. We will further explore this last aspect, since this is the domain (liaison) psychiatrists, psychotherapists and organizational consultants work with, especially those who start from a psychodynamic or psychoanalytic framework.

Previous empirical studies conclude that troubled relations with colleagues and/or superiors cohere with burnout. A perceived lack of support by superiors is especially experienced as troubling (BROWNER, 1987; WISNIEWSKI & GARGIULO, 1997). Social support, on the other hand, is negatively associated with burnout (CORDES & DOUGHERTY, 1993; LEITER & HARVIE, 1996). Problems experienced in interpersonal relations between professionals and patients have also been found to be a main source of professional burnout. Researchers have, for example, found a significant link between professional burnout and patients' aggressiveness, challenging behavior and the severity of patients' disabilities; the degree of burnout seems to increase proportionally with the patients' difficulties (INNSTRAND, ESPNES & MYKLETUN, 2002; LEITER & HARVIE, 1996; MITCHELL & HASTINGS, 2001, WISNIEWSKI & GARGIULO, 1997). The professional's subjective perceptions of difficulty, in

particular, are closely connected to burnout, rather than objective patient characteristics (measured by rating scales or expert opinions) (e.g. JENKINS & LOVELL, 1997). Studies searching for interpersonal dynamics underlying burnout indicate that especially experiences of inequity - situations in which one invests more than what one receives in return - are pivotal in the development of burnout. In this context burnout is understood as a way of restoring reciprocity between oneself and another who wrongfully withholds the rewards one deserves (TARIS, KALIMO, & SCHAUFELI, 2002; TARIS, VAN HORN, SCHAUFELI, SCHREURS, 2004; VAN HORN, SCHAUFELI, & TARIS, 2001). Another interpersonal line of research originating from the work of HOCHSCHILD (1983), understands burnout as an effect of emotional dissonance (ABIALA, 1999; BÜSSING & GLASER, 1999; ZAPF, SEIFERT, SCHMUTTE et al., 2001). The dissonance effect comes about as people have to perform socially appropriate and organizationally desired emotions towards clients (e.g. friendliness) that differ from what they genuinely feel. The emotional labor perspective claims that this results in strain and that this may eventually evoke burnout.

As one considers the empirical literature on the interpersonal nature of burnout, it is remarkable that very few studies simultaneously take into account relations to different kinds of others (e.g. clients, colleagues, management). This has changed somewhat as attention to interpersonal dynamics in explaining burnout has increased (see the studies within the inequity perspective and the emotional dissonance approach). However, then again, it has been mainly the determinants of burnout that have been considered at different levels. The burnout problem itself is mostly considered to be an individual problem, and rarely a problem that has a group-dynamical side as well. In contrast with this state of affairs, psychoanalysts operating from the Tavistock model of consultancy in particular stress that the burnout-problem has a strong collective dimension, rooted in the team and/or the organization (e.g. MOYLAN, 1994; SPECK, 1994; see also: HINSHELWOOD & CHIESA, 2002; RUTH, 2003). In this study we will tackle this problem by first studying whether burnout can indeed be considered to be both an individual and a collective phenomenon.

Studies into burnout that start from a psychodynamic/psychoanalytic are more scarce, but in our interpretation all the more interesting since compared to mainstream burnout-studies these focus on different dynamical issues (for psychoanalytic studies see e.g. BERGER, 2000; COOPER, 1986; FISCHER, 1983; FREUDENBERGER, 1974; GARDEN, 1995; GROSCH & OLSEN, 1994; HORNER,

1993; PINES & YANAI, 2001; PINES, 2004; VANHEULE, LIEVROUW & VERHAEGHE, 2003). Psychoanalytic/psychodynamic studies usually start from clinical consulting or from interviews that are analyzed qualitatively, which means that dysfunctional organizations or persons with work-related psychopathology are studied in-depth as single cases or as multiple single cases. The conclusions emerging from such studies are very rich in content. By directing our focus to interpersonal dynamics discussed in these studies we retain two issues as especially relevant. In a subsequent step we will empirically study their explanatory power in relation to burnout.

A first prevailing topic is the link between burnout and interpersonal recognition. Researchers often conclude that beyond vague burnout-complaints (such as complaints about heavy work-load or bad working conditions), excessive worrying about others' expectations and opinions is common, as is the idea that one is only loved for one's performance and the feeling that one's work is insufficiently valued by others (FIRTH, 1983; HALLSTEN, 1993). Studies starting from a LACANIAN perspective (VANHEULE, LIEVROUW & VERHAEGHE, 2003; VANHEULE & VERHAEGHE, 2004) conclude that a strong desire to be recognized in one's role as a professional, combined with a 'proportional' deception that others don't provide the recognition one is longing for, cohere with burnout. Poor recognition is subjectively problematic for people who are prone to burnout, as it makes them insecure about what they mean in relation to others and thus affects their feelings of identity. Quite similarly, GROSCHE and OLSEN (1994) from a KOHUTIAN perspective say that burnout-prone people look to their job to satisfy a narcissistic longing to be appreciated. They tend to treat their patients as self-objects through whom they try to satisfy a basic need, such as the need to be liked or admired. This is in line with an observation CHERNISS (1995) made in a longitudinal interview-study. He concludes that the people prone to burnout not only seem to be preoccupied with the idea that they have to please significant others, but also with the impression that others lack confidence in their professional competence (CHERNISS, 1995; FRIEDMAN, 1991). Burned out professionals are deeply dissatisfied with how others perceive them. These professionals seem to be pre-occupied with others' failure to provide them with the recognition they feel they deserve, and this negatively affects their perception of their own identity (BERGER, 2000; FIRTH, 1985; HORNER, 1993). Persons who are not burned out, on the contrary, tend to feel that they are appreciated in their jobs (BENNETT, ROSS, & SUNDERLAND, 1996). The recognition that is expected can both be thought

of as an indication that the other knows that one has made substantive contributions to the job, and as an indication of gratitude (DEJOURS, 2000). From a group-dynamical perspective it has been observed that if a team atmosphere doesn't allow mutual recognition of how members of a group deal with difficult situations, concomitant psychopathological phenomena such as burnout are to be expected (MOYLAN, 1994). These observations fit with GÜNTER AMMON's (1982) statement that work in general mainly obtains its value for humans, through the social recognition it entails.

A second prevailing topic is trust and distrust; dynamically-oriented research indicates that an atmosphere of distrust is a typical interpersonal phenomenon in the context of burnout. Studies conducted from within the Tavistock tradition conclude that groups in which interpersonal distrust reigns (so-called "paranoid schizoid" functioning groups) are ideal breeding grounds for burnout (HINSHELWOOD & CHIESA, 2002; OBHOLZER & ZAGIER-ROBERTS, 1994). In a general theory on work, the French psychoanalyst DEJOURS (1995) most clearly indicates that interpersonal trust is an important human factor in understanding how people work. A feeling of being trusted by others is a basic condition that enables employees to cooperate with others. A lack of trust, on the contrary, introduces tension among people, as it brings about mutual suspicion and preoccupation with power and domination. Similar conclusions have been drawn from a LACANIAN perspective: fantasies of others' irrational intentions cohere dynamically with experiences of burnout (VANHEULE & VERHAEGHE, 2004). If a feeling of being trusted is not present, a fear of being fooled frequently comes to the fore (FIRTH, 1985). Notice that similar ideas have been formulated for the work within the analytic cure: the analyst's trust is a major precondition for fruitful analytic work to appear. If trust is absent destructive processes come to the fore (FRANK, 2004).

In this paper we submit the issues we retained from psychoanalytic studies into burnout to an empirical test, based on questionnaire data collected from special educators (n=995) who work in institutions (n=47) for youth care or care for mentally disabled persons. First we test whether burnout can indeed be considered to be both an individual and a collective phenomenon; as indicated, considering burnout to be a collective phenomenon is essential to group-dynamical thinking. Secondly we test whether experiences of insufficient interpersonal recognition and lack of trust can indeed be considered as important predictors that are concomitant to experiences of burnout. We test the influence of these predictors by taking into account four

different types of others: clients, colleagues, direct superiors and management respectively. In analyzing the data we make use of a relatively unknown but powerful data-analytic technique that is very well suited for the analysis of a multi-layered data-set such as we have (we study individual employees from different organizations and different sectors): multilevel modeling. Moreover, multilevel modeling enables us to study burnout as both an individual as well as an organizational problem.

Method

Sample

In performing this study, a total of 1,317 questionnaires were sent to special educators working in (residential) special youth care and care for mentally disabled persons (47 institutions). We received 992 questionnaires back (response rate: 75.6%) through letterboxes installed by us in all institutions concerned ($n = 47$). The subgroup of educators working in residential special youth care (28%) who had been working in the sector for 9.8 years on average ($SD = 7.9$) (average age of 33.2, $SD = 8.6$) was composed of 70% women. The sample of educators working with mentally disabled persons (72%), worked in the sector for 12.2 years on average ($SD = 7.7$) (average age of 34.4, $SD = 8$) and was composed of 72% women.

Measures

Professional burnout has been assessed by means of the Maslach Burnout Inventory (MBI), which is internationally considered as the pre-eminent instrument for assessing burnout (SCHAUFELI & ENZMANN, 1998). The scale contains 22 items that all measure frequencies and that are scored on a seven-point Likert-scale with fixed anchors that range from 'never' to 'every day'. The validity as well as the reliability of the instrument are generally considered as satisfactory (see SCHAUFELI & ENZMANN, 1998).

Since no instruments were available for assessing our particular understanding of dissatisfaction with interpersonal recognition and interpersonal trust, we constructed our own questionnaire that asks for judgments in relation to clients, colleagues, direct superiors, and management. For each of these groups (indicated by the dots in the questions), 4 questions have been asked: "From ... I receive enough recognition and respect", "From ... I receive enough ad-

miration and awe”, “From ... I receive enough gratitude”, “I don't receive enough confidence and trust from ...”. All items were scored on a 5-point Likert-scale ranging from ‘agree’ to ‘disagree strongly’. Before data-analysis took place the negatively formulated items were mirrored, such that a high score on the items reflects dissatisfaction.

Our decision to make the interpersonal recognition and trust/distrust operational by means of 4 questions, was based on the theoretical framework described, but also on 5 unstructured exit-interviews with care-givers working with mentally disabled persons in an institution. These were all care-givers who decided to quit their job because of dissatisfaction. We asked these persons to talk about the reasons why they resigned. Content-analysis of what they complained about at an interpersonal level, led us to the decision to split up the recognition-concept into 3 separate questions (the first 3 questions indicated). We also decided that the issue of trust could well be made operational by means of 1 question.

Before including the dissatisfaction with interpersonal recognition questionnaire in further analyses, we studied its latent structure by means of factor analysis in SPSS 11.0.1. We started from the correlation matrix and asked to extract 4 factors. Rotation was orthogonal (Varimax). The factor scores (Bartlett method) were saved for the further analyses since these provide us with the most unbiased operationalization of our concepts. Taken together, the 4 factors (all eigenvalues > 1) explain 73.2% of the variance. The rotated factor matrix, which presents us with the correlations between the observed variables and the factors, indicated that all variables, on which we supposed that they would load on the same factor, have indeed their highest loadings on this factor. This means that factorial structure of the data is equal to the 4 subscales we theoretically deduced. All factor-loadings were adequately high (ranging between 0.45 and 0.91). In testing whether the 4 subscales of the questionnaire are truly uni-dimensional, we first performed a factor analysis on each subscale separately. The scree plots as well as the eigenvalue-criterion (<1) proved that all subscales consist of 1 factor. Next we performed a Cronbach alfa internal consistency test. The values of the 4 scales range between 0.85 and 0.88. These results indicate that the scales we used, are indeed uni-dimensional. In other words, the aspects of interpersonal trust and recognition by others, which we first theoretically described as linked concepts, can indeed be thought of as closely connected. This justifies us in grouping both aspects in one subscale. While we focus our study on the recognition and trust-variables, we also

control for some other aspects. Along this way we attain a balanced idea of the relative importance of dissatisfaction with interpersonal recognition in explaining burnout. Control variables taken into account are: duration of employment in the organization, sector of employment, duration of employment in that sector, gender and age.

Data analysis

In analysing the data, we made use of multilevel modeling by means of the MLwiN 1.1 software. Multilevel modeling is a powerful but relatively unknown data-analytic technique (see: BRYK & RAUDENBUSH, 1992; GOLDSTEIN, 1995). For the purpose of this article we briefly explain it in an endnote with our research design directly in mind. Multilevel modeling aims at modeling variance at the different levels of a nested research data-set. We have such a data-set: in our research design individual subjects (n=995) are nested within institutions (n=47), which means that it is useful to model variance at these two levels. Individual employees are situated at level 1 and institutions at level 2. In our design nesting even goes a step further, since institutions are nested within sectors (n=2) as well, which means that we could add a third level (see Table 1). However, since we only study two sectors this variable can be integrated in the basic regression equation.

Level	Name	Number
3	Sector	n = 2
2	Institution	n = 47
1	Individual employee	n = 995

Table 1: Levels of the nested design

We estimated our multilevel models by means of the iterative generalized least squares method (IGLS), which is implemented in MLwiN. In assessing

whether multilevel modeling is truly relevant for the data-set at hand, we first tested a so-called null-model. This is a model in which burnout, as our dependent variable, is predicted by a constant term. This model provides us with an indication of the mean level of burnout, a residual unaccounted-for variation at level 2 between institutions, and a residual unaccounted-for variation at level 1. Multilevel modeling is only meaningful if in the null-model a strong variation in burnout exists, both between institutions and between individual employees. In developing a final, best explanatory model, we proceeded in a stepwise way. First we included all independent variables we

presented in the framework of the study. Subsequently we step by step removed all variables that failed to explain significant portions of the variance in the burnout scores.

Results

First we tested the null-model (see Table 1 and Table 2: M0). Table 1 indicates that for the null-model, the intercept is equal to 3.15. This intercept refers to the mean burnout score of the population we studied, across individual employees and across institutions. Based on Table 2 we assessed whether multi-level modeling made sense (significance is assessed by dividing the variances at both levels by their standard errors; if the values obtained are larger than 1.96 - 95% confidence interval - multilevel modeling makes sense), and concluded that this is the case. At the level of the individual subject (level 1) the ratio between the variance and the standard error was 20.81, and at the level of the institution (level 2) it was 5.89; in both cases a value > 1.96 . This means that in considering the burnout-phenomenon, it makes sense to think of it both in terms of the individual employee who is affected by it, and in terms of the institutional group in which the phenomenon manifests itself. We also concluded that in this data-set, 42% of the variance is situated at the level of the institution and 58% at the level of the individual employees within the institutions.

In a next step we introduced all variables indicated in the framework of the study, in one model (M1). From Table 2 it can be concluded that the 4 interpersonal recognition and trust variables prove to be significant predictors in explaining burnout. Of the other variables we introduced in the model, only the sector of employment proves to be a significant predictor. The remaining variables, which are the classically discerned burnout correlates - gender, age, time working in the institution and time working in the sector of employment (both expressed in years) - prove to be non-significant in predicting burnout scores.

In making the step to the second model (M2) we deleted the variable that refers to the time one works in the institution. In this second model, the variable age proved to be the least powerful of the non-significant variables, so we consequently removed this variable in building the next model. Notice that in making the step from model 1 to model 2, the variable indicating the time one works in the institution has become a significant variable, but the

associated regression coefficient is very low. In the next model (M3), gender proves to be the only insignificant variable, which we consequently remove. Model 4 (M4) is the final model we end up with, since in this model all variables we considered as possible predictors for the burnout score proved to be significant. This means that with a probability of more than 95% there is a significant relation between the variables in this model separately, and the burnout-scores we observed.

In considering our final model (see Table 2: M4), we first of all conclude that all interpersonal recognition and trust variables we introduced in the study, based on our framework, are highly significant.

	Intercept	Sector	Gender	Age	Time institution	Time sector	Recognition management	Recognition clients	Recognition colleagues	Recognition superior
M0	3.15* (0.13)									
M1	3.44* (0.38)	-0.49* (0.22)	-0.19 (0.12)	0.01 (0.01)	0.02 (0.02)	0.01 (0.02)	0.31* (0.05)	0.49* (0.06)	0.28* (0.05)	0.34* (0.05)
M2	3.33* (0.35)	-0.47* (0.22)	-0.22 (0.12)	0.01 (0.01)	0.02* (0.01)		0.31* (0.05)	0.49* (0.06)	0.28* (0.05)	0.35* (0.05)
M3	3.48* (0.21)	-0.46* (0.21)	-0.23 (0.12)		0.02* (0.01)		0.31* (0.05)	0.49* (0.06)	0.29* (0.05)	0.35* (0.05)
M4	3.30* (0.19)	-0.46* (0.22)			0.02* (0.01)		0.32* (0.05)	0.49* (0.06)	0.28* (0.05)	0.35* (0.05)

Table 2: Overview regression coefficients level 1 across the multilevel models. For each model, the table indicates the regression coefficient per variable and the associated standard error.

Recognition and trust by clients is noticeably the most important predictor in explaining burnout. Interpersonal recognition and trust by one's direct superior is the second most important predictor, followed by recognition and trust by management and interpersonal recognition and trust by colleagues. The regression coefficients associated with each of the interpersonal recognition variables indicate the extent to which the burnout-score increases if the factor score ($M=0$, $SD=1$) increases by 1 unit. Of the variables we introduced in the model as control variables, the sector of employment and the time one works in the institution prove to be significant predictors. The negative

coefficient associated with the sector variable, indicates that for the sector we coded as 0 in the data-matrix, the youth care sector, burnout scores are higher than for the sector we coded 1, the care for mentally disabled persons sector. The final model predicts that if an employee works in the care for mentally disabled persons sector, the burnout score decreases by 0.46. Concerning the variable indicating the time one works in the institution, we can conclude that an accumulating trend has been observed: the longer one works in an institution, the higher the burnout score. This trend is significant, but also minimal: for each year an employee works in the institution, the burnout score increases only by 0.02 units.

From Table 3 we can infer the amount of variance that has been explained by the final model at both levels of interest (employee and institution).

	Variance level 2 (institutions)	Variance level 1 (individual subject)
M0	1.59* (0.27)	2.19* (0.11)
M1	0.64* (0.14)	1.90* (0.10)
M2	0.63* (0.14)	1.90* (0.10)
M3	0.63* (0.14)	1.89* (0.10)
M4	0.65* (0.14)	1.90* (0.10)

Table 3: Overview residual variance per level across the multilevel models. For each model, the table indicates the residual variance per level and the associated standard error.

This can be done by comparing the variance at both levels in the null-model, to the residual variances in the final model. We conclude that at level 1 (individual employee level), 13% of the original variance has been explained by the model $((2.19-1.90)/2.19)$. At level 2 (institutional level), 60% of the original variance has been explained. This means that the predicting variables we included clearly account for most of the variability on the institutional level; our independent variables most clearly take into account differences in burn-out-scores between institutions. The explanatory power at level 1 is less strong, but here too, a considerable amount of variation has been captured. From this table we can also conclude that, after having included the significant predictors in obtaining our final model, both levels of variance (the institution and the individual employee) still prove to be significant. This means that at both levels significant portions of variance remain unexplained.

Discussion

In this study we examined the problem of professional burnout by means of multilevel modeling. We situated individual employees in the context of the institutions in which they work and attempted to explain burnout scores.

First we checked whether burnout can be considered both as an individual and as a collective phenomenon - an idea that is coherent with group-dynamical approaches to the problem - and observed that this indeed is the case. A substantial part of the variability in the burnout score could be situated at the level of the individual employee (58%), and a similar amount at the level of the institution (42%). Consequently we can already conclude that it is problematic to consider burnout solely or mainly as a problem at the level of the individual employee. The moment we took our explanatory variables into account - which concerned interpersonal recognition and trust emanating from clients, colleagues, direct superiors and management - the importance of collective dynamics all the more explicitly came to the fore. We observed that our explanatory variables especially contributed to explaining the variability of the burnout-score at the level of the institution (60%) and substantially less at the level of the individual (13%). The observation that the explanatory variables we took into account especially explain variance at the level of the institution is most remarkable. It indicates that within organizations, people strongly agree in their opinions on whether or not they are adequately trusted and recognized. Shared perceptions within the organization on interpersonal issues thus prove to be important predictors for burnout-scores. This observation calls into question the numerous studies that do focus on burnout as an individual problem, but it tallies with the conclusions of the two other multilevel studies on burnout we could trace (JINNETT & ALEXANDER, 1999; SÖDERFELDT, SÖDERFELDT, JONES et al., 1997). In terms of intervention, this observation suggests that it could best be organized in a multidimensional way, so as to intervene upon both the organizational and the individual level. If intervention aims at focusing on interpersonal dynamics of recognition and trust, it can best be directed at the level of the organization as a whole. After all, this is the level at which these dynamics mainly play out, and this is the level at which interpersonal dynamics have the strongest impact upon experiences of burnout.

Secondly we focused on the influence of interpersonal recognition and trust on burnout, by checking their influence at the level of clients, colleagues, direct

superiors and management. We observed that these 4 variables have significant explanatory power. Recognition by clients is the most important predictor in explaining burnout, followed by recognition by direct superiors, management, and colleagues. This result confirms the relevance of the vicissitudes of interpersonal recognition and trust that psychoanalysts and psychodynamic scholars have identified as a crucial social mechanism in work situations in general and in situations of professional burnout in particular.

In examining the interpersonal recognition variables, we simultaneously took into account a number of other variables that in previous studies tended to correlate with burnout: age, gender, sector of employment, duration of employment in the sector, and duration of employment in the institution. We considered these variables as control variables, such that we would have more exact estimates for the recognition and trust variables. We observed that only the sector of employment and the duration of employment in the institution contributed significantly to explaining burnout. The observation that in the youth care sector burnout scores were significantly higher than in the care sector for mentally handicapped persons, suggests that some sectors of employment prove to provoke burnout more than others. We think this is an interesting finding, and suggest that it would be interesting to design further research comparing more sectors. The conclusion that the duration of employment in the institution is a significant (though not so powerful) predictor for burnout, and, for example, not the actual age of the employee, is remarkable. We suggest that this observation argues in favor of regular job change. However, whether this change strictly needs to be thought of in terms of changes between organizations rather than changes within an organization remains unanswered. This question can only be answered by adding an extra level to the design, i.e. the level of the department or the team in which an employee works. We think that this is an interesting track for future research. Only very few studies have attempted to tackle the problem of professional burnout by means of multilevel modeling (JINNETT & ALEXANDER, 1999; SÖDERFELDT et al., 1997). In this respect our study is quite innovative. Our observation that the independent variables we included in the study especially explained variation at the level of the institution, confirms that this method is very well suited for the analysis of burnout data that has been collected in several organizational units.

Burnout bei Berufstätigen in Zusammenhang mit interpersoneller Anerkennung und Vertrauen: eine empirische Studie

Stijn Vanheule, Stefan Bogaerts, Mattias Desmet (Ghent, Belgium)

In früheren Forschungsprojekten wurden viele ursächliche Faktoren studiert, die mit dem Burnout berufstätiger Personen zu tun haben: Merkmale des Mitarbeiters (z. B. Persönlichkeitsmerkmale), Merkmale der Tätigkeit und des Unternehmens (z. B. Arbeitsbelastung) sowie kulturelle Merkmale (z. B. steigende Bemühung um Effizienz im Dienstleistungssektor). Ein wichtiger Faktor, der ebenfalls mit dem Burnout zusammenhängt, sind zwischenmenschliche Beziehungen oder zumindest die subjektive Wahrnehmung, dass Kontakte mit anderen Menschen nicht zufrieden stellend und gestört sind. In diesem Beitrag untersuchen wir diesen letzten Aspekt genauer, denn hierbei handelt es sich um den Bereich, an dem Psychiater, Psychotherapeuten und Unternehmensberater arbeiten, besonders diejenigen, die von einem psychodynamischen oder psychoanalytischen Standpunkt ausgehen.

Bei näherer Betrachtung der empirischen Literatur zur interpersonellen Natur des Burnouts fällt auf, dass sehr wenige Studien gleichzeitig die Beziehungen zu verschiedenen anderen Personengruppen (z. B. Kunden, Kollegen, Geschäftsleitung) in Betracht ziehen. Das hat sich etwas geändert, seit die interpersonelle Dynamik mehr Aufmerksamkeit erhalten hat, insbesondere in Studien, die unter der Perspektive der Ungleichheit und im Rahmen des Ansatzes der emotionalen Dissonanz durchgeführt wurden. Jedoch wird das Burnout-Problem meist als individuelles Problem betrachtet und selten als Problem, das auch eine gruppenspezifische Seite hat. Im Gegensatz zu dieser Situation betonen insbesondere dem Tavistock-Modell der Beratung verbundene Psychoanalytiker, dass das Burnout-Problem eine stark kollektive Dimension habe und im Team und/oder der Organisation verwurzelt sei. In dieser Studie nehmen wir uns dieses Problems an, indem wir zuerst untersuchen, ob Burnout tatsächlich sowohl als individuelles und als kollektives Phänomen betrachtet werden kann.

Psychoanalytische/psychodynamische Studien gehen in der Regel von klinischen Beratungen oder von Interviews aus, die qualitativ analysiert

werden. Das bedeutet, dass dysfunktionale Organisationen oder Personen mit einer berufsbezogenen Psychopathologie ausführlich als Einzelfälle oder als mehrere Einzelfälle untersucht werden. Die Schlussfolgerungen solcher Studien sind im Hinblick auf den Inhalt sehr umfassend. Wenn wir uns auf die interpersonelle Dynamik konzentrieren, um die es in diesen Studien geht, erweisen sich zwei Problembereiche als besonders relevant. In einem folgenden Schritt untersuchen wir ihre Erklärungskraft in Bezug auf den Burnout empirisch.

Ein erstes herausstechendes Thema ist die Verbindung zwischen Burnout und zwischenmenschlicher Anerkennung. Forscher schließen oftmals, dass sich hinter vagen Burnout-Beschwerden (z. B. schwere Arbeitsbelastung oder schlechte Arbeitsbedingungen) häufig übermäßige Besorgnis bezüglich der Erwartungen und Meinungen Dritter verbirgt, aber auch die Idee, nur für die eigene Leistung gemocht zu werden, und das Gefühl, dass die eigene Arbeit von anderen unzureichend gewürdigt wird. Vom Standpunkt der Lacanschen Psychoanalyse ausgehende Studien schließen z. B., dass ein starker Wunsch nach Anerkennung in einer beruflichen Rolle in Kombination mit einer "proportionalen" Enttäuschung darüber, dass andere diese ersehnte Anerkennung nicht gewähren, mit dem Burnout zusammenhängt. Geringe Anerkennung ist subjektiv gesehen problematisch für Menschen, die zum Burnout neigen, denn dadurch werden sie ihrer Bedeutung im Vergleich zu anderen unsicher, wodurch ihr Gefühl der Identität beeinträchtigt wird. Aus einer gruppendynamischen Perspektive heraus wurde wiederum beobachtet, dass begleitende psychopathologische Phänomene wie Burnout zu erwarten sind, wenn die Atmosphäre in einem Team keine gegenseitige Anerkennung dessen zulässt, wie Gruppenmitglieder mit schwierigen Situationen fertig werden.

Ein zweites wichtiges Thema sind Vertrauen und Misstrauen. Gruppendynamisch orientierte Forschungen deuten an, dass eine Atmosphäre des Misstrauens ein typisches zwischenmenschliches Phänomen im Zusammenhang mit Burnout ist. Aus Studien, die in der Tavistock-Tradition durchgeführt wurden, geht hervor, dass Gruppen, in denen gegenseitiges Misstrauen herrscht (so genannte "paranoid-schizoid" funktionierende Gruppen), ideale Brutherde für den Burnout sind. Gegenseitiges Vertrauen ist ein wichtiger menschlicher Faktor, um zu verstehen, wie Menschen arbeiten. Das Gefühl, dass andere ihnen Vertrauen entgegenbringen, ist eine Grundvoraussetzung, die Mitarbeiter befähigt, mit anderen zusammenzuarbeiten. Mangelndes

Vertrauen dagegen führt zu Spannungen zwischen den Einzelnen, denn es führt zu gegenseitigem Misstrauen und zu Besorgnis aufgrund von Macht und Dominierung.

In dieser Studie unterwerfen wir die Ergebnisse psychoanalytischer Studien zum Burnout einem empirischen Test, der auf Daten beruht, die mit Hilfe eines Fragebogens bei Erziehern ($n = 995$) erhoben wurden, die in Einrichtungen ($n = 47$) zur Jugendbetreuung oder für die Betreuung geistig behinderter Personen arbeiten. Zuerst testen wir, ob Burnout tatsächlich sowohl als individuelles als auch kollektives Phänomen betrachtet werden kann; wie erwähnt, ist die Betrachtung des Burnouts als kollektives Phänomen wesentlich für die gruppenspezifische Denkweise. Zweitens testen wir, ob Erfahrungen unzureichender interpersoneller Anerkennung und fehlendes Vertrauen wirklich als wichtige Anzeichen betrachtet werden können, die mit Burnout-Erfahrungen zusammenhängen. Wir testen den Einfluss dieser Anzeichen, indem wir vier verschiedene andere Personenkreise berücksichtigen: Kunden, Kollegen, direkte Vorgesetzte und die Leitung der Einrichtung. Bei der Analyse der Daten benutzen wir eine relativ unbekannt, aber leistungsfähige Datenanalysetechnik, die sich sehr gut zur Analyse mehrschichtiger Datenmengen eignet, wie sie bei uns vorliegen (wir untersuchen einzelne Mitarbeiter verschiedener Organisationen und aus unterschiedlichen Sektoren): die Mehrebenenanalyse. Darüber hinaus gestattet uns die Mehrebenenanalyse, Burnout sowohl als individuelles als auch als organisationsbezogenes Problem zu betrachten.

Der Burnout bei berufstätigen Personen wurde mit Hilfe des Maslach Burnout Inventory (MBI) gemessen, der international als das am besten geeignete Instrument für die Beurteilung von Burnout betrachtet wird.

Da keine Instrumente zur Verfügung standen, mit denen wir unser besonderes Verständnis von Unzufriedenheit mit zwischenmenschlicher Anerkennung und von zwischenmenschlichem Vertrauen beurteilen konnten, erarbeiteten wir einen eigenen Fragebogen, der nach Einschätzungen im Zusammenhang mit Kunden, Kollegen, direkten Vorgesetzten und der Leitung der Einrichtung fragt. Bevor wir diesen Fragebogen zur Unzufriedenheit mit zwischenmenschlicher Anerkennung in die weiteren Analysen aufnahmen, untersuchten wir seine latente Struktur mithilfe der Faktoranalyse. Wir stellten fest, dass die Faktorenstruktur der Daten den vier Subskalen entsprach, die wir theoretisch abgeleitet hatten.

Während sich unsere Studie hauptsächlich auf die Variablen für Anerkennung und Vertrauen konzentriert, kontrollieren wir auch einige andere Aspekte. Dabei erhalten wir eine ausgewogene Ahnung der relativen Wichtigkeit von Unzufriedenheit mit zwischenmenschlicher Anerkennung als Erklärung für Burnout. Die berücksichtigten Kontrollvariablen sind die Dauer der Beschäftigung in der Organisation, der Sektor, in dem ein Befragter beschäftigt ist, die Dauer seiner Beschäftigung in diesem Sektor, Geschlecht und Alter.

Zur Datenanalyse bedienten wir uns der Mehrebenenanalyse, einer leistungsfähigen, aber relativ unbekannteren Datenanalysetechnik, die darauf abzielt, Varianz in den verschiedenen Ebenen einer eingebetteten Menge von Forschungsdaten darzustellen. Wir haben solch eine Datenmenge: In unserem Studiendesign sind die individuellen Befragten ($n = 995$) in die Institutionen ($n = 47$) eingebettet und diese wiederum in die Sektoren.

Dann gingen wir zu den Ergebnissen über und untersuchten zuerst, ob Burnout sowohl als individuelles als auch als kollektives Phänomen betrachtet werden kann - ein Gedanke, der mit den gruppenspezifischen Ansätzen zu diesem Problem übereinstimmt - und stellten fest, dass das tatsächlich der Fall ist. Ein beträchtlicher Teil der Variabilität beim Burnout-Ergebnis ließ sich dem individuellen Mitarbeiter zuschreiben (58 %) und ein ähnlicher Anteil der Einrichtung (42 %). Deshalb können wir bereits darauf schließen, dass es problematisch ist, Burnout nur auf der Ebene des einzelnen Mitarbeiters zu betrachten. Sobald wir unsere erläuternden Variablen berücksichtigten - zwischenmenschliche Anerkennung und Vertrauen von Kunden, Kollegen, direkten Vorgesetzten und der Leitung der Einrichtung - trat die Wichtigkeit der kollektiven Dynamik immer deutlicher in den Vordergrund. Wir beobachteten, dass unsere erläuternden Variablen besonders dazu beitrugen, die Variabilität des Burnout-Ergebnisses auf der Ebene der Einrichtung (60 %) zu erläutern, und wesentlich weniger auf der Ebene des Individuums (13 %). Die Beobachtung, dass die von uns berücksichtigten Variablen die Varianz auf der Ebene der Einrichtung erläutern, ist sehr bemerkenswert. Sie deutet an, dass Mitarbeiter in Organisationen stark in ihren Meinungen darüber übereinstimmen, ob sie ausreichend Vertrauen und Anerkennung finden oder nicht. Gemeinsame Wahrnehmungen in Bezug auf interpersonelle Faktoren in der Organisation erweisen sich also als wichtige Indikatoren für Burnout-Ergebnisse. Diese Beobachtung stellt die zahlreichen Studien infrage, die sich auf Burnout als individuelles Problem konzentrieren, aber sie stimmt mit den beiden anderen Mehrebenenstudien zum Thema Burnout überein, die wir

gefunden haben. Für eine Intervention bedeutet diese Beobachtung, dass diese am besten auf mehreren Ebenen stattfindet und sowohl auf individueller Ebene wie auf der Ebene der Organisation eingegriffen würde. Wenn eine Intervention darauf abzielt, sich auf die interpersonelle Dynamik von Anerkennung und Vertrauen zu konzentrieren, dann richtet sie sich am besten auf die Organisation als Ganzes, denn sie ist schließlich die Ebene, auf der diese Dynamik sich vor allem zeigt, und wo interpersonelle Dynamik die stärkste Auswirkung auf die Erfahrung von Burnout hat.

Zweitens konzentrierten wir uns auf den Einfluss von Anerkennung und Vertrauen durch andere auf den Burnout, indem wir ihren Einfluss auf den Ebenen Kunden, Kollegen, direkte Vorgesetzte und Leitung der Einrichtung untersuchten. Wir stellten fest, dass diese vier Variablen eine signifikante Erklärungskraft haben. Anerkennung durch Kunden ist der wichtigste Faktor, um Burnout zu erklären, gefolgt von der Anerkennung direkter Vorgesetzter, der Leitung des Unternehmens und der Kollegen. Dieses Ergebnis bestätigt die Bedeutung des Wandels von Anerkennung und Vertrauen durch andere, den Psychoanalytiker und Erforscher von psychodynamischen Vorgängen als einen wesentlichen sozialen Mechanismus in Arbeitssituationen im Allgemeinen und bei beruflichem Burnout im Besonderen festgestellt haben.

Bei der Untersuchung der interpersonellen Anerkennungsvariablen berücksichtigten wir zugleich eine Reihe anderer Variablen, die in früheren Studien mit Burnout zu korrelieren schienen: Alter, Geschlecht, Sektor, in dem der Befragte beschäftigt ist, Dauer der Beschäftigung im Sektor und Dauer der Beschäftigung in der Einrichtung. Wir betrachteten diese Variablen als Kontrollvariablen, mit denen wir unsere Berechnungen der Variablen Anerkennung und Vertrauen präzisieren konnten. Wir stellten fest, dass die Burnout-Ergebnisse im Sektor Jugendbetreuung signifikant höher waren, als bei der Betreuung geistig Behinderter. Daraus lässt sich schließen, dass einige Beschäftigungsbereiche eher Burnout hervorrufen als andere. Wir halten das für ein interessantes Ergebnis und sind der Meinung, dass es interessant sein könnte, im Rahmen weiterer Forschungen mehr Sektoren miteinander zu vergleichen. Wir stellten auch fest, dass die Dauer der Beschäftigung in einer Einrichtung ein signifikanter (wenn auch nicht so hoher) Indikator für Burnout ist.

Nur sehr wenige Studien haben versucht, das Problem des Burnouts berufstätiger Personen mit Hilfe der Mehrebenenanalyse zu untersuchen. In dieser Hinsicht ist unsere Studie ziemlich innovativ. Unsere Beobachtung, dass

die unabhängigen Variablen, die wir in die Studie aufnahmen, insbesondere Variabilität auf der Ebene der Einrichtung erklärten, bestätigt, dass unsere Methode sich sehr gut für die Analyse von Burnout-Daten eignet, die in verschiedenen Organisationen erhoben wurden.

References

- Abiala, K. (1999). Customer orientation and sales situations: variation in interactive service work. *Acta Sociologica*, 42 : 27-222.
- Ammon, G. (1982). Arbeit, Gruppe und Gesellschaft. *Dynamische Psychiatrie*, 15: 268-285.
- Bennett, L.; Ross, M.W. & Sunderland, R. (1996). The relationship between recognition, rewards and burnout in AIDS caring. *AIDS-Care*, 8: 145-153.
- Berger, B. (2000). Prisoners of liberation: A psychoanalytic perspective on disenchantment and burnout among career woman lawyers. *Journal of Clinical Psychology*, 56: 665-673.
- Browner, et al. (1987). Stress, Social Support, and Health of Psychiatric Technicians in a State Facility. *Mental Retardation*, 25: 31-38.
- Büssing, A. & Glaser, J. (1999). Work Stressors in nursing in the course of redesign: implications for burnout and interactional stress. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 8: 401-426.
- Bryk, A. S. and Raudenbush, S. W. (1992). *Hierarchical Linear Models*. Newbury Park, California, Sage
- Cherniss, C. (1995). *Beyond burnout*. New York & London: Routledge.
- Cooper, A. M. (1986). Some limitations on therapeutic effectiveness: The 'burnout syndrome' in psychoanalysts. *Psychoanalytic Quarterly*, 55: 576-598.
- Cordes, C.L. & Dougherty, T.W. (1993). A review and an integration of research on job burnout. *Academy of management review*, 18: 621-656.
- Dejours, C. (1995). *Le facteur humain*. Paris: Puf.
- Dejours, C. (2000). *Travail usure mentale*. Paris: Bayard.
- Firth, J. (1985). Personal meanings of occupational stress: Cases from the clinic. *Journal of Occupational Psychology*, 58: 139-148.
- Fischer, H. J. (1983). A psychoanalytic view on burnout. In: B.A. Farber (Ed.), *Stress and burnout in the human service professions* (pp. 40-46). New York: Pergamon Press.
- Frank, K.A. (2004). The analyst's trust and therapeutic action. *Psychoanalytic Quarterly*, 73: 335-378.
- Freudenberger, H.J. (1974). Staff Burnout. *Journal of social Issues*, 30: 159-165.
- Friedman, I.A. (1991). High- and low- burnout schools: School culture aspects of teacher burnout. *Journal of Educational Research*, 84: 325-333.
- Garden, A. M. (1995). The purpose of burnout: A Jungian interpretation. In: R. Crandall & P. L. Perrewe (Eds.), *Occupational stress: A handbook* (pp. 207-222). Philadelphia: Taylor & Francis.
- Goldstein, H. (1995). *Multilevel Statistical Models*. London, Edward Arnold: New York, Wiley.
- Golembiewski, R.T., Boudreau, R., Goto, K., Murai, T. (1993). Transnational perspectives on job burnout: Replication of phase model results among Japanese respondents. *International Journal of Organizational Analysis*, 1: 7-27.

- Grosch, W. N. & Olsen, D. C. (1994). *When helping starts to hurt*. New York & London: W.W. Norton & Co.
- Hallsten, L. (1993). Burning out: a framework. In: W. Schaufeli, C. Maslach & T. Marek (Ed.), *Professional Burnout - Recent Developments in Theory and Research* (pp. 95-114). Washington: Taylor & Francis.
- Hinshelwood, R.D. & Chiesa, M. (2002). *Organisations, anxieties & defences*. London: Whurr.
- Hochschild, A.R. (1983). *The managed heart*. Berkley: University of California press.
- Horner, A. J. (1993). Occupational Hazards and Characterological Vulnerability: The Problem of 'Burnout'. *The American Journal of Psychoanalysis*, 2: 137-142.
- Iacovides, A., Fountoulaskis, K., Moysidou, C., & Ierodiakonou, C. (1997). Burnout in nursing staff: a clinical syndrome rather than a psychological reaction? *General hospital psychiatry*, 19: 419-428.
- Innstrand, S.T.; Espnes, G.A., & Mykletun, R. (2002). Burnout among people working with intellectually disabled persons: A theory update and an example. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 16: 272-279
- Jenkins, R.J. & Lovell, C. (1997). Psychological well-being of staff working with people who have challenging behaviour. *Journal of Intellectual Disability Research*, 41: 502-511.
- Jinnett, K. & Alexander, J.A. (1999). The influence of organizational context on quitting intention - An examination of treatment staff in long-term mental health care settings. *Research on Aging*, 21: 176-204.
- Leiter, M.P. & Harvie, P.L. (1996). Burnout among mental health workers: a review and a research agenda. *International journal of social psychiatry*, 42: 90-101.
- Maslach, C. (1976). Burned-out. *Human Behaviour*, 5: 16-22.
- Maslach, C. & Jackson, S.E. (1981). The measurement of experienced burnout. *Journal of occupational behaviour*, 2: 99-113.
- Mitchell, G. & Hastings, R.P. Coping, burnout, and emotion in staff working in community services for people with challenging behaviours. *American Journal on Mental Retardation*, 106: 448-459.
- Moylan, D. (1994). The dangers of contagion: projective identification processes in institutions. In: A. Obholzer & V. Zagier-Roberts, *The unconscious at work* (pp.51-60). London: Routledge.
- Obholzer, A. & Zagier-Roberts, V. (1994). *The unconscious at work*. London: Routledge.
- Pines, A.M. (2004). Adult attachment styles and their relationship to burnout: a preliminary, cross-cultural investigation. *Work and Stress*, 18: 66-80.
- Pines, A.M., & Yanai, O.Y. (2001). Unconscious determinants of career choice and burnout: theoretical model and counseling strategy. *Journal of employment counseling*, 38: 170-184.
- Ruth, U (2003). Aspects of senior physicians' leadership and supervision based on psychoanalytic thinking and organizational dynamics. *Dynamische Psychiatrie*, 36(3-4): 149-171.
- Schaufeli, W. B. & Enzmann, D. (1998). *The Burnout Companion to Study and Practice, a critical Analysis*. London: Taylor & Francis.
- Söderfeldt, B.; Söderfeldt, M.; Jones, K. et al. (1997). Does organization matter? A multilevel analysis of the demand-control model applied to human services. *Social Science & Medicine*, 44: 527-534.
- Speck, P. (1994). Working with dying people; on being good enough. In: A. Obholzer & V. Zagier-Roberts, *The unconscious at work* (pp.84-94). London: Routledge.
- Taris, T.; Kalimo, R. & Schaufeli, W.B. (2002). Inequity at work: its measurement and association with worker health. *Work & Stress*, 16: 287-301.
- Taris, T.; Van Horn, J.E.; Schaufeli, W.B. & Schreurs, P.J.G. (2004). Inequity, burnout and psychological withdrawal among teachers. *Anxiety, Stress and Coping*, 17: 103-122.
- Vanheule, S. & Verhaeghe, P. (2004). Powerlessness and impossibility in special education: A qualitative study on professional burnout from a Lacanian perspective. *Human Relations*, 57: 497-519.
- Vanheule, S.; Lievrouw, A. & Verhaeghe, P. (2003). Burnout and intersubjectivity: a psychoanalytical study from a Lacanian perspective. *Human Relations*, 56: 321-339.

- Van Horn, J.; Schaufeli, W.B. & Taris, T. (2001). Lack of reciprocity among Dutch teachers: Validation of reciprocity indices and their relation to stress and well-being. *Work and Stress*, 15: 191-213.
- Wisniewski, L. & Gargiulo, R.M. (1997). Occupational stress and burnout among special educators: A review of the literature. *The Journal of Special Education*, 31: 325-346.
- Zapf, D., Seifert, C., Schmutte, B. et al. (2001). Emotion work and job stressors and their effects on burnout. *Psychology and Health*, 16: 527-545.

address of the corresponding author:

Prof. Stijn Vanheule
Faculty of Psychology and Educational Sciences
Ghent University
H. Dunantlaan 2
9000 Ghent
Stijn.Vanheule@UGent.be

Individuelle Sinnkonstruktion und Salutogenese

Karin Pöhlmann, Peter Joraschky (Dresden, Germany)

Meaning is not an inherent quality of life but has to be actively searched for. Baumeister (1991) argues that in order to evaluate one's life as meaningful, the four basic needs for purpose, value, efficacy, and self-worth have to be fulfilled. Suffering and overcoming adversities is another way to experience meaning. The fact that a lack of meaning is detrimental to mental and physical health makes the search for meaning an important topic for psychotherapy. The article presents some results on differences between the personal meaning systems of patients undergoing psychotherapy and those of healthy individuals. Finally, three different approaches to the assessment of meaning are described.

keywords:

Meaning in life, salutogenetic approach, sense of coherence, personal meaning system

Dass das Vorhandensein von tragfähigen Sinnorientierungen die Bewältigung extremer Belastungen erleichtert, ist spätestens seit den Arbeiten VIKTOR FRANKLS (1963) bekannt. Auch der Salutogenese Ansatz von AARON ANTONOVSKY (1979) betrachtet die Sinnhaftigkeit der eigenen Existenz als wesentlichen salutogenen Faktor. In den letzten Jahren hat das Interesse daran, welche Dinge das Leben von Menschen sinnvoll machen und dazu beitragen, dass sie gesund und glücklich leben in der Positiven Psychologie zu einer verstärkten empirischen Forschung und Theorieentwicklung geführt (SELIGMAN & CSIKSZENTMIHALLYI, 2000; WONG & FRY, 1998). Im folgenden werden psychologische Konzepte dargestellt, die das Konstrukt "Sinn" und seine Bedeutung für die Identitätsentwicklung der Person und für die Auseinandersetzung mit Erkrankungen und einschneidenden Lebensereignissen beschreiben. Abschließend werden verschiedene Ansätze zur empirischen Erfassung von individuellen Sinnkonstruktionen dargestellt.

1. Sinnfindung als Bestandteil der Identitätsentwicklung

Das Problem des einzelnen besteht heute nicht darin, dass es zuwenig Sinnorientierungen gibt, sondern dass es viele Wege zu Sinn und Glück gibt und er seinen eigenen finden muss. Pluralistische westliche Gesellschaften

bieten dem Individuum zwar einerseits große Freiräume für seine Lebensgestaltung und seine persönliche Entwicklung, sie geben andererseits aber auch weniger feste, verbindliche Orientierungshilfen dazu vor, was erstrebenswert ist und glücklich macht. BAUMEISTER (1991) geht davon aus, dass unser Leben voller Bedeutungen ist, diese sich allerdings nicht zwangsläufig zu einem kohärenten Ganzen ergänzen. Jeder von uns muss aus einer Fülle von Sinnelementen bzw. Sinnfragmenten auswählen und so eine eigene Lebensorientierung entwickeln, die tragfähig und sinnstiftend ist.

BAUMEISTER (1986, 1987, 1991) hebt die aktive Rolle des Individuums in der Identitätsentwicklung und in der Sinnkonstruktion besonders hervor. Identität entsteht seiner Ansicht nach heute mehr als früher durch Wahlen des Individuums, durch Entscheidungen zwischen möglichen Optionen und Alternativen und durch das Eingehen von Bindungen an persönlich bedeutsame Ziele.

BAUMEISTER (1986) differenziert sechs verschiedene Selbstdefinitionsprozesse, durch die Identitätskomponenten erworben werden: Zuweisungen, einzelne Transformationen, hierarchische Kriterien, optionale Wahlen und notwendige Wahlen. Der komplexeste Selbstdefinitionsprozess sind sogenannte "notwendige Wahlen". Notwendige Wahlen sind Wahlen, die die Person auf der Grundlage ihrer eigenen Präferenzen, Wertorientierungen und Zukunftsvorstellungen treffen muss. Beispiele für solche notwendige Wahlen sind die Partnerwahl und die Berufswahl. Auch die Entwicklung einer persönlichen Sinnorientierung läßt sich als Prozeß notwendiger Wahlen auffassen, denn der Einzelne muß selber entscheiden, was sein Leben sinnvoll macht. Die individuelle Sinnkonstruktion beinhaltet das Wählen von einzelnen sinngebenden Elementen, die zu einem individuellem Glaubenssystem verknüpft werden, an das die Person sich gebunden fühlt. Sinn ist damit nicht eine inhärente Qualität des Lebens, sondern beruht auf einer aktiven Konstruktionsleistung des einzelnen.

Sinnbedürfnisse

Die Suche nach Sinn beruht nach BAUMEISTER (1991) auf vier Bedürfnissen, dem Streben nach (a) Zielgerichtetheit, (b) Werten, (c) Wirksamkeit und (d) Selbstwert. Menschen haben das Bedürfnis, ihre Handlungen als zielgerichtet und zweckorientiert wahrzunehmen. Dieses Bedürfnis nach Zweckhaftigkeit kann external im Streben nach Zielen oder internal durch Erfüllungserlebnisse realisiert werden. Ein weiteres Bedürfnis besteht darin, die eigenen Hand-

lungen in Relation zu einem Wertsystem zu setzen und sie so als gut und richtig und moralisch gerechtfertigt betrachten zu können. Das dritte Bedürfnis ist das Streben nach Wirksamkeit, d.h. Kontrolle über Handlungen und Ereignisse ausüben zu können. Es wird gestärkt, indem Herausforderungen gemeistert und anspruchsvolle Ziele erreicht werden. Das vierte Bedürfnis ist, sich selbst als gut und wertvoll wahrzunehmen. Dieses Streben nach Selbstwert motiviert Menschen dazu, sich gut darzustellen und auf andere sympathisch zu wirken.

Die vier Sinnbedürfnisse haben sich historisch in ihrer Bedeutung verändert. Die moderne Gesellschaft bietet Menschen viele Möglichkeiten, sich selber Ziele zu wählen, ihre eigene Wirksamkeit zu erfahren und ihren Selbstwert festzustellen. Kaum vorhanden sind allerdings positive Modelle für Erfüllung. Besonders problematisch ist, dass generell gültige Werte fehlen. Wenn bestimmte Sinn-Indikatoren an Bedeutung verlieren, werden andere elaboriert und differenziert. Es entstehen also nicht neue Quellen für Sinn, sondern vorhandene Sinnquellen werden bedeutsamer. Das Selbst nimmt eine zentrale Position in der Sinnkonstruktion des Menschen von heute ein, es übernimmt die Funktion einer Wertebasis und der Erfüllung (BAUMEISTER, 1987).

Das Selbst als Quelle von Erfüllung und als Wertebasis

Die Beschäftigung mit dem eigenen Selbst, das Streben Selbstfindung und Selbstverwirklichung, wird heute als zentrale Entwicklungsaufgabe angesehen. LASCH (1978) spricht davon, dass die Schöpfung des Selbst heute die höchste Form von Kreativität ist. Der Prozess der Kultivierung von inneren Potentialen, die durch Prozesse der Selbsterkenntnis erschlossen werden müssen, ist eine wesentliche Quelle von Erfüllungserlebnissen (MASLOW, 1968). Die Definitionen von Selbstaktualisierung bleiben allerdings vage und beinhalten keine Handlungsanweisungen, die Wege beschreiben, wie genau eigene Potenziale ausgelebt und dadurch Erfüllungszustände erfahren werden können.

Auch der Selbstwert stellt nicht nur eine eigenständige Komponente von sinnhaftem Leben dar, sondern ist darüber hinaus auch eine Quelle von Erfüllungserlebnissen.

Heute sind Werte in einem geringeren Maß generell gültig, als sie es in historisch früheren Zeiten waren. Handlungen werden häufig nicht mehr dadurch legitimiert, dass sie allgemein verbindlichen Wertorientierungen

entsprechen, sondern dadurch, dass sie dem eigenen Selbst entsprechen. Das Selbst wird zur Basis für die Wahl von Werten. Werte tragen nicht zur Bildung des Selbst bei, sondern werden zu einem Ausdruck des inneren Selbst (BELLAH et al, 1985). Werte verlieren damit für die Affektregulation an Bedeutung. Das Richtige zu tun, kann als Puffer gegen Angst, Schuld, Sorgen und negative Gefühle wirken. Heute werden dagegen Werte nach ihren emotionalen Konsequenzen gewählt: "Gut ist, was sich gut anfühlt".

In seinem Identitätsmodell argumentiert BAUMEISTER (1986), dass das Selbst zunehmend komplexer und komplizierter wird, weil zentrale Identitätskomponenten - inhaltliche Aspekte des Selbst - durch komplexere Definitionsprozesse erworben werden (s. o.). Gleichzeitig wurde das Selbst zu einem überlasteten Bedeutungsträger, weil es sowohl die Bedürfnisse nach Erfüllung und Wirksamkeit befriedigt als auch die Basis für Werturteile darstellt (BAUMEISTER, 1987, 1991).

Das Leben bietet Menschen vielfältige Möglichkeiten, diese vier Bedürfnisse zu befriedigen. Menschen schöpfen aus vielen verschiedenen Dingen Sinn (DEBATS, 1996a, 1999; KAUFMAN, 1986; LUKAS, 1986). Persönliche Sinnsysteme unterscheiden sich allerdings interindividuell im Ausmaß der Differenziertheit und Integration. Menschen, die aus heterogenen Quellen Sinn schöpfen und ihre verschiedenen Sinnbedürfnisse befriedigen können, können Anforderungen und Krisen besser bewältigen als Menschen, die Sinn nur aus einzelnen oder wenigen Sinnquellen schöpfen, und damit anfälliger für Stress und Verluste sind (BAUMEISTER, 1991). Eine weitere Bedingung für die Tragfähigkeit solcher individuellen Sinnsysteme ist, dass sie nicht nur eine unzusammenhängende Sammlung einzelner Sinnelemente und Sinnerfahrungen sind, sondern ein kohärentes und widerspruchsfreies Ganzes formen. Ist das der Fall, tragen sie positiv zu Lebenszufriedenheit und Gesundheit bei (GRUSS & PÖHLMANN, 2004), während wenig kohärente Sinnkonstruktionen diese protektive Wirkung nicht haben (BIBBY, 1983).

Der Sinn des Lebens kann zum einen retrospektiv für das bisher Gewesene beurteilt werden. Sinnvoll finden Menschen ihr Leben dann, wenn positive Erfahrungen die negativen überwiegen, so dass sich eine positive Bilanz ergibt. Sinn ergibt sich auch aus dem Streben nach einer solchen positiven Bilanz (Gerber, 1994). Die zukunftsgerichtete Seite des Lebenssinns drückt sich darin aus, dass Menschen selbst gesetzte Ziele verfolgen, die ihnen lohnenswert und bedeutsam erscheinen.

Sinn und Salutogenese

ANTONOVSKY (1979, 1986, 1997) hat im Rahmen des Salutogenese-Paradigmas gezeigt, dass ein hohes Kohärenzgefühl gesundheitsfördernde und gesundheitserhaltende Effekte hat. Der Begriff "Kohärenzgefühl" bezeichnet eine Grundeinstellung, die Welt als zusammenhängend und sinnvoll erleben zu können, die eine Ressource im Umgang mit Stress und Belastung darstellt. Personen mit einem stark ausgeprägten Kohärenzgefühl haben das Gefühl, ihr Leben zu überschauen und es kontrollieren zu können. Sie verfolgen Ziele, können flexibel auf Stress reagieren und treiben ihre Entwicklung proaktiv voran. Eine derartige Lebenseinstellung wird als generelle Bewältigungsressource betrachtet, die widerstandsfähig gegenüber Belastungen macht.

Innerhalb des Kohärenzgefühls lassen sich die Komponenten Verstehbarkeit, Machbarkeit und Sinnhaftigkeit differenzieren. Verstehbarkeit bedeutet, dass die Person ihr Leben als geordnet, überschaubar und vorhersehbar empfindet und nicht als chaotisch und unkontrollierbar. Diese Vorstellung gilt für externe Reize und Ereignisse genauso wie für interne. Die Dimension Machbarkeit beinhaltet die optimistische Überzeugung, alltägliche oder krisenhafte Anforderungen aus eigener Kraft oder mit zuverlässiger Hilfe und Unterstützung anderer Menschen bewältigen zu können.

Sinnhaftigkeit ist die motivationale Komponente des Kohärenzgefühls; ANTONOVSKY betrachtet sie als die wichtigste Dimension des Kohärenzgefühls. Personen mit einem stark ausgeprägten Kohärenzsinn empfinden viele oder zumindest einige Bereiche ihres Lebens als sehr bedeutsam. Sinnhaftigkeit beinhaltet die Überzeugung, daß das eigene Leben einen Sinn hat und die Freude am Leben. Negative oder schwierige Ereignisse lösen nicht Verzweiflung aus, sondern werden als Herausforderungen betrachtet. Die Überzeugung, dass die Auseinandersetzung mit gestellten Anforderungen sich lohnt und das eigene Leben einen Sinn hat, stellt eine wesentliche Grundlage für Wohlbefinden und Gesundheit dar.

Physiologische Wirkmechanismen

RYFF und SINGER (1998) sehen Sinn und persönliches Wachstum als Kernkomponenten seelischer Gesundheit an und gehen davon aus, dass diese Faktoren sich auch auf die physische Gesundheit positiv auswirken. Sie beschreiben drei physiologische Wirkmechanismen, durch die sich positive Erfahrungen, wie sie das Erleben von Sinn und persönlicher Bedeutsamkeit darstellen, positiv auf

die psychische und die physische Gesundheit auswirken können: (1) Optimale Allostase, (2) Immunkompetenz und (3) asymmetrische cerebrale Aktivierung. Optimale Allostase ist der physiologische Zustand, der mit positiven Erfahrungen der Person einhergeht. Positive Zustände führen u. a. zur Ausschüttung von spezifischen Opioiden und erhöhter Dopaminaktivität im Gehirn, die ihrerseits wieder positive Emotionen fördern und negative vermindern (PANKSEPP 1981, 1993; DEPUE et al. 1994).

Dass Stress den Immunstatus und die Immunfunktionen beeinträchtigen kann, ist in einer Fülle von Studien beschrieben worden (z.B. GLASER & KIECOLT-GLASER, 1994). Dagegen wirken sich positive Emotionen, religiöse Überzeugungen, das erfolgreiche Streben nach Zielen und hoffnungsvolle Zukunftsvorstellungen positiv auf die Immunkompetenz aus. Personen, die tragfähige Sinnorientierungen haben und die Konfrontation mit einer schweren Krankheit als Anstoß zu persönlichem Wachstum verstehen können, bewältigen Krebserkrankungen und andere Autoimmunerkrankungen erfolgreicher (MELNECHUK, 1988). Eine Erklärung ist, dass diese Ressourcen dazu beitragen, dass Störungen bei physiologischen Regulationsprozesse verhindert werden. Ein optimales physiologisches Funktionsniveau moduliert andererseits Immunfaktoren und neuroendokrine Reaktionen auf Stress.

Der Begriff "asymmetrische cerebrale Aktivierung" beschreibt das Phänomen, dass die beiden Gehirnhemisphären asymmetrisch an der Erfahrung positiver und negativer Emotionen beteiligt sind. Während verminderte Aktivierung der linken präfrontalen Gehirnregion mit einer erhöhten Vulnerabilität für Depression assoziiert ist, geht erhöhte Aktivierung der linken präfrontalen Gehirnregion mit dispositionell positiver Grundstimmung einher (TOMARKEN et al., 1992) und mit Bewältigungsverhalten, das protektiv auf die Entwicklung von Depressionssymptomen wirkt. Personen mit einem geringeren Aktivierungsniveau in dieser Gehirnregion würden also beim Eintreten eines negativen Lebensereignisses eher eine Depression entwickeln, als Person mit einem höheren Aktivierungsniveau es nach diesem Ereignis tun würden.

RYFF und SINGER nehmen an, dass Sinnhaftigkeit kurzfristig positive Verhaltensmuster zum Beispiel im Bereich des Gesundheitsverhaltens fördert, die solche positiven, sich gegenseitig verstärkenden physiologisch-kognitiven Regelkreise entstehen lassen und aufrecht erhalten.

2. Stress, Leid und Wachstum

Das eigene Leben als sinnvoll betrachten zu können, ist nicht dasselbe wie Glück, auch wenn es empirisch einen schwachen positiven Zusammenhang gibt (EMMONS, 1999). Menschen streben sowohl im alltäglichen Leben wie auch in Ausnahmesituationen und schweren Lebenskrisen danach, die Sinnhaftigkeit der eigenen Existenz zu erfahren. Die Antworten auf die Frage nach dem Sinn des Lebens sind heute interindividuell sehr verschieden und immer subjektiv begründet (GERBER, 1994). Das Fehlen von "sicheren", generell gültigen Wegen zum Sinn des Lebens kann Verunsicherung auslösen und den einzelnen an seinem persönlichen Weg zweifeln lassen. Zusätzlich werden persönliche Sinnkonstruktionen auch durch kritische oder traumatische Lebensereignisse erschüttert, die den Betroffenen mit existenziellen Fragen konfrontieren.

Neben dem Erfahren von Wirksamkeit im zielgerichteten Handeln und der Orientierung an Werten, die auch BAUMEISTER als wesentliche Quellen von Sinn ansieht, nennt FRANKL (1963) Leiden als eine dritte Quelle von Sinn. Tragfähige Sinnorientierungen können die Auseinandersetzung mit leidvollen Erfahrungen fördern. Wichtig scheint dabei zu sein, dass es den Betroffenen gelingt, irgendeinen Sinn in den Ereignissen zu sehen. Diese Sinnerklärungen können ursachenorientiert sein oder die Auswirkungen des Ereignisses auf das weitere Leben betreffen.

Krankheitsbewältigung

Chronisch kranke Menschen, die tragfähige Sinnkonstruktionen haben, können ihre Krankheit besser bewältigen und sind zufriedener mit ihrem Leben (LUKAS 1998).

Entscheidend für eine gelingende Anpassung an die vielfältigen Anforderungen, die eine schwere Erkrankung mit sich bringt, ist eine Neuorganisation des Zielsystems der Betroffenen (FOLKMAN & STEIN, 1997). Denn kritische Lebensereignisse oder traumatische Erfahrungen verlangen von den Betroffenen ihre bisherigen Präferenzen und Lebensorientierungen zu reflektieren. Dazu gehört, nicht mehr erreichbare Ziele aufzugeben. Ein Ergebnis dieses Reflektionsprozesses kann eine Neuorientierung sein, die sich in der Entwicklung neuer Ziele ausdrückt. Eine andere mögliche Konsequenz ist, dass Menschen ihre bisherigen Ziele nach einem einschneidenden Ereignis

intensiver verfolgen, weil sie ihre Prioritäten neu definiert haben. Die Kontinuität, die mit dem Weiterverfolgen von bestehenden Zielsetzungen einhergeht, scheint die Anpassung an schwierige Anforderungen zu erleichtern. Ein weiterer Faktor, der das Gelingen der Anpassung fördert und sich günstig auf persönliches Wachstum auswirkt, ist das Verfolgen selbsttranszender, spiritueller Ziele, die EMMONS (1999) als "ultimate concerns" bezeichnet. "Ultimate concerns" sind Ziele von höchstem Wert, die im Zielsystem der Person eine zentrale Position einnehmen. Sie vermitteln die Erfahrung optimalen Funktionierens (FORD, 1994). Sie verbinden außerdem alltägliche Anliegen der Person mit alles übergreifenden Themen und sind selbsttranszendent, d.h. sie stellen eine Verbindung des Individuums mit größeren und komplexeren Einheiten her wie der Natur, dem Kosmos, der Menschheit oder einer höheren Macht. Wesentlich ist, dass die Person danach strebt, ihr Wissen darüber zu vertiefen und ihr alltägliches Handeln danach auszurichten.

Posttraumatisches Wachstum

Besonders durch traumatische Ereignisse kommt es häufig zu einer tiefgreifenden Erschütterung der bisherigen Lebenspläne und Wertorientierungen des Betroffenen. Die Verarbeitung eines Traumas beinhaltet oft das Aufgeben von vorher verfolgten Zielen, das Zweifeln an den eigenen Überzeugungen und den Zusammenbruch der Weltanschauung. Die Auseinandersetzung mit traumatischen Erfahrungen kann aber auch ein Anstoß zu persönlichem Wachstum sein. Diese Entwicklungsvorstellung formuliert das Konzept des posttraumatischen Wachstums (TEDESCHI, PARK & CALHOUN, 1998). Posttraumatisches Wachstum kann in drei Bereichen stattfinden, (a) dem Selbst des Betroffenen, (b) seinen Lebens- und Wertorientierungen, wozu auch religiöse und spirituelle Orientierungen gehören, (c) und im Bereich der zwischenmenschlichen Beziehungen. Positive Veränderungen im Bereich des Selbst beinhalten den Wandel der Perspektive vom Opfer zum Überlebenden, eine Zunahme an Selbstwirksamkeit durch die Bewältigung der traumainduzierten Belastung, aber auch die Sensibilität für die eigene Verletzbarkeit. Der zweite Bereich, in dem die Auseinandersetzung mit einem traumatischen Erlebnis zu einer Veränderung der bisherigen Vorstellungen führen kann, sind die Lebens- und Wertorientierungen der Person, z.B. auch ihre religiösen und spirituellen Orientierungen. Wachstum kann hier stattfinden durch das

Erkennen eigener Prioritäten und die Wertschätzung des Lebens, durch die Auseinandersetzung mit existenziellen Fragen und dem Sinn des Lebens, durch das Erwerben von Weisheit und als spirituelles Wachstum. Schließlich können mehr Selbstöffnung und emotionale Ausdrucksfähigkeit sowie ein stärkeres Mitfühlen und Unterstützen anderer zu positiven Veränderungen der zwischenmenschlichen Beziehungen des Betroffenen beitragen. Voraussetzung dafür, dass eine solche persönliche Weiterentwicklung angestoßen wird, ist, dass das Ereignis "seismisch", d.h. einschneidend genug war, die vorhandenen Einstellungen, Überzeugungen und Orientierungen tatsächlich zu erschüttern.

Der Sinn des Lebens als Thema in der Psychotherapie

FRANKLs logotherapeutischer Ansatz (FRANKL, 1981, 1986, 1994) sieht die Unterstützung des Strebens nach Sinn als zentrales Thema von Psychotherapie. Humanistische Ansätze (z.B. ROGERS, 1951), die Selbstaktualisierung und persönliches Wachstum als Zielvorstellung haben, betrachten das Verfolgen von langfristigen, persönlich bedeutsamen Zielen, die mehr beinhalten als die unmittelbare Bedürfnisbefriedigung, als Weg der aktiven sinnhaften Lebensgestaltung. In der Selbstmanagement-Therapie (KANFER, REINECKER & SCHMELZER, 1991) ist die Ziel- und Wertklärung, in der es darum geht, die Passung zwischen Therapiezielen und Lebenszielen des Klienten zu analysieren, ein zentraler Bestandteil von Interventionen. Sinnorientierte Beratungsansätze (z. B. WONG, 1998b) unterstützen die Sinnfindung in schwierigen oder ausweglosen Lebenssituationen. Ein Weg dazu ist die Identifikation von persönlich bedeutsamen Anliegen, die die Person trotz bestehender physischer, psychischer oder materieller Einschränkungen erfolgreich realisieren kann. Die Entwicklung von lohnenden Zielsetzungen, ihre Realisierung durch aktives Handeln der Person und damit eine proaktive selbst bestimmte Lebensgestaltung sind Charakteristika, die in all diesen Ansätzen enthalten sind.

Studien zu Sinnorientierungen von Personen, die aufgrund psychischer Störungen psychotherapeutisch behandelt wurden, haben gezeigt, dass sie ebenso viele sinnstiftende Dinge nennen wie Gesunde. Psychotherapie-Klienten fühlen sich allerdings weniger an diese sinnstiftenden Elemente gebunden. Patienten, deren Sinnorientierungen ihrem Leben weniger Struktur und Erfüllung verliehen, erzielten im Verlauf einer Psychotherapie auch weniger Fortschritte (DEBATS, 1996a, 1996b, 1999; DEBATS, DROST & Hansen, 1995).

Inhaltlich finden sich in den Sinnkonstruktionen von Patienten im Vergleich zu denen Gesunder mehr Elemente, die kurzfristige und flüchtige Erfüllungserlebnisse beschreiben und weniger Elemente, die eine Orientierung an langfristigen und stabilen Wertvorstellungen ausdrücken. In den Sinnkonstruktionen von Patienten kommen außerdem weniger Elemente vor, die Wirksamkeitserfahrungen ausdrücken, und mehr Beschreibungen, die das Streben nach Selbstwert thematisieren. Ihre persönlichen Sinnkonstruktionen sind inhaltlich weniger differenziert, was bedeutet, dass sie Sinn aus wenigen, gleichartigen Quellen schöpfen. Ihre einzelnen Sinnelementen sind außerdem weniger miteinander verbunden und ihre Sinnkonstruktionen werden auch von unabhängigen Beurteilern als weniger gut integriert und weniger tragfähig beurteilt (KLEINEN, GRUSS, JORASCHKY & PÖHLMANN, 2005).

3. Die Erfassung von individuellen Sinninhalten und Sinnorientierungen

Phänomenologische Ansätze

Bei der Erfassung des Konzeptes "Sinn des Lebens" wurden bisher vor allem Inhalte und das Ausmaß der Bindung an diese Inhalte erfasst. Eine Reihe von Studien hat gezeigt, dass Menschen aus vielfältigen Quellen Sinn schöpfen (BATTISTA & ALMOND, 1973; DEBATS; 1996A, 1996B, 1999; EBERSOLE & DE VOGLER, 1980). BATTISTA und ALMOND (1973) differenzierten inhaltlich sechs Lebensorientierungen: Verstehen, Interpersonalität, Soziales Engagement, Er rungenschaften, Expressivität und Ethik. DE VOGLER und EBERSOLE (1980) identifizierten auf der Basis ihrer Untersuchung, die Sinnaussagen von Studenten analysierte, folgende acht Sinnkategorien: Verstehen, Beziehung, Dienen, Glaube, Ausdruck, Erwerb, Wachstum und hedonistische Bestrebungen. Ähnliche Taxonomien für die inhaltliche Kategorisierung individueller Sinninhalte wurden von DEBATS (1996b) und GRUSS und PÖHLMANN (2004) erstellt. Für Wohlbefinden und Glück spielt allerdings nicht die Anzahl der Sinnquellen eine Rolle, sondern entscheidend ist die Bindung der Person an ihre Sinnelemente und das Gefühl, dass sie dem eigenen Leben einen festen Rahmen geben (BATTISTA & ALMOND, 1973).

Individuelle Sinnbeschreibungen können nicht nur nach den thematisierten Lebensbereichen kategorisiert werden, sondern auch nach den darin ausgedrückten Sinnbedürfnissen (KLEINEN, GRUSS, JORASCHKY & PÖHLMANN, 2005).

Persönliche Sinnkonstruktionen unterscheiden sich interindividuell hinsichtlich der Bedeutung der vier Sinnquellen. Tabelle 1 enthält Beispiele dafür, welche Dinge, Erfahrungen dazu beitragen, dass Menschen ihr Leben als sinnvoll und bedeutsam ansehen, und welche Sinnbedürfnisse dadurch erfüllt werden.

Tabelle 1: Beispiele für individuelle Sinnelemente von Psychotherapieweiterbildungskandidaten, kategorisiert nach Baumeisters (1991) Sinnbedürfnissen

Kandidat R.

- Arbeit, in der ich die Erfahrung machte, etwas leisten zu können (Wirksamkeit)
 - Liebe spüren und zurück geben (Erfüllung)
 - im Gebet (Erfüllung)
 - in intensiven Glückserfahrungen in der Natur (Erfüllung)
 - wenn ich ein schwieriges Ziel erreichen konnte, das ich mir gesteckt hatte (Ziele)
 - wenn ich daran denke, daß ich einmal Kinder haben will (Ziele)
 - wenn ich in der Begegnung mit Musik, Theater oder Literatur einen neuen Anstoß erhalte (Wirksamkeit)
 - wenn ich richtig glücklich bin, z. B. wenn ich mit Freunden feiere (Erfüllung)
 - wenn ich merke, dass ich für andere wichtig bin (Selbstwert)
-

Standardisierte Verfahren zur Erfassung von Sinn

Ein anderer Ansatz ist die Erfassung von individuellen Sinnkonstruktionen durch standardisierte Selbsteinschätzungsverfahren. Beispiele für solche Fragebögen sind der Purpose in Life Test (CRUMBAUGH, 1968), der Life Regard Index (BATTISTA & ALMOND, 1973) oder das Personal Meaning Profile

(WONG 1998a). Der Purpose in Life Test (CRUMBAUGH, 1968) erfasst anhand von 20 Aussagen die Stärke des subjektiven Sinnempfindens. Hohe Werte drücken aus, dass die Person Ziele hat, und die Überzeugung, dass ihr Leben eine Richtung und einen Sinn hat. Niedrige Werte bedeuten, dass die Person nur wenige Ziele und keine positive Lebensperspektive hat und ein Gefühl von Sinnlosigkeit erlebt.

Der Life Regard Index (BATTISTA & ALMOND, 1973) erfasst Struktur und Erfüllung als wesentliche Komponenten einer positiven Lebensorientierung. Die Dimension Struktur bildet ab, inwieweit die Person eine Weltanschauung oder Lebensphilosophie hat, die dem eigenen Leben Struktur gibt und eine Art Rahmen darstellt, innerhalb dessen Lebensziele formuliert werden. Die Dimension Erfüllung beschreibt, in welchem Maß die Person das Gefühl hat, nach ihrer Lebensphilosophie leben und ihre Lebensziele erreichen zu können. Im Personal Meaning Profile (WONG, 1998a) werden Sinnvorstellungen als naive Theorien der Probanden erfasst. Anhand der Frage, was idealerweise ein sinnvolles Leben ausmacht, wird ein prototypisches Sinnprofil erstellt. Faktoranalytisch wurden sieben Sinnkategorien identifiziert: Leistung, Beziehung, Religion, Selbsttranszendenz, Selbstakzeptanz, Intimität, and Fairness. Diese Idealeinschätzungen können mit dem, was tatsächlich im Leben der Person vorhanden ist, in Beziehung gesetzt werden, so dass Aussagen über den Erfolg des Sinnstrebens der Person möglich werden.

Struktur und Kohärenz von individuellen Sinnorientierungen

Ein dritter Ansatz ist die Erfassung individueller Sinnorientierungen anhand eines idiografischen Vorgehens, das standardisierte Fremdeinschätzungen der Elaboriertheit und Kohärenz individueller Sinnkonstruktionen ermöglicht. Die Fremdeinschätzungen bewerten vier strukturelle Merkmale von individuellen Sinnkonstruktionen, die beschreiben, wie einzelne Sinnelemente zu einem kongruenten, tragfähigen Sinnsystem verknüpft werden (GRUSS & PÖHLMANN, 2004; PÖHLMANN, GRUSS & JORASCHKY, 2005). Die vier strukturellen Merkmale sind: (1) Zugänglichkeit (Anzahl der genannten Sinnelemente), (2) Differenziertheit (Anzahl inhaltlich verschiedener Elemente), (3) Elaboriertheit (Anzahl der Verknüpfungen zwischen den Elementen) und (4) Kohärenz (Fremdeinschätzung der Integration und Tragfähigkeit der Konstruktion). Es zeigte sich, dass Personen, deren Sinnsysteme inhaltlich differenzierter waren, d.h. dass sie Sinn aus verschiedenartigen Quellen

schöpften, und die mehr Verknüpfungen zwischen ihren einzelnen Sinnelementen herstellen konnten, ein höheres Kohärenzgefühl aufwiesen und zufriedener mit ihrem Leben waren. Ihre Sinnsysteme wurden außerdem auch von einem unabhängigen Beurteiler als kohärenter, widerspruchsfreier und tragfähiger eingeschätzt (GRUSS & PÖHLMANN, 2004). Die Fremdeinschätzung der Kohärenz wies eine hohe Korrelation mit dem Kohärenzgefühl von ANTONOVSKY auf, das durch den Sense of Coherence Fragebogen erfasst wurde.

Zusammenfassung

Persönliche Sinnkonstruktionen sind ein zentrales Element der Identitätsdefinition, die durch den Selbstdefinitionsprozess der notwendigen Wahlen erworben werden. Sie beruhen auf einer aktiven Konstruktionsleistung des einzelnen. Sinnkonstruktionen sind damit immer individuell und bezogen auf die aktuelle Lebenssituation der Person. Das Streben nach Sinn dient der Befriedigung des Bedürfnisses nach Zielgerichtetheit, Werten, Selbstwert und Wirksamkeit. Die Überwindung von Leid stellt eine weitere Quelle von Sinnerfahrungen dar. Gelingende Sinnkonstruktion und persönliches Wachstum durch die Konfrontation mit existenziellen Fragen, wie sie zum Beispiel durch eine schwere Erkrankung ausgelöst werden, wird gefördert, wenn die Person neue Ziele entwickeln kann oder im neu fokussierten Streben nach bereits bestehenden Anliegen Kontinuität findet. Auch so genannte ultimative Ziele, die Selbsttranszendenz beinhalten, fördern die Überwindung von Krisen. Eine Reihe von empirischen Studien zeigte, dass persönliche Sinnkonstruktionen dann tragfähiger sind, wenn die Person aus heterogenen Quellen Sinn schöpfen und ihre verschiedenen Sinnbedürfnisse befriedigen kann. Ein weiteres Kennzeichen gelingender Sinnkonstruktion ist, dass es der Person gelingt, ihre einzelnen Sinnelemente zu einem kohärenten, widerspruchsfreien Sinnsystem zu verknüpfen.

The Individual Meaning in Life and Its Salutogenesis

Karin Pöhlmann, Peter Joraschky (Dresden, Germany)

VIKTOR FRANKL's and AARON ANTONOVSKY's work on concentration camp survivors demonstrated the significance of personal meaning orientations for overcoming adversities and achieving well-being and happiness. Meaning orientations and personal growth are considered to be core components of mental health and are also positively related to physical health (RYFF & SINGER, 1998).

Yet, meaning is not an inherent quality of life, it has to be actively developed by making choices and forming commitments. In order to evaluate one's life as meaningful BAUMEISTER (1991) assumes that it is necessary to experience purpose, efficacy, value, and self-worth. A sense of purpose is provided by striving successfully for relevant goals and by pursuing somewhat more elusive fulfilment experiences. A sense of value is achieved by considering oneself as good and justified in one's actions. Efficacy includes feeling effective, capable and in control of one's life even if that control is illusionary. People feel positive about their lives when they have multiple sources of self-esteem. Having multiple means to satisfy these sources of meaning makes life appear more secure while relying on merely a few sources makes you more vulnerable to threats and losses.

However, pluralistic Western societies do not offer fixed formulas for the problem of life's meaning nor do they automatically equip people with a sense of purpose, efficacy, value, and self-worth. The wide array of potential sources of purpose, efficacy, value, and self-worth requires that people decide individually what makes their life meaningful. Most individuals derive meaning from several sources and domains (DEBATS, 1996a, 1996b, 1999; KAUFMAN, 1986; LUKAS, 1986). Yet, empirical studies repeatedly found that the mere number of sources of meaning does not account for well-being. It is rather the intensity of the commitment to these sources (BATTISTA & ALMOND, 1973) and the sense of fulfilment they provide (DEBATS, 1996b; SHEK, 1991) that result in a sense of well-being and happiness. The networks people create out of what society offers as potential sources of meaning differ in their degree of complexity and integration. These construals often fail to form a coherent meaning system, but merely resemble patchwork collections of unrelated elements

(BIBBY, 1983). Having a meaningful life is not the same as being happy but meaning is a necessary prerequisite for happiness. A sense of purpose in life is related to psychological well-being as well as to somatic health. RYFF and SINGER (1998) consider meaning and purpose to be crucial dimensions of well-being. They describe three physiological pathways between positive experiences and mental and physical health: optimal allostasis, immune competence, and asymmetric cerebral activation.

Meaning Through Suffering

Overcoming critical life events or severe adversities is another path to meaning (FRANKL, 1963). The confrontation with life events such as being diagnosed with a chronic illness or being confronted with a traumatic event may make the individual doubt his or her beliefs but it may also provide him or her with a renewed sense of purpose and incite personal growth. Life situations that tax the person's resources and beliefs often lead to a reorganisation of his or her goal system. Possible consequences are the disengagement from goals that have become unattainable or the development of new life goals. A third outcome is the continuation of goal contents and an increased intensity in striving for one's concerns as a result of a new focus and clear priorities of what is important in life. Striving for ultimate concerns also promotes adaptation to crises. Ultimate concerns are self-transcendent goals that connect every day concerns to higher, all-encompassing principles (EMMONS, 1999).

The concept of posttraumatic growth (TEDESCHI, PARK & CALHOUN, 1998) argues that restructuring one's life orientations and reflecting on what makes life meaningful is part of the recovery process of overcoming traumatic experiences. Positive changes can occur in the person's outlook on life, her self and in interpersonal relationships.

Changes in life orientations and values can include an increased appreciation of life, a higher awareness of one's priorities, or a gain of knowledge on existential questions of life and wisdom. Potential changes in the self can be a strengthened sense of efficacy as a result of dealing with the trauma as well as an awareness of one's vulnerability. In the area of social relationships increases in self-disclosure and empathy can improve the quality of interpersonal relationships.

FRANKL's (1994) logotherapeutic approach, as well as humanistic (Rogers, 1951) and cognitive behavior therapies (KANFER, REINECKER & SCHMELZER,

1991) consider meaning and purpose to be an essential theme of psychotherapeutic interventions.

Analyses of personal meaning systems have found that patients do not differ from healthy individuals in the number of things they derive meaning and a sense of purpose from but that they are less committed to their meaning elements (DEBATS 1999). In terms of the four needs for meaning, patients' meaning construals contain more elements that express short-term fulfilment experiences and the striving for self-worth, while they contain less elements expressing values and efficacy experiences. Their meaning systems were also found to be less differentiated, less elaborated, and less coherent. Patients derived meaning from less diverse sources and their single meaning elements were less well connected to each other. Their meaning systems were also evaluated as less coherent and less integrated by an external rater (KLEINEN, GRUSS, JORASCHKY & PÖHLMANN, 2005)

Meaning Assessment

DE VOGLER & EBERSOLE (1980) focused on the content of meaning. Their objective was to identify reliable and stable meaning categories. Based on what a sample of students considered to be important meaning elements, eight categories of meaning were identified: understanding, relationship, service, belief, expression, obtaining, growth and existential-hedonistic strivings. Similar taxonomies of meaning contents were developed by DEBATS (1996a, 1996b) and GRUSS and PÖHLMANN (2004).

Quantitative self-report measures like the Purpose in Life test (CRUMBAUGH, 1968) assess how strongly a person experiences a sense of meaning or purpose in life. High scores represent having goals, and a sense of direction and meaning in life. Low scores indicate a lack of meaning, few goals and hardly any meaningful outlooks in life.

BATTISTA and ALMONDS (1973) Life Regard Index differentiates framework and fulfilment as two crucial components of a positive life regard. Framework refers to having an overarching sense of perspective about one's life, a philosophy of life, or a direction defined from a set of life goals spawned by this perspective. The second dimension of fulfilment refers to the extent people view themselves as fulfilling the framework or having accomplished their life goals.

The Personal Meaning Profile (WONG, 1998a) was developed based on an implicit theories approach. By asking participants what ideally comprises a meaningful life, a prototypical structure of meaning contents is identified. By means of factor analysis seven meaning categories were identified: Achievement, relationship, religion, self-transcendence, self-acceptance, intimacy, and fair treatment. The person's ratings of what ideally pertains to a life of purpose can be compared to the degree to which these elements are actually present in her life.

Another approach which assesses the complexity and elaboration of individual construals of meaning combines qualitative elements with quantitative measures which represent four structural properties of personal meaning construals: the accessibility of meaning-related knowledge, the degree of differentiation and elaboration of individual meaning construals, and their coherence. Differentiation, elaboration, and coherence measures of individual meaning construals were found to correlate with somatic and mental health and well-being and were a significant predictor of life satisfaction (GRUSS & PÖHLMANN, 2004; PÖHLMANN, GRUSS & JORASCHKY, 2005).

Literatur

- Antonovsky, A. (1979): Health, stress, and coping: New perspectives on mental and physical well-being. San Francisco: Jossey-Bass
- Antonovsky, A. (1987): Unraveling the mystery of health. How people manage stress and stay well. San Francisco: Jossey-Bass
- Antonovsky, A. (1997): Salutogenese: Zur Entmystifizierung der Gesundheit (Dt. erw. Aufl. hrsg. von Alexa Franke). Tübingen: dgvt-Verlag
- Battista, J.; Almond, R. (1973): The development of meaning in life. *Psychiatry*, 36: 409-427
- Baumeister, R.F. (1986): Identity. Cultural change and the struggle for self. New York, Oxford: Oxford University Press
- Baumeister, R.F. (1987): How the self became a problem: A psychological review of historical research. *Journal of Personality and Social Psychology* 52: 163-176
- Baumeister, R.F. (1991): Meanings of life. New York, London: The Guilford Press
- Bellah, R.N.; Madsen, R.; Sullivan, W.M.; Swidler, A.; Tipton, S.M. (1985): Habits of the heart: Individualism and commitment in American life. Berkeley: University of California Press
- Bibby, R.W. (1983): Searching for the invisible thread: Meaning systems in contemporary Canada. *Journal of the Scientific Study of Religion* 22: 101-119
- Crumbaugh, J. C. (1968): Cross-validation of purpose-in-life test based on Frankl's concepts. *Journal of Individual Psychology* 24: 74-81
- De Vogler, K.L.; Ebersole, P. (1980) : Categorization of college students' meaning of life. *Psychological Reports* 46: 387-390

- Debats, D.L. (1996a): Meaning in life: Clinical relevance and predictive power. *British Journal of Clinical Psychology* 35: 503-516
- Debats, D.L. (1996b): Meaning in life: Psychometric, clinical and phenomenological aspects. Enschede, NL: FEBO Druk
- Debats, D.L. (1999): Sources of meaning: An investigation of significant commitments in life. *Journal of Humanistic Psychology* 39: 30-57
- Debats, D.L.; Drost, J.; Hansen, P. (1995): Experiences of meaning in life: A combined qualitative and quantitative approach. *British Journal of Psychology* 86: 359-375
- Depue, R.A.; Luciana, M.; Arbisi, P.; Collins, P.; Leon, A. (1994): Dopamine and the structure of personality: Relation of agonist-induced dopamine activity and positive emotionality. *Journal of Personality and Social Psychology* 67: 485-498
- Ebersole, P. (1998). Types and depth of written life meaning. In: P.T.P Wong ; P.S. Fry (Eds.): *The human quest for meaning: A handbook of psychological research and clinical applications*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum, pp. 179-192
- Emmons, R.A. (1999): *The psychology of ultimate concerns. Motivation and spirituality in personality*. New York, London: The Guilford Press
- Folkman, S; Stein, N.L. (1997): Adaptive goal processes in stressful events. In: N. Stein; P.A. Ornstein; B. Tversky; C Brainerd (Eds.): *Memory for every day and emotional events*. Hillsdale, NJ: Erlbaum, pp. 113-137
- Ford, M.E. (1994). A living systems approach to the integration of personality and intelligence. In: R.J. Sternberg; R. Puzgis (Eds.): *Personality and intelligence*. New York: Cambridge University Press, pp. 188-217
- Frankl, V. E. (1963): *Man's search for meaning*. New York: Simon and Schuster
- Frankl, V.E. (1981): *Die Sinnfrage in der Psychotherapie*. München: Piper
- Frankl, V.E. (1986): *Der Mensch vor der Frage nach dem Sinn* (5. Aufl.). München: Piper
- Frankl, V.E. (1994): *Logotherapie und Existenzanalyse: Texte aus sechs Jahrzehnten* (neue, erw. Ausg.). Berlin, München: Quintessenz
- Gerber, W. (1994): *The meaning of life: Insights of the world's great thinkers*. Amsterdam: Editions Rodopi
- Glaser, R.; Kiecolt-Glaser, J.K. (Eds.) (1994): *Handbook of human stress and immunity*. San Diego, Cal.: Academic Press
- Gruß, B.; Pöhlmann, K. (2004): *Die Bedeutung individueller Sinnkonstruktion für die psychische und physische Gesundheit*. Lage: Verlag Hans Jacobs
- Kanfer, F.H.; Reinecker, H.; Schmelzer, D. (1991): *Selbstmanagement-Therapie*. Berlin: Springer
- Kaufman, S.R. (1986): *The ageless self. Sources of meaning in late life*. Madison, Wisconsin: The University of Wisconsin Press
- Kleinen, E.; Joraschky, P.; Gruß, B.; Pöhlmann, K. (2005): Sinnkonstruktionen von Psychosomatikpatienten und Gesunden. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie* 55: 136
- Lasch, C. (1978): *The culture of narcissism*. New York: Norton
- Lukas, E. (1986): *Meaningful Living*. New York: Grove Press
- Lukas, E. (1998): The meaning of life and the goals in life for chronically ill people. In: P.T.P Wong ; P.S. Fry (Eds.): *The human quest for meaning: A handbook of psychological research and clinical applications*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum, pp. 307-316
- Maslow, A.H. (1968): *Toward a psychology of being*. New York: Van Nostrand
- Melnechuk, T (1988): Emotions, brain, immunity, and health: A review. In: M. Clynes; J. Panksepp (Eds.): *Emotions and psychopathology*. New York: Plenum, pp. 181-247
- Panksepp, J. (1981): Brain opioids - a neurochemical substrate for narcotic and social dependence. In: S. Cooper (Ed.): *Theory in psychopharmacology*. Academic Press: New York, pp. 149-175
- Panksepp, J. (1993): Neurochemical control of moods and emotions: Amino acids to neuropeptides. In: M. Lewis; J.M. Haviland (Eds.): *Handbook of emotions*. New York: Guilford, pp. 87-106

- Pöhlmann, K.; Gruß, B.; Joraschky, P. (2005): Accessibility, differentiation, elaboration, and coherence as structural properties of personal meaning construals - A new approach to measuring meaning of life. Manuscript under review.
- Rogers, C. (1951): Client-centered therapy: Its current practice, implications, and theory. Boston: Houghton Mifflin
- Ryff, C.D.; Singer, B. (1998): The role of purpose in life and personal growth in positive human health. In: P.T.P Wong ; P.S. Fry (Eds.): The human quest for meaning: A handbook of psychological research and clinical applications. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum, pp. 213-236
- Seligman, M.E.P.; Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive Psychology: An introduction. *American Psychologist* 55: 5-14
- Shek, D. T. (1991): Meaning in life and psychological well-being: An empirical study using the Chinese version of the purpose in life questionnaire. *Journal of Genetic Psychology* 153: 185-200
- Tedeschi, R.G.; Park, C.L.; Calhoun, L.G. (Eds.) (1998): Posttraumatic growth: Positive changes in the aftermath of crisis. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum
- Tomarken A.J.; Davidson, R.J.; Wheeler, R.E.; Doss, R.C. (1992): Individual differences in anterior brain asymmetry and fundamental dimensions of emotion. *Journal of Personality and Social Psychology* 62: 676-687
- Wong, P. T. P. (1998a). Implicit theories of meaning and the Personal Meaning Profile. In: P.T.P Wong ; P.S. Fry (Eds.): The human quest for meaning: A handbook of psychological research and clinical applications. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum, pp. 111-140
- Wong, P. T. P. (1998b). Meaning-centered counseling. In: P.T.P Wong ; P.S. Fry (Eds.): The human quest for meaning: A handbook of psychological research and clinical applications. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum, pp. 395-435
- Wong, P.T.P.; Fry, P.S. (Eds.) (1998): The human quest for meaning: A handbook of psychological research and clinical applications. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum

Adresse der Autoren:

c / o Karin Pöhlmann
 Universitätsklinik für Psychotherapie und Psychosomatik
 Fetscherstr. 74
 01307 Dresden

Karin.Poehlmann@mailbox.tu-dresden.de

Curriculum Vitae

John Carleton, MD, started a Therapeutic Community on a U.S. Army psychiatric ward after reading Maxwell Jones' "Therapeutic Community" in 1953. He helped to organize and is the psychiatrist involved in a social support network of psychiatric patients, which has been active in Santa Barbara since 1969. Dr. Carleton is a Distinguished Life Fellow of the American Psychiatric Association, a Fellow of the American College of Psychiatrists, The American College of Physicians and served as the President of The World Association for Social Psychiatry and The American Association for Social Psychiatry.

John Carleton, Dr.med., gründete eine therapeutische Gemeinschaft in einer psychiatrischen Krankenhausabteilung der amerikanischen Armee, nachdem er 1953 die "Therapeutische Gemeinschaft" von Maxwell Jones gelesen hatte. Er half in dieser Organisation und ist als Psychiater an einem sozialen Unterstützungsnetz psychiatrischer Patienten beteiligt, das seit 1969 in Santa Barbara aktiv ist. Dr. Carleton ist "Distinguished Life Fellow of the American Psychiatric Association", Mitglied des "American College of Psychiatrists" und des "American College of Physicians". Er diente als Vorsitzender (bzw.: er war Präsident) der "World Association for Social Psychiatry" und der "American Association of Social Psychiatry".

Egon Fabian, MD, is Medical Director of the Hospital Mengerschwaige in Munich, Germany. He received his medical education at the University of Tel-Aviv, Israel and his psychoanalytic training at the German Academy for Psychoanalysis (DAP). He is Specialist in Neurology, Psychiatry and Psychotherapeutic Medicine, Group Analyst and Training Analyst. His functions include the position of Executive Secretary of the DAP. His research fields are the links between psychotherapy and group dynamics, psychosomatics, the Oedipus Complex, humor in psychotherapy, as well as ethical issues.

Egon Fabian, Dr.med. (Univ. Tel-Aviv/Israel) ist Chefarzt der Klinik für Dynamische Psychiatrie Mengerschwaige in München. Nach seinem Medizinstudium in Tel-Aviv erhielt er in Deutschland die Facharztausbildung für

Neurologie und Psychiatrie bzw. für Psychotherapeutische Medizin und die Ausbildung zum Psychoanalytiker bei der Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP) in München. Er ist Gruppenpsychoanalytiker und Lehranalytiker, sowie Supervisor für Psychotherapie und Psychoanalyse. Er ist Exekutivsekretär der Deutschen Akademie für Psychoanalyse. Seine Hauptinteressen beinhalten das Gebiet der Verbindung zwischen Psychotherapie und Gruppendynamik, der Psychosomatik, des Ödipuskomplexes, der Ethik und des Humors in der Psychoanalyse.

Matthias Krisor, MD, Clinical Psychologist/Psychotherapist (BDP), specialised medical training in neurology, psychiatry, and psychotherapy. Conductor of Balint groups (German Balint Society), supervisor at the psychological institute of the Ruhr University Bochum. Since 1979 medical director of the community psychiatry St. Marien-Hospital Eickel in Herne. Focus of work: Theory and practice of the reform and community psychiatry; concept of man, concept of illness, and violence in psychiatry; transfer of elements of the French Institutional Psychotherapy into the German community psychiatry; implementing of reform psychiatry approaches in the community. Various publications and papers about reform and community psychiatry with the focus on avoidance of violence; monographs: "Towards a violence-free psychiatry. Discussing the model of Herne" (1992) and "A place in the community. Developing and implementing of an open psychiatry" (2005).

Matthias Krisor, Dr. med., Diplompsychologe, Facharzt für Neurologie und Psychiatrie/Psychotherapie, Klinischer Psychologe/Psychotherapeut (BDP), Balintgruppen-Leiter (Deutsche Balint-Gesellschaft), Supervisor am Psychologischen Institut der Ruhr-Universität Bochum. Seit 1979 Leitender Arzt der gemeindepsychiatrischen Klinik am St. Marien-Hospital Eickel in Herne. Arbeitsschwerpunkte: Theorie und Praxis der Reform- und Gemeindepsychiatrie; Arbeiten zu Menschenbild, Krankheitsbegriff und Gewalt in der Psychiatrie; Übertragung von Elementen der französischen Institutionellen Psychotherapie in die deutsche Gemeindepsychiatrie; Verankerung reformpsychiatrischer Ansätze in der Gemeinde. Vielfältige Publikationen und Vorträge zur Reform- und Gemeindepsychiatrie mit Schwerpunkt der Gewaltvermeidung; Monographien: "Auf dem Weg zur gewaltfreien

Psychiatrie. Das Herner Modell im Gespräch" (1992) und "Aufgehoben in der Gemeinde. Entwicklung und Verankerung einer offenen Psychiatrie" (2005).

Hans-Joachim Maaz, MD., Medical Specialist for psychiatry and psychotherapy, Medical Specialist for psychosomatic medicine and psychotherapy, Psychoanalyst, Medical Director of the "Clinic for Psychotherapy and Psychosomatics" in Halle, President of the German Society for Analytic Psychotherapy and Depth Psychology (DGAPT), President of the Chorin Institute of Depth Psychology and Psychosocial Prevention (DGAPT). Active publisher of psycho-political topics, among others: "The Accumulation of Feeling-a Psychogram of the German Democratic Republic", "The Precipitated Nation-The Unfortunate Unity", "The Indignation-Germany, Germany, Stasi, Guilt and Scapegoat", "Oneness begins with two" (Moeller / Maaz), "The Lilith-complex -The dark sides of motherliness"

Hans-Joachim Maaz, Dr. med, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Psychoanalytiker, Chefarzt der Klinik für Psychotherapie und Psychosomatik im Diakoniewerk Halle, Vorsitzender der Deutschen Gesellschaft für analytische Psychotherapie und Tiefenpsychologie e.V. (DGAPT), Vorsitzender des Choriner Instituts für Tiefenpsychologie und psychosoziale Prävention Publizistisch tätig zu "psychopolitischen" Themen, u.a "Der Gefühlsstau - ein Psychogramm der DDR", "Das gestürzte Volk - Die unglückliche Einheit", "Die Entrüstung - Deutschland, Deutschland Stasi, Schuld und Sündenbock", "Die Einheit beginnt zu zweit" (Moeller / Maaz), "Der Lilith-Komplex - Die dunklen Seiten der Mütterlichkeit".

Prof. N.G. Neznanov was born in 1954 in St.Petersburg (Russia). In 1978 he graduated from the St.Petersburg I.P.Pavlov Medical University, completed in 1983 specialization and post-graduate training programmes at the University's Department of Psychiatry and Narcology and in 1994 defended his doctoral thesis. Since 1983 to present day he has worked at the mentioned Department as assistant, assistant professor and since 1995 as Head of the Department. Since 2002 he is also Director of the St. Petersburg V.M. Bekhterev Psychoneurological Research Institute. In 1995-2000 he was President of the

Psychiatric Society of St. Petersburg und der St. Petersburger Region. Since 2000 he is Chief Psychiatrist of the St. Petersburg Region and member of the Presidium of the Russian Psychiatric Society. Since the year 2005 he is president of the WADP.

Prof. N.G. Neznanov, geb. 1954 (St. Petersburg, Russia), 1978 Abschluß des Medizinstudiums an der St. Petersburg I.P. Pavlov Medical University, Facharztausbildung und post-graduate Training Programme an der Universitäts-Abteilung für Psychiatrie und Narkologie, seit 1995 deren Direktor. 1994 Habilitation über Aggression bei psychisch Kranken. Seit 2002 außerdem Direktor des St. Petersburger V.M. Bekhterev Institutes für Psycho-neurologische Forschung. Von 1995-2000 war er Präsident der "Psychiatric Society von St. Petersburg und der St. Petersburger Region. Seit 2000 ist er leitender Psychiater der St. Petersburger Region und Mitglied des Vorstands der Russischen Psychiatrischen Gesellschaft. Seit dem Jahre 2005 ist er Präsident der WADP.

Thomas Simmich, MD, is assistant medical director of the "Clinic for Psychotherapy and Psychosomatics" at the University Clinic Carl Gustav Carus in Dresden. He is Medical Specialist for psychotherapeutic medicine, Neurologist and Psychoanalyst. His work emphases are inpatient psychotherapy and psychotherapeutic crisis intervention. His research interests are psychotherapeutic process research, crisis intervention, group psychotherapy and psychosomatic questions regarding dermatology and stomatology.

Thomas Simmich, Dr. med. ist Oberarzt der Klinik für Psychotherapie und Psychosomatik am Universitätsklinikum Carl Gustav Carus Dresden. Er ist Facharzt für Psychotherapeutische Medizin, Nervenarzt und Psychoanalytiker. Arbeitsschwerpunkte sind die stationäre Psychotherapie und psychotherapeutische Krisenintervention. Seine Forschungsschwerpunkte sind psychotherapeutische Prozessforschung, Krisenintervention, Gruppenpsychotherapie und psychosomatische Fragestellungen in Dermatologie und Stomatologie.

Karin Pöhlmann, PhD, studied psychology at the university of Erlangen-Nuremberg, where she was then assistant and associate professor at the department of developmental and instructional psychology from 1993 to 2001.

She was certified as a behaviour therapist in 1999. Since 2002 she runs the department of health psychology and psychotherapy research at university hospital for psychotherapy and psychosomatic medicine in Dresden. Her main research topics are life themes and life goals, the changes in self regulation processes in the course of psychotherapy, personal meaning systems, and body image and self concept.

PD Dr. phil. Karin Pöhlmann: Studium der Psychologie an der Universität Erlangen-Nürnberg. 1992 Promotion zum Dr. phil. Zum Thema "Effektive Krankheitsbewältigung Tumor - HIV - Dialyse". Von 1993 bis 2001 Wissenschaftliche Assistentin und Oberassistentin am Lehrstuhl für Entwicklungs- und Pädagogische Psychologie (Prof. Dr. Erhard Olbrich) der Universität Erlangen-Nürnberg. 1999 Approbation zur Psychologischen Psychotherapeutin (Verhaltenstherapie). Seit 2002 Leitung des Bereichs Gesundheitspsychologie und Interventionsforschung an der Universitätsklinik für Psychotherapie und Psychosomatik (Leitung: Prof. Dr. Peter Joraschky). Forschungsschwerpunkte: Lebensthemen und Lebensziele; die Veränderung von Selbstregulationsprozessen in der Psychotherapie; persönliche Sinnkonstruktionen; Körperbild und Selbstkonzept.

Stijn Vanheule, PhD, is a Clinical Psychologist, Psychoanalyst in private practice and Assistant Professor at the department of Psychoanalysis and Clinical Consulting at Ghent University (Belgium). His research interests include Freudian and Lacanian psychoanalysis, psychoanalytic research into psychopathology (especially affective disorders, anxiety disorders and professional burnout).

Stijn Vanheule, PhD, ist Klinischer Psychologe, Psychoanalytiker in eigener Praxis, sowie stellvertretender Professor in der Abteilung für Psychoanalyse und Klinische Beratung an der Universität zu Ghent, Belgien. Seine Forschungsinteressen sind unter anderem die Psychoanalyse nach Freud und Lacan, die psychoanalytische Forschung auf dem Gebiet der Psychopathologie (u.a. affektive Störungen, Angststörungen und das Burnout bei Berufstätigen)

Ankündigungen / Announcements

Thematic Conference of the World Psychiatric Association (WPA) "Quality and Outcome Research in Psychiatry"

Date, Location June 17th - 20th, 2005, Valencia, Spain
 Contact Virginia Elguero Gallego, Marina, 27 bajo (Villa Olimpico), 08005 Barcelona, Spain
 Tel | Fax +34-93-221 2242 | 221 7005
 Internet www.wpanet.org/home.html

Tag der offenen Tür in der Dynamisch Psychiatrischen Klinik Mengerschwaige

Date, Location 25.06.2005; 14 - 17 Uhr, München, Germany
 Contact Dynamisch Psychiatrische Klinik Mengerschwaige, Geiseltasteigstraße 203, 81545 München
 Tel | Fax | Mail +49-89-642 723-0 | 642 723-95 | info@klinik-mengerschwaige.de
 Internet www.klinik-mengerschwaige.de

The 9th European Congress of Psychology; Crossroads of Psychology in a World without Borders

Date, Location July 3rd - 8th, 2005, Granada, Spain
 Contact Colegio Oficial de Psicólogos, c/ conde Penaber no. 45, 5a, 28006 Madrid, Spain
 Tel | Fax | Mail +34-91-444 9020 | 309 5615 | ecp2005@ecp2005.com
 Internet www.exp2005.com

The 13th European Symposium in Group Analysis. "Clinical Challenges in Group Analysis"

Date, Location August 8th - 13th, 2005, Molde, Norway
 Contact Group-Analytic Society (London), 258 Belsize Road, London NW6 4BT, UK
 Tel | Fax | Mail +44-207-316 1824 | 316 1880 | iga@iga.no | groupanalytic.society@virgin.net
 Internet www.gas2005.org

Gruppendynamische Klausurtagung, Leitung: Dr. Maria Ammon

Date, Location 20.-30. 08. 2005, Paestum, Italia
 Contact Deutsche Akademie für Psychoanalyse, Goethestraße 54, 80336 München
 Tel | Fax | Mail +49-89-539 674 | 532 8837 | lfi-muenchen@dynpsych.de
 Internet www.dynpsych.de

XIII World Congress of Psychiatry

Date, Location Sept. 10th - 15th, 2005, Kairo, Egypt
 Internet www.wpa-cairo2005.com/xiii_pres.html

Menterschwaige Psychotherapieforum "Agieren in der Psychotherapie" – Verständnis und Behandlung

Date, Location 21. 09. 2005; 10 - 16 Uhr, München, Germany
Contact Frau Ahlemeyer, c/o Dynamisch Psychiatrische Klinik Menterschwaige,
Geiseltasteigstraße 203, 81545 München
Tel | Fax | Mail +49-89-642 723-0 | 642 723-95 | info@klinik-menterschwaige.de
Internet www.klinik-menterschwaige.de

5. Wiener Symposium "Psychoanalyse und Körper": Das Körper selbst und seine Regulierungsstörungen

Date, Location 23.-25. 09. 2005, Wien, Österreich
Contact Dr. Peter Geißler, Fuchsiggasse 12, A-2301 Neu-Oberhausen
Tel | Fax | Mail +43-179-85 157 | 85 157 | p.geissler@onemail.at
Internet www.w-k-p.at

International WPA Congress: Psychiatry: Uniqueness and Universality

Date, Location July 12th - 16th, 2005, Istanbul, Turkey
Contact Flap Tour; 8, Cadde no : 1, 06610 Birlik - Cankaya, Ankara, Turkey
Tel | Fax | Mail +90-312-454 0000 | 454 0001 | wpa2006@flaptour.com.tr
Internet www.wpa2006istanbul.org

Impressum

Verlag / publisher

'Pinel' Verlag für humanistische Psychiatrie und Philosophie GmbH – Kantstr. 120/121
– D-10625 Berlin – Geschäftsführer (kommissarisch): Werner Feja – Tel.: +49-30-313
2893 – Tel. + Fax: 313 6959 – Email: pinelverlag@web.de, (Skripte an / manuscripts
to: redaktion@dynpsych.de) – Amtsgericht Charlottenburg HRB 64279

Hauptgesellschafter (Anteil über 5%):

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

Herausgeberin / editor: Dr. phil. Maria Ammon (verantwortlich für den wiss. Teil)

Redaktion / editorial board

Dr. phil. Maria Ammon, Dipl. Psych. Hellmuth Cox (Redaktionsleitung / *editorial co-
ordinator*), Dr. phil. Ilse Burbiel (Nachrichten / *news*), Dipl. Psych. Saskia Heyden
(Buchbesprechungen / *book reviews*), Eva Aralikatti (Übersetzungen / *translations*),
Dipl. Psych. Thomas Bihler, Dr. med. Anette Binder, Dipl. Psych. Gabriele von Bülow,
Dr. med. Dorothee Doldinger, Dr. med. Egon Fabian, Dr. med. Ulrike Fabian, Dr. phil.
Gertraud Reitz, Dipl. Psych. Gerhard Wolfrum

Druck / *printed by*: Druckarnia Art-Druk – PL-71-699 Szczecin

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

Preise / *prices*: 60,- € p.a.; Bibliotheken (in Deutschland bei Direktbestellung) 51,-; Einzelheft / *single issue* 20,- (zzgl. Porto / *mailing fee additional*: Deutschland 4,-; *Europe & world surface mail* 6,50)

Customers not residing in Germany are asked to subscribe via subscription services.

Zahlungen / *payment*

Berliner Volksbank (BLZ 100 900 00) – Konto-Nr. / *account* 521 535 9001

IBAN: DE74 1009 0000 5215 3590 01 – BIC: BEVODEBB

Hinweise für Autoren

Skripte können in deutsch oder englisch als Email-Anhang (Dateiformat: MS Word 97 / 2000 / rtf) eingereicht werden an **redaktion@dynpsych.de**. Technische Fragen richten Sie bitte an den Verlag: **pinelverlag@web.de**. Papierform (nur zusätzlich) bei Bedarf auf Anfrage oder alternativ pdf-Datei.

Grafik-Dateien sollen im jpg- bzw gif-Format vorliegen.

Neue Rechtschreibung.

Es werden nur unveröffentlichte Artikel angenommen. Der Autor verpflichtet sich das Manuskript auch nachträglich nicht an anderer Stelle zu publizieren. Es wird kein Honorar gezahlt. Mit der Annahme des Manuskripts und seiner Veröffentlichung geht das Verlagsrecht für alle Sprachen und Länder einschließlich sämtlicher Nutzungs- und Wiedergaberechte an den 'Pinel' Verlag über. Autoren erhalten fünf Belegexemplare. Es werden keine Honorare gezahlt.

To the Authors' Attention

Manuscripts will be accepted in English and German as email attachments (file formats: MS Word 97 / 2000 / rtf) to **redaktion@dynpsych.de**. For technical requestion please use publisher's email address: **pinelverlag@web.de**. Paperscripts may be accepted only on request additionally.

For graphics use standard graphics formats only: jpg or gif.

Only unpublished manuscripts, which are even not under consideration of any other journal or publication can be accepted. With the acceptance of the manuscript for publication the 'Pinel' Verlag reserves the full copyright for all countries and languages. Articles published in this journal may not appear in any other publication thereafter – except with written permission of the publisher. Authors will receives five complimentary copies of the journal. There will be no royalties.