Dynamische Psychiatrie

Begründet von
founded by
Günter Ammon

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

Dynamic Psychiatry

Vol. 42. Jahrgang
2009•1-2
Nr. 231-232

Identität und Gruppe • Identity and Group

Gabriele von Bülow
Zur Geschichte des Berliner Lehr- und Forschungsinstituts der Deutschen Akademie für Psychoanalyse

Maria Ammon
Identität und Gruppe

Raymond Battegay
Das individuelle Selbst und die Gruppe unter einem psychoanalytischen Gesichtspunkt

Bianca Schütz, Petra Kiem
Humanstruktureller Tanz und Tanztheater

Reimer Hinrichs
Psychoanalytische Anmerkungen zur Dynamik der subjektiven Zeitwahrnehmung

Ruth Lautenschläger
Arbeit und Identität

Vito Zepinic
The sense of self and suicidal behaviour

Egon Fabian
Defizitäre Angst und die Arzt-Patient-Beziehung

ISSN 0012-740 X

Inhalt • Contents

Gabriele von Bülow (Berlin)
Zur Geschichte des Berliner Lehr- und Forschungsinstituts der Deutschen Akademie für Psychoanalyse 1

Maria Ammon (Berlin)
Identität und Gruppe 20
Identity and group 30

Raymond Battegay (Basel)
Das individuelle Selbst und die Gruppe unter einem psychoanalytischen Gesichtspunkt 35
The individual self and the group from a psychoanalytic point of view 45

Bianca Schütz (Berlin), Petra Kiem,
Humanstruktureller Tanz und Tanztheater 48
Humanstructural dance and dance theatre 56

Reimer Hinrichs (Berlin)
Psychoanalytische Anmerkungen zur Dynamik der subjektiven Zeitwahrnehmung 60
Psychoanalytic remarks on the dynamics of subjective perception of time 75

Ruth Lautenschläger (Berlin)
Arbeit und Identität 93

Vito Zepinic (Sydney)
The sense of self and suicidal behaviour 107
Selbsterleben und Suizidalität 115

Egon Fabian (Berlin)
Defizitäre Angst und die Arzt-Patient-Beziehung 117
Deficient anxiety and the doctor-patient relationship 124

Mitteilungen • Berichte

Grußworte zum 40-jährigen Jubiläum des Berliner Lehr- und Forschungsinstitutes der DAP 127

40 Jahre Berliner Lehr- und Forschungsinstitut der Deutschen Akademie für Psychoanalyse (*Petra Kiem, Berlin*) 139

Weltkongress der World Psychiatric Association (WPA) 2008 (*Erwin Leßner, München*) 141

Redaktionelle Mitteilung: Der Index des Jahrganges 2008 erscheint in der nächsten Ausgabe.

Zur Geschichte des Berliner Lehr- und Forschungsinstituts der Deutschen Akademie für Psychoanalyse

Gabriele von Bülow (Berlin)

Sehr geehrte Damen und Herren, liebe Freunde und Mitarbeiter, liebe Gäste,

40 Jahre Geschichte des Berliner Lehr- und Forschungsinstituts (LFI) der Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP) e. V. lassen sich schlechterdings nicht in einen 45-minütigen Vortrag pressen, ohne Referentin und Publikum hoffnungslos zu strapazieren, daher soll der Versuch unternommen werden, anhand von vier ausgesuchten Schlaglichtern die Entwicklung des Instituts in einigen wesentlichen Momenten einzufangen. So sollen im Folgenden beleuchtet werden:

1. die Gründungsjahre: 1968-1970,
2. der Kampf um die Psychiatriereform bzw. um die Karl-Bonhoeffer-Nervenklinik: 1971 und folgende Jahre,
3. der Androgynitätskongress in Berlin: 1986,
4. die heutige Situation (mit kurzem Rückblick auf die Zeit nach dem Tod Günter Ammons bis heute).

1. Die Gründungsjahre: 1968-1970

Zur Vorgeschichte

> 1965 eröffnet Ammon in der Wieland-Str. 27/28, Berlin (Nähe Kudamm) im 3. Stock eine nervenärztliche und psychoanalytische Praxis, im hinteren Teil der Etage ist die Wohnung gelegen. Er beginnt zusammen mit seiner [ersten] Frau Einzel- und vor allem Gruppenpsychotherapie. Der Bedarf an Gruppenpsychotherapie ist groß, durch seine Mitarbeit an der psychotherapeutischen Beratungsstelle für Studenten der Freien Universität Berlin kommen in ständig wachsender Zahl junge Patienten in seine Praxis. Zu dieser Zeit macht Ammon in Berlin als einziger Gruppenpsychotherapie, auch das Angebot an Einzeltherapie durch andere Berliner Analytiker ist gemessen am Bedarf gering. Ammon ist vom Ausmaß der Probleme unter den Studenten betroffen und richtet so viele Therapiegruppen ein, wie er organisato-

---

Vortrag anlässlich des 40-jährigen Jubiläums des Berliner Lehr- und Forschungsinstituts der DAP am 21. Juni 2008

©2009 Copyright 'Pinel' Verlag, Berlin • Dynamische Psychiatrie • Dynamic Psychiatry

> risch und therapeutisch verantworten kann. (VOLGER 1983, S. 349).

Das Institut, dessen 40. Geburtstag wir heute feiern, wurde Anfang des inzwischen legendär gewordenen Jahres 1968 gegründet – unter dem Namen 'Lehr- und Forschungsinstitut für Psychodynamische Psychiatrie und Gruppendynamik'. Der Name ist Programm. So lesen wir in der ebenfalls 1968 von Günter Ammon begründeten Zeitschrift 'Dynamische Psychiatrie - Dynamic Psychiatry' in der ersten Nummer, erschienen am 1. April 1968:

> Es ist die Aufgabe dieses Instituts, ein psychiatrisches Zentrum für Behandlung, Forschung und Ausbildung zu schaffen. Das Institut bietet Konsultation wie regelmäßige Unterweisung für Psychiater und andere Mitglieder psychiatrischer Teams in Einzel- und Gruppensitzungen an. Es will eine zusätzliche psychodynamisch-orientierte Ausbildung im Stile der Menninger School of Psychiatry fördern. Ferner werden Kurse zur Ausbildung in Gruppendynamik und Gruppenpsychotherapie angeboten, [u. a. ein] Kursus für Gruppen-Dynamik, [eine] Lerngruppe, 20 Doppelstunden (group dynamic teaching and study experience) [und für] Mitglieder, die zur Gruppenpsychotherapie geeignet sind, regelmäßige Teilnahme an Gruppen als Beobachter oder Gäste. [...] Das Institut ist eine private, universitätsunabhängige Institution. (Dynam Psychiat. 1968, S. 65).

Über Dr. med. Günter AMMON erfährt der Leser dieses ersten Heftes:

> Herausgeber der neuen Zeitschrift, promovierte 1949 an der Freien Universität Berlin, Arzt an div. Westberl. Kliniken, Forschg. über Blutphysiologie, neurologische u. psychiatrische Kliniktätigkeit. Berliner Psychoanalytisches Institut von 1952 bis 1956. 1956 bis 1965 Psychiater, Psychoanalytiker und Dozent an der Menniger Clinic and School of Psychiatry. Beratender Psychiater der Psychiatrischen Anstalten des Staates Kansas, USA. Arbeit auf dem Gebiet der Psychotherapie von sogenannten Grenzfällen und schizophrenen Reaktionen. Lehrer auf dem Gebiet der Gruppendynamik und Gruppenpsychotherapie. Seit 1965 Westberlin in priv. psychiatrischer und psychoanalytischer Praxis. Lehranalytiker am Berliner Psychoanalytischen Institut. Beratender Psychiater des US-Army-Hospitals, der US-Mission, Berlin, und der Psychotherapeutischen Beratungsstelle des ASTA der Freien Universität Berlin [, Direktor des Lehr- und Forschungsinstituts für Psychodynamische Psychiatrie und Gruppendynamik, Berlin.] (Dynam. Psychiat. 1968, S. 65f.)

In Thematik und Diktion atmet die Zeitschrift dieser Jahre den Pioniergeist des gesellschaftlichen Aufbruchs der 68er – nicht nur – in Berlin. Es sei hier nur an einige Ereignisse erinnert, um den historischen und politischen Kontext dieser Jahre zu skizzieren, was 1968 Berlin und darüber hinaus die Welt bewegte:

- 2. Juni 1967: tödliche Schüsse auf den Studenten Benno OHNESORG

in Berlin,
- 17. Februar 1968: Internationaler Vietnam-Kongress in Berlin,
- 4. April 1968: Ermordung Martin LUTHER KINGS,
- 11. April 1968: Attentat auf Rudi Dutschke in Berlin,
- 11. Mai 1968: Sternmarsch auf Bonn gegen die Notstandsgesetze,
- Mai 1968: 'Pariser Mai',
- 5. Juni 1968: Attentat auf Robert F. KENNEDY,
- 21. August 1968: Einmarsch sowjetischer Truppen in die Tschechoslowakei: Ende des 'Prager Frühlings',
- China befindet sich im dritten Jahr seiner Kulturrevolution,
- Beginn der Kriminalisierung bzw. Militarisierung an dem gewaltbereiten Rand der APO,
- 2. April 1968: Brandstiftung in zwei Frankfurter Kaufhäusern u. a. durch die späteren RAF-Gründer Gudrun Ensslin und Andreas BAADER,
- Oktober 1968: Brandstifterprozess mit dem Urteil von drei Jahren Zuchthaus wegen menschengefährdender Brandstiftung,
- August 1969: Woodstock, 'Festival for peace and music', 'Make love, not war'.

Aber zurück zum ersten Heft der Zeitschrift 'Dynamische Psychiatrie'. In ihr spricht AMMON von der Verantwortung der Gesellschaft, die

> mit Angst und Feindseligkeit auf die sogenannte schizophrene Reaktion [reagiere und] von der Notwendigkeit der Aufklärung und Mitarbeit der gegenwärtigen Gesellschaft. [...] Eine moderne dynamische Psychiatrie [...] soll vorbeugend, beratend und verändernd auf die Gesellschaft als Ganzes einwirken. [Er spricht von den Psychiatriepatienten als einer als] minderwertig empfundenen Großgruppe, die von einer als höherwertig empfundenen Kleingruppe repressiv beherrscht [werde und kritisiert,] dass die Kleingesellschaft der mittelalterlichen Heil- und Pflegeanstalten in ihrer Inhumanität und autoritativen Hierarchie die autoritativen Züge unserer Gesamtgesellschaft widerspiegelt. (AMMON 1968, S. 8f.)

Im gleichen Heft findet sich ein Bericht über die 'Psychotherapeutische Beratungsstelle – Beratungsstelle für Intimfragen an der Freien Universität Berlin' von Hubert BACIA. Als 'eine Selbsthilfeorganisation der Studierenden' entstanden, sei sie

> zu einem der Identifikationsobjekte in der Emanzipationsbewegung der Studierenden [geworden]. Es ist für die Bewusstseinsbildung einer abhängigen Gruppe [der Studierenden; die Autorin] von Bedeutung, ob ihr Hilfe in sozialen und psychischen Konflikten von einer Universitätsadministration angeboten wird, die zur gleichen Zeit durch autoritäre Maßnahmen wie Zwangsexmatrikulation und Disziplinarrecht die Abhängigkeit des Studierenden

> verschärft, oder ob die Studierenden in Selbsthilfe die Chance gewinnen, auch in den sozialen und psychischen Notsituationen ihres Studiums die Wirkung überflüssiger gesellschaftlicher Autorität zu erkennen, wie sie [...] in der patriarchalisch ausgerichteten Ordinarienhierarchie einer überfüllten Universität angetroffen wird. (BACIA 1968, S. 52)
>
> Vom Wintersemester 1965/66 bis zum Ende des Sommersemesters 1967 teilte sich Dr. G. AMMON zusammen mit [der Ärztin] Frau LANGE-UNDEUTSCH und der Ärztin und Psychoanalytikerin Dr. M. SCHULTE die Arbeit in der Beratungsstelle. Mit Dr. AMMON [...] wurde in die therapeutische Tätigkeit der Stelle das Prinzip der Gruppentherapie eingeführt. Die Gruppentherapie hat sich mittlerweile als ein nützliches Therapeutikum erwiesen. (S. 54) [...] Im WS 1965 und im SM 1966 wurden von ihm 134 Studierende beraten. 51 Studierende konnten in Gruppentherapie übernommen werden. (BACIA 1968, S. 56)

Diese fand statt in den Praxisräumen von Günter AMMON in der Wieland-Straße.

Es ist mir nicht gelungen, das exakte Gründungsdatum des Berliner Instituts zu eruieren – nur so viel ist sicher, dass es in das erste Vierteljahr des Jahres 1968 fällt; während andere Gründungen oder bedeutungsvolle Ereignisse auf einem mit Schreibmaschine beschriebenen Blatt auf den Tag genau aufgelistet sind, fehlt hier dieses Datum interessanterweise.

Der damalige Präsident der American Group Psychotherapy Assoc., Dr. Aaron STEIN, „bittet das Lehr- und Forschungsinstitut mit" einem in der 'Dynamischen Psychiatrie' veröffentlichten „Schreiben von 8. Januar 1968" um Unterstützung für einen internationalen „Erfahrungsaustausch auf dem Gebiet der Gruppenpsychotherapie." (Dynam. Psychiat. 1968, S. 65). Dennoch scheint es sich eher um einen prozesshaften Beginn gehandelt zu haben, in dem das Berliner LFI, drei Jahre nach der Rückkehr AMMONS aus den USA, Gestalt annahm.

Einige weitere Gründungs- sowie andere Aktivitäten seien an dieser Stelle nur kurz erwähnt:

- 1.10.1968: Gründung (Eröffnung) des 'Psychoanalytischen Kindergartens' einmal wöchentlich, unter der Leitung von Gisela AMMON, der ersten Ehefrau Günter AMMONS.
- 18.05.1969: Gründungsversammlung der Deutschen Gruppenpsychotherapeutischen Gesellschaft (DGG) e.V. in Berlin.
- 10.07.1969: Vortragsveranstaltung der DGG und der, aus dem Mitarbeiterkreis des Berliner LFIs hervorgegangenen, 'Pinel-Gesell-

schaft zur Förderung von Fortschritten auf den Gebieten der Psychiatrie und Psychoanalyse m.b.H.' im vollbesetzten Audimax der FU Berlin, in dem in diesen Jahren viele Redeschlachten im Kontext von Studentenbewegung, SDS (Sozialistischer Deutscher Studentenbund) und APO (außerparlamentarischer Opposition) stattfanden – exakt zwei Jahre zuvor hatte hier Herbert MARCUSE über 'Das Ende der Utopie' und 'Das Problem der Gewalt in der Opposition' gesprochen. Günter AMMON sprach nun über 'Psychoanalyse und Gruppentherapie – Anpassung oder Emanzipation' und Martin GROTJAHN, aus Los Angeles, über den 'Einfluss der Gruppenpsychotherapie auf die Familie der Zukunft' (Prof. Dr. med. Martin GROTJAHN, ein Schüler Franz ALEXANDERs, hatte vor dem 2. Weltkrieg in Berlin Medizin studiert, wo er auch an der Universitätsklinik und am Berliner Psychoanalytischen Institut wirkte.)

- 14.12.1969: Gründung der Deutschen Akademie für Psychoanalyse. Das LFI Berlin wird damit zum zentralen Ausbildungsinstitut der DAP und DGG:

> Das 'Lehr- und Forschungsinstitut für Dynamische Psychiatrie und Gruppendynamik' Berlin ist das Ausbildungsinstitut der Deutschen Akademie für Psychoanalyse e. V. und der Deutschen Gruppenpsychotherapeutischen Gesellschaft e. V. Die Ausbildung zum Psychoanalytiker und die Ausbildung zum Gruppenpsychotherapeuten sind miteinander verbunden. Sie erfolgen im Rahmen eines einheitlichen Lehrprogramms, das sich über vier Jahre erstreckt. (LFI 1970, S. 117)

> Der DGG ist ein Lehr- und Forschungsinstitut (LFI) angegliedert, das in den ehemaligen Räumen des Republikanischen Clubs junge Ärzte, Psychologen, Pädagogen und Sozialarbeiter zu Gruppenpsychotherapeuten ausbildet. Die Pinel-Gesellschaft versteht sich als Bürgervereinigung, die die dynamische Psychiatrie als praktische Sozialarbeit verwirklichen will. (DGG Mitteilung 1970).

Die 2. Etage der Wieland-Straße 27/28 als Räume des nen Ausbildungsinstituts für Psychoanalyse wird am 7. und 8. November 1970 feierlich eröffnet:

> Zahlreiche Gäste aus dem In- und Ausland waren erschienen, Grußbotschaften führender Analytiker und Therapeuten aus aller Welt wurden verlesen, unter anderem von Manfred Bleuler (Schweiz), Robert Barnes (USA), Slavson (USA), Holzkamp (Berlin), [...] Kotkov (USA), Spiegelberg (Stuttgart), Rubins (USA), Hidas/Buda (Ungarn), Knobel (Argentinien), Gonzales (Mexiko), [...] W. Schulte (Tübingen).
> Einen Höhepunkt bildete der Festvortrag von Masud M. Khan (London) [ein enger Schüler und Mitarbeiter Winnicotts], der sich mit den Problemen der psychoanalytischen Ausbildung beschäftigte. (DAP/DGG 1970, S. 237)

- 1.6.70: Der Psychoanalytische Kindergarten wird erweitert; er findet ganztägig sechsmal in der Woche statt. Im Juni 1971 erfolgte die Anerkennung des Kindergartens durch die Senatsverwaltung Berlin. Ende der 70er Jahre wird der Berliner Psychoanalytische Kindergarten über 100 Plätze haben, inklusive eines Schülerhorts, für den weitere Räume am Kurfürstendamm angemietet wurden.

In den letzten Monaten ist intensiv darüber diskutiert worden, ob 1968 im Rückblick nur eine historische Episode oder tatsächlich der Ursprung einer fundamentalen sozialen, politischen und kulturellen Veränderung der bundesrepublikanischen Gesellschaft war. Wie immer man dies beurteilen mag, sicher ist, dass die Entstehungsgeschichte des Berliner LFIs eng mit diesem zeitgeschichtlichen Hintergrund verwoben ist, so dass wir uns noch einmal auf die Suche nach Spuren der 68er-Bewegung bzw. der Auseinandersetzung mit ihr begeben wollen.

Einer der ersten zentralen Mitarbeiter, seit 1970, war Hans-Joachim HAMEISTER, Gründungsmitglied der 'Kommune 1', später Arzt für Homöopathie und Nerven- und Gemütsleiden. In einer unveröffentlichten Schrift von 1970 schreibt er:

> Die Verdrängung der Psychoanalyse aus dem Diskussionszusammenhang der bürgerlichen Wissenschaft und die Hindernisse, die ihrer praktischen Entfaltung sich entgegenstellen, sind [...] in dem Umstand begründet, dass die psychoanalytische Theorie mit einer verändernden Praxis so eng verbunden ist, dass sie nicht folgenlos gelehrt und gelernt werden kann. Insbesondere hat die Anwendung der Psychoanalyse auf das Studium von Gruppenprozessen sie zur Basis einer wissenschaftlichen Kritik der menschenfeindlich organisierten Arbeit werden lassen. Die orthodoxe Analyse, die ihre Arbeit als Denkmalspflege der Monumente der Freudschen Theorien betreibt, hat daraus allerdings keine Konsequenzen gezogen. Sie hält sich fern von der sozialen Problematik [...] und bezahlt mit gesellschaftlicher Irrelevanz ihre gesellschaftliche Anerkennung, die eher eine Duldung ist. (HAMEISTER 1970)

In seinem Vortrag über die Arbeit des Instituts bei der oben erwähnten Einweihung der 2. Etage

> sprach HAMEISTER als Vertreter der Studentenschaft des LFI, über das Institut als 'befreites Gebiet' und zog Parallelen zu dem Lebenswerk des Fürsten Kropotkin und der frühen Arbeiterbewegung. (DAP/DGG, 1970, S. 238)

Pjotr Alexejewitsch KROPOTKIN, aus russischem Hochadel stammender Anarchist, Geograph und Schriftsteller, engagierte sich für eine gewalt- und herrschaftsfreie Gesellschaft, die sich durch eine tätige wechselseiti-

ge Hilfe freier Individuen und Gruppen auszeichnen sollte.

AMMONs Auseinandersetzung mit dem ebenfalls in Berlin geborenen deutsch-amerikanischen Soziologen und Philosophen Herbert MARCUSE, einem der einflussreichsten geistigen Mentoren der Studentenbewegung, schlägt sich noch nieder in dem Titel seines Buches von 1985 'Der mehrdimensionale Mensch', das so auch auf MARCUSEs 'Der eindimensionale Mensch' von 1967 – amerikanische Erstausgabe: 1964 – antwortet. In einem Vortrag im Audimax der Universität München Anfang 1970 hebt AMMON das Verdienst MARCUSEs hervor,

> der psychoanalytischen Kulturtheorie eine Zukunftsdimension eröffnet zu haben. [Er kritisiert freilich an ihm, dass er] der resignierenden Anpassung an die Gesellschaft, welche das Ziel der psychoanalytischen Therapie sei, die bewusste Verweigerung dieser Anpassung gegenüber [stelle], eine Idee, welche mit der Resignation durch geheime Verwandtschaft verbunden [sei]. (AMMON 1970a, S. 6)

MARCUSE überschreite nicht 'den Bereich der Spekulation' und vernachlässige 'den empirisch wissenschaftlichen Charakter der psychoanalytischen Arbeit'. (vgl. AMMON 1970a, S. 6)

In seiner Einleitung zur zweiten Auflage des 'mehrdimensionalen Menschen' wird AMMON noch ein halbes Jahr vor seinem Tod schreiben:

> Als dieses Buch vom mehrdimensionalen Menschen 1986 erschien, setzte es der Eindimensionalität des Menschen von Herbert MARCUSE mit seinem einengenden Pessimismus und der fast suchtartig zerstörenden Hinterfragung aller Werte ethische Prinzipien mit einem positiv gesehenen breiten und befreienden Spektrum des menschlichen Potenzials entgegen [...] integrative zur Identität führende Werte (AMMON 1995, S. I)

Aber wieder zurück ins Jahr 1970: AMMON veröffentlichte eine Arbeit 'Ich-Struktur und Gesellschaft: Zur psychoanalytischen Kulturtheorie' – auch dieser Titel eine für den Zeitgenossen deutliche Replik auf Herbert MARCUSEs 'Triebstruktur und Gesellschaft', in der Bundesrepublik Deutschland erstmals 1967, 22 Jahre (sic!) nach der amerikanischen Erstausgabe erschienen, von allen, die sich irgendwie dem linksbewegten Spektrum zugehörig fühlten, eifrig gelesen in Form zweier Edition-Suhrkamp-Bändchen. Hier setzt sich AMMON kritisch, unter Anwendung des psychoanalytischen Instrumentariums, mit zu neuer Unfreiheit führenden, eigene Identität verbietenden, Strömungen der damaligen Linken auseinander:

> der 'Untertan' ebenso wie der 'Revoluzzer' werden ihre eigenen Ansprüche nicht ohne Schuldgefühle anmelden können. [...] Der Revoluzzer kämpft

> für ein Recht, von dem er nicht überzeugt ist, dass es ihm wirklich zusteht. [...] Diese Problematik scheint uns auch eine wahrhaft obsolete Auseinandersetzung innerhalb einiger Gruppen der Linken zu bestimmen, welche ihren Mitgliedern die Ich-Entwicklung verbieten und wie Lutz von Werder (1969) sagen, Ziel der persönlichen Entwicklung dürfe nicht die Ich-Autonomie sein, sondern das Klassenbewusstsein. Die revolutionäre Geste drapiert hier die lebensfeindliche Über-Ich-Organisation des verrotteten Bürgertums, wie es im Faschismus seine historische Gestalt gewonnen hat. In Wahrheit kann revolutionäres Bewusstsein nur dann schöpferisch sich entfalten und organisieren, wenn es basiert auf Ich-Identität und Kommunikationsfähigkeit [...] Gruppen, welche die Emanzipation ihrer Mitglieder zur Ich-Identität als Gefahr für ihren eigenen Zusammenhalt erfahren, können selbst weder emanzipatorisch arbeiten, noch eine eigene Gruppenidentität entwickeln und sich zur handlungsfähigen Gruppe integrieren. (AMMON 1970b, S. 70)

Zum Verhältnis zwischen Antiautoritärem Kinderladen und psychoanalytischem Kindergarten sei hier nur so viel angedeutet: beiden Konzeptionen war gemeinsam das Ziel der Befreiung des Kindes aus unhinterfragten, starren, kreative Entwicklung verhindernden Konventionen und Reglementierungen. Was beide von einander unterscheidet ist genauso bedeutsam: der anarchistischen Haltung eines grenzenlosen Laissez-faire, die, wie wir längst erlebt haben, zu emotionaler Verwahrlosung und Verlassenheit führte, setzte der psychoanalytische Kindergarten eine Pädagogik entgegen, die von Anfang an um die Bedeutung von Identifikationsangeboten und Grenzsetzungen für die kindliche Identitätsentwicklung wusste. Kindern, die keine entwicklungsgemäße Förderung und Forderungen erfahren, keine Grenzen, die sie verinnerlichen könnten zum Aufbau eigener Ich-Grenzen, wird ein geschützter intermediärer Raum vorenthalten, innerhalb dessen seelisches Wachstum erst möglich ist.

Fragen wir uns abschließend, was AMMON eigentlich so anziehend für viele 68er machte? Eine Antwort darauf könnte sein: das paradoxe Spannungsverhältnis von Autoritätskritik an den verkrusteten Institutionen der Gesellschaft, die er selber übte und dem Angebot von Identifikationsmöglichkeit und differenzierender Auseinandersetzung mit Autorität in Gestalt seiner eigenen Person.

'Die letzte große Vaterfigur in einer vaterlosen Gesellschaft' nannte ihn der Spiegel in einem Artikel von 1985. Es sei daran erinnert, dass 'Autorität' von lat. 'augere': 'fördern, wachsen lassen' kommt. Sein unbedingter Wille zur Wahrhaftigkeit um des Identitätswachstums seines

Gegenübers willen hielt sich gelegentlich nicht an die gesellschaftlich-konventionelle Höflichkeit (des 'falschen Selbst'). „Die meisten Menschen sind sehr bescheiden. Sie erwarten nicht mehr, als dass man mit ihnen höflich umgeht," hörte ich ihn einmal sagen. Für mich persönlich war ein Faszinosum die Verbindung zwischen tiefem, alle persönlichen Kräfte mobilisierenden Engagement für die psychisch Kranken und vitaler Lebenszugewandtheit und Genussfähigkeit. Genau dies, dass er keine asketische Selbstverleugnung vorlebte, war für viele befreiend, ist ihm aber auch von einigen äußerst übel genommen worden. Er entzog sich schlicht einer kategorialen Einordnung.

2. Der Kampf um die Psychiatrie-Reform bzw. um die Karl-Bonhoeffer-Nervenklinik (KaBoN) 1971 und folgende Jahre

Am 20. November 1971 ziehen zwischen 1100 und 2000 Ärzte, Pfleger, Schwestern und Studenten in einem Protestmarsch vom Olivaer-Platz zur Kaiser-Wilhelm-Gedächtniskirche, um gegen die fristlose Kündigung des Reformpsychiaters Professor Horst FLEGEL als ärztlicher Direktor der KaBoN durch das Bezirksamt Reinickendorf zu demonstrieren. Dazu aufgerufen hatte die Deutsche Akademie für Psychoanalyse, die Pinel-Gesellschaft zur Förderung psychiatrischer Kliniken und wissenschaftlicher Forschung nach den Erkenntnissen der dynamischen Psychiatrie sowie der Marburger (Ärzte-)Bund. Die Aktion fand breiten Widerhall in der gesamten bundesrepublikanischen Presse, vom Berliner Lokalblatt bis zur FAZ, der 'Welt' und der Süddeutschen Zeitung. FLEGEL hatte begonnen, therapeutische Gemeinschaften zu bilden, das Pflegepersonal in die Teamarbeit einzubinden und Gruppentherapie einzuführen.

> Die Proteste richteten sich auch gegen die Situation in der Berliner Psychiatrie und den psychiatrischen Kliniken allgemein. So hieß es denn auch 'Valium hilft der Industrie, den Patienten aber nie.' Womit sich die Demonstranten gegen die übermäßige Anwendung von Beruhigungsmitteln in den Kliniken aussprachen. Nur die 'therapeutische Gemeinschaft' und gruppendynamische Behandlung der psychisch Kranken hilft nach Ansicht der Pinel-Gesellschaft und mit ihr solidarischer Gruppen auf lange Sicht. (Berliner Morgenpost 21.11.1971).

Der Tagesspiegel zitiert AMMON:

> Wenn das Bezirksamt sage, die zwischen Professor FLEGEL und dem Perso-

> nalrat entstandenen 'Spannungen' hätten die Behörden gezwungen, zur Erhaltung des Arbeitsfriedens den Ärztlichen Direktor zu entlassen, dann werde damit die 'reformfeindliche' Haltung der Behörden deutlich, denn 'Spannungen' entstünden unausweichlich, wenn alte Strukturen der Krankenversorgung verändert werden sollen. (Tagesspiegel 20.11.1971)
>
> Professor FLEGEL hat versucht, Schwestern, Pfleger und Ärzte in Teamarbeit Therapie betreiben zu lassen. Das hat Angst erzeugt unter Pflegern, die ihren weißen Kittel als Statussymbol betrachten. [...] Er [Dr. Günter AMMON] nannte die Anstalt in Wittenau eine hierarchisch verwaltete Klinik, in der jahrzehntelang Patienten 'wie Zootiere verwaltet' wurden. (BZ 20.11.1971)

Schon am 11.11.1971 hatten Dr. med. Günter AMMON für den Vorstand der DAP und Dr. med. Jürgen Götte für den Vorstand der DGG in einem Brief an den Senator für Gesundheit und Umwelt Professor Dr. Wolters geschrieben:

> Es wäre ein schwerer Schaden für die Westberliner Psychiatrie, für die betroffenen Kranken und die insgesamt betroffene Bevölkerung, wenn die innere Reform der überalterten und antitherapeutischen Strukturen der Westberliner Anstaltspsychiatrie blockiert würde, weil der Verwaltung die hoffnungslose Friedhofsruhe der traditionellen psychiatrischen Anstalt bequemer ist als die Unruhe und die Konflikte, welche die Realisierung einer 'therapeutischen Gemeinschaft' notwendig begleiten.

Frau Ingeborg URSPRUCH, Psychiaterin und Psychoanalytikerin, erste Chefärztin der dynamisch-psychiatrischen Klinik Menterschwaige in München nach ihrer Gründung 1979, Zeitzeugin der frühen 70er Jahre in Berlin – sie lernte AMMON 1970 kennen, absolvierte dann die psychotherapeutische und analytische Weiterbildung am Institut – hat mir freundlicherweise im Vorfeld dieses Symposiums ein Interview gewährt: 1971 habe sie, als junge Assistenzärztin in der KaBoN, zusammen mit Beschäftigungstherapeuten und einer anderen jungen Ärztin, auf dem Rasen sitzend 'Schizophrenie und Familie' (BATESON, JACKSON) gelesen. Dies sei ein Sakrileg gewesen und von der internistischen Chefärztin fotografiert worden und einige Wochen später von dem zuständigen Abteilungs-Chefarzt gestoppt worden; die Probezeit der Kollegin, damals wie sie in Weiterbildung am LFI Berlin, sei nicht verlängert worden.

Eine Gruppe aus Assistenzärzten und Beschäftigungstherapeuten traf sich außerhalb der Klinik, wobei es zu einer schwierigen, spannungsreichen Gruppendynamik mit viel Rivalität zwischen den beiden Berufsgruppen gekommen sei. Ein Assistenzarzt habe vorgeschlagen, eine gruppendynamische Selbsterfahrungsgruppe zu gründen zur Verbesse-

rung der Kommunikation. Dieser meinte dann eines Tages, er habe jetzt ein Institut gefunden, an dem sie auch bestehende Gruppen aufnehmen würden.

Frau URSPRUCH ging dann bald auf die Alkoholikerabteilung der Außenstelle Tegel, weil die Verhältnisse im Haupthaus auch für sie unerträglich gewesen seien. Sie erinnert eine alte Frau aus der chronischen Abteilung, die vor 70 Jahren als Waisenkind in die KaBoN aufgenommen worden war und der man ihre zwei Ohrringe, ihr einziges Hab und Gut, abgenommen hatte. Als sie das erste Mal an ihrer Therapiegruppe teilgenommen hatte, habe sie geäußert: „Hier wurde endlich mal menschlich gesprochen."

Als ich 1979 als Psychologiestudentin in der KaBoN ein Praktikum machte, sah ich noch voller Entsetzen, wie viele Kinder in ihren Betten fixiert, sprich angekettet, lagen und flüchtete dann ebenfalls nach Tegel auf die Alkoholikerabteilung.

1973/74 arbeiteten in der Gesamtklinik sieben Assistenzärzte, die am LFI Berlin in psychotherapeutischer bzw. psychoanalytischer Weiterbildung waren: neben Frau URSPRUCH Adelheid BARTH, Jan POHL, Gerhard RÖHLING, Burkhard GÜLSDORFF, Matthias HIRSCH und Regine SCHNEIDER. Am Anfang habe sie, Frau URSPRUCH, noch Valium verordnet beim Entzug; später fiel ihr auf, dass sie damit aufgehört hatte: die emotional tragfähige Struktur (kleine Gruppen, Gruppen- und Milieutherapie, Vollversammlungen und Patientenstationssprecher) fing die Angst der Patienten, die beim Entzug frei wurde, ausreichend auf.

Auch diesen Reformbestrebungen sei sehr viel Druck und Widerstand entgegengebracht worden, der vorgegebene institutionelle Rahmen erwies sich als zu unflexibel, so dass Wünsche nach einer eigenen dynamisch-psychiatrischen Klinik aufkamen.

1972, drei Jahre vor der Veröffentlichung der deutschen Psychiatrie-enquète, erarbeitete das LFI Berlin einen Reformvorschlag zur inneren und äußeren Reform der psychiatrischen Krankenversorgung in Westberlin in Beantwortung einer Umfrage des Berliner Senators für Gesundheit und Umweltschutz. In ihm wurde u. a. eine „Entflechtung der psychiatrischen Großkrankenhäuser und Schaffung von Spezialeinrichtungen" gefordert sowie die „Gleichstellung der psychisch und somatisch Kranken." (AMMON 1980, S. 229)

3. Androgynitätskongress

Im März 1986 fand in der Hochschule der Künste (HdK) Berlin das 17. Internationale Symposium der DAP, gleichzeitig der 4. Weltkongress der World Association for Dynamic Psychiatry (WADP) statt. Es war einer von insgesamt fünf DAP-Kongressen, die bisher in Berlin stattgefunden haben: 1978 Psychosomatische Erkrankung und Depression in der Kongresshalle, 1989 Das Borderline-Syndrom in Theorie und Praxis, 1990 Psychotherapie der Psychosen, beide an der HdK, sowie 1999 Schizophrenie und Borderline-Störungen an der Humboldt-Universität.

Wenn Sie sich die anderen Themen noch einmal vergegenwärtigen, dann fällt auf, dass sich dieser Kongress nicht schwerpunktmäßig mit einem Krankheitsbild beschäftigt, sondern mit einer zentralen Dimension menschlicher Existenz, mit den gesunden und kreativen Möglichkeiten des Menschen. Auch mit diesem Thema knüpft AMMON an die frühe Tradition der Psychoanalyse an, übergreifende, gesellschaftlich und kulturell relevante Themen zum Gegenstand psychoanalytischer Forschung zu machen. Günter AMMON begreift Androgynität als ein umfassendes geistiges Prinzip, in dem die Überwindung menschenfeindlicher Dualismen aller Art besonders greifbar wird. Schon in der Themenwahl dieses Kongresses zeigt sich ein grundsätzliches Anliegen AMMONs und seiner Schule, sich den Denkverboten einer zunehmenden Medizinalisierung der Psychoanalyse, der Reduktion auf eine Behandlungstechnik nicht zu unterwerfen, sie wieder zu öffnen in Kultur- und Gesellschaftstheorie und historische Anthropologie hinein.

Ich möchte zwei Stimmen zu der Atmosphäre auf diesem Kongress ausschnittweise zu Wort kommen lassen; erstens:

> Das hätte ich nicht erwartet: ein wissenschaftlicher Kongress meditiert und tanzt, ist rational und intuitiv, objektiv und subjektiv, Wissenschaftler lachen und weinen, Intelligenz und Herz arbeiten Hand in Hand. Ich begegne Liebe und wacher Aufmerksamkeit vom ersten Schritt in der Berliner Hochschule der Künste. (Ma Deva JOVANA 1986).

Zur Erläuterung: Während des Kongresses fand eine humanstrukturelle Tanzsitzung statt mit Mitarbeitern des Berliner und des Münchner Insti-

tuts als Tänzerinnen und Tänzern; zu Tagesbeginn vor den Vorträgen bestand die Möglichkeit der Teilnahme an einer Meditation; zweitens:

> Die Atmosphäre ist für einen Psychiatrie-Kongress ungewöhnlich: in den Gängen vor dem Vortragssaal entspanntes Geplauder, überwiegend junge Menschen, viele Inder in bunten Gewändern. Israelis in schwarzer Tracht mit Käppchen, amerikanischer Slang dringt ans Ohr. (Dieter DIETRICH 1986)

Tatsächlich war eine große israelische Delegation auf dem Kongress, mit 24 Teilnehmern, angeführt von Judge Amnon Carmi und Marius ERDREICH aus Israel. Der damalige Vorsitzende der jüdischen Gemeinde in Berlin Heinz GALINSKI gab ihr zu Ehren einen Empfang im Gemeindehaus.

Das Spektrum der Beiträge war breit: so gab es Vorträge und Arbeitsgruppen über die kultische und soziale Bedeutung des Tanzes, von Renato BERGER (Zürich) über den afrobrasilianischen Candomblé, die Aufführung eines schamanistischen Tanzrituals durch Ronald CHAVERS aus Utrecht. Es gab klinisch orientierte Beiträge, die sich mit der Bedeutung der Androgynität in der psychotherapeutischen Praxis auseinandersetzten; ERDREICH (Haifa), Pier L. ELETTI (Florenz), Béla BUDA (Budapest).

Ich zitiere aus dem Kongressbericht von Helmut VOLGER und Susanne HORST (1986):

> Sinnfälliger Ausdruck androgyner Empathie war der intensive Dialog zwischen Vertretern orientaler Kulturen [...] und abendländischen Wissenschaftlern aus Ost und West. [...]
> So wurde in Fida M. Hassnains (Srinagar) Vortrag über 'Androgynity in Indian mythology' die jahrtausendealte Verwurzelung androgyner Vorstellungen im indischen Denken und religiösen Leben deutlich [...] Das gilt ebenso für ihre politischen Führergestalten, wie Mahatma Gandhi, in dessen Lebensstil Jai B. P. Sinha (Patna) die Integration der sehr unterschiedlichen Persönlichkeitsanteile – die weiche, mütterliche Seite des passiven Widerstandes und die harte, männliche Seite des charismatischen Führers – auch in seinen familiären Beziehungen aufzeigte. (VOLGER, HORST 1986, S. 233)

Die Konfliktforscherin Rita ROGERS (Los Angeles) sprach über psychologische Aspekte diplomatischer Kontakte in einem multikulturellen Rahmen.

Die Arbeit der dynamisch-psychiatrischen Klinik war u. a. vertreten durch Vorträge von Rolf SCHMIDTS über die Bedeutung der Klinikgroßgruppe sowie von Günter AMMON, Margarete HOFFSTEN und Ulrich KÖPPEN, die „anhand von Schlaf-EEG-Untersuchungen von Patienten den

Wiedergewinn zeitlicher Strukturierung und qualitativer Differenzierung der Schlafprofile im Therapieverlauf sichtbar" machten. (VOLGER, HORST 1986, S. 235)

Im Vorfeld des Kongresses, so haben wir eben von Frau Dr. BURBIEL gehört (BURBIEL 2008), fand der Überfall von Polizei und Gesundheitsbürokratie auf die Klinik Menterschwaige in München statt, eine Repressalie, die auch vor dem Berliner LFI nicht halt machte. Wir haben viel darüber gesprochen, in jenen Tagen, wie diese Gegenreaktion von Kräften in der Gesellschaft zu begreifen sei, die sich offensichtlich existenziell bedroht fühlten in ihrem Welt- und Selbstbild durch eine psychotherapeutische Schule, die neue Wege geht, den Menschen im Kern seiner Persönlichkeit zu erreichen, um ihm die Realisierung seines ureigenen ihm innewohnenden kreativen Potenzials zu ermöglichen.

So waren auch die Tage dieses Kongresses geprägt von der Auseinandersetzung mit den Ereignissen im Dezember 1995:

> Für den Erhalt der dynamisch-psychiatrischen Klinik Menterschwaige [...] haben sich deutsche und ausländische Psychiater auf dem Weltkongress in Berlin ausgesprochen. In einer Resolution wird die polizeiliche Durchsuchung der Klinik im Dezember vergangenen Jahres verurteilt und die Arbeit des Berliner Mentors der Klinik, Günter AMMON unterstützt. (Dieter DIETRICH 1986)

4. Die heutige Situation

Günter AMMON, der Gründungsvater des Berliner Mutterinstituts der DAP, starb am 3. September 1995. Ich erinnere mich noch, wie Judge Amnon CARMI, Counselor der WADP und langjähriger Mitstreiter AMMONs und seiner Gruppe aus Haifa, auf der Trauerfeier in der Kreuzkirche in Berlin-Wilmersdorf in seiner Rede meinte: 'AMMON und Tod – das passt so gar nicht zusammen.' Und doch war es so: der vitale, energiegeladene Mensch, der über so viele Jahre so vielen von uns Herausforderer für menschliches, geistiges wie professionelles Wachstum war, wobei das eine nie vom anderen zu trennen war, Stein des Anstoßes auch, Reibungsfläche, Motor und Motivator, lebte nicht mehr. Trauer, Schmerz, Angst, Wut, Depression – all' die menschlichen Reaktionen eben nach dem Verlust eines für die Seele bedeutsamen Menschen – waren in der 'hinterbliebenen' Berliner Gruppe. Zugleich aber auch der klare Wunsch, das Bedürfnis und der Wille, das Institut weiterzuführen,

es am Leben zu erhalten, verkörpert vor allem durch Dr. Maria AMMON, aber auch die Mehrheit der Mitarbeiter des Instituts.

Trotzdem wäre dies in den ersten Jahren nach AMMONS Tod nicht denkbar gewesen ohne die tatkräftige solidarische Unterstützung des Münchner Instituts: Dr. Rolf SCHMIDTS, dessen ärztlicher Leiter und damaliger Chefarzt der Klinik Menterschwaige, flog drei Jahre lang zunächst wöchentlich, dann 14-tägich ein, um Lehranalysen und Supervisionen weiterzuführen und die vakannte Position des ärztlichen Leiters einzunehmen. Er und Frau Dr. Ilse BURBIEL führten gruppendynamische Sitzungen für die Berliner Mitarbeitergruppe durch, um den Gefühlen und Bedürfnissen nach Auseinandersetzung und Neuorientierung einen geschützten Raum zu geben, auch zur menschlichen Entlastung und Unterstützung für Maria AMMON, die seit Ende der 80er Jahre das Institut zusammen mit ihrem Mann geleitet hatte.

Ebenfalls aus München kommend wurde Dr. Bernhard RICHARZ, Psychoanalytiker und Arzt der Klinik Menterschwaige und 2000, nach Berlin umgezogen, ärztlicher Leiter des Instituts bis 2004.

Das Psychotherapeutengesetz von 1999 stellte auch das Berliner LFI vor die Anforderung, die Anerkennung durch das Landesamt für Gesundheit und Soziales zu beantragen. Seit 1999 ist das Institut staatlich anerkannte Ausbildungsstätte zum psychologischen Psychotherapeuten in den analytisch fundierten Richtlinienverfahren tiefenpsychologische Psychotherapie und analytische Psychotherapie, mit angeschlossener Institutsambulanz, seit 2004 unter der Leitung von Dr. Johannes KREISSL. 2003 kam die Anerkennung für die 3-jährige Vollzeitausbildung in tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie hinzu.

Seit 2005 schließlich hat das Institut wieder die Möglichkeit der von der Ärztekammer anerkannten Weiterbildung von Ärzten in Psychotherapie, wofür sich vor allem Frau Sieglinde Bast einsetzte, zusammen mit Dr. Kreissl und Dr. Schmidt-Branden seit dieser Zeit ärztliche Leitung des Instituts. Das LFI ist vertreten in dem Arbeitskreis aller staatlich anerkannten Berliner Ausbildungsinstitute durch Petra Kiem, psychologische Psychotherapeutin und Psychoanalytikerin, und arbeitet mit psychologischen und ärztlichen Psychotherapeuten anderer Berliner Ausbildungsinstitute zusammen, vor allem des BIPP (Berliner Institut für Psychotherapie und Psychoanalyse), der BAP (Berliner Akademie für Psy-

chotherapie), und des Instituts für Tiefenpsychologie, Gruppendynamik und Gruppentherapie in Form von Supervision, Lehrtherapie, Dozentur sowie der Überweisung von Patienten an die Institutsambulanz – und selbstverständlich auch mit dem Münchner Institut der DAP. Durch den Kontakt und die Vermittlung von Dr. Lothar SCHLÜTER-DUPONT konnten wir unsere Gruppe von Lehrtherapeuten und Supervisoren erweitern, was inzwischen zu einem regen und anregenden Gedankenaustausch und befruchtender Zusammenarbeit geführt hat.

Neben der Aus- und Weiterbildung zum Psychologischen und ärztlichen Psychotherapeuten, wozu auch die Weiterbildung zum Gruppenpsychotherapeuten gehört, ist das Institut seinem weiteren Schwerpunkt 'Gruppendynamik' aus den Anfängen treu geblieben.

Seit Anfang der 80er Jahre gab es eine gruppendynamisch supervidierte Wohngemeinschaft, gegründet von ehemaligen Patienten der Klinik Menterschwaige, in den Räumen der Wieland-Straße. Die Tradition wurde 1996 wieder aufgenommen durch die Gründung eines Trägervereins für freie und betreute Wohngemeinschaften der dynamischen Psychiatrie, zentral durch Frau Ruth Lautenschläger, psychologische Psychotherapeutin.

Bis heute ist die Gruppendynamik am Institut lebendig in Gestalt von Gruppendynamischen Wochenenden, die Selbsterfahrung in der Gruppe, Supervision, Balintarbeit und Kreativgruppen wie Tanztheater (und auch Gruppenselbsterfahrung im Medium der Musik und der Malerei) anbieten. Ein zusätzliches Element stellt der humanstrukturelle Tanz dar, wir hören noch ausführlicher darüber. Zudem gibt es fortlaufende Supervisions- und Intervisionsgruppen für LehrerInnen. Über Jahrzehnte erfreute sich auch eine Diplomanden- und Doktorandengruppe zur Bewältigung von Lern- und Arbeitshemmungen großer Beliebtheit. Das LFI bietet eine Fort- und Weiterbildung in analytischer Gruppendynamik an, die hauptsächlich an den erwähnten Wochenenden, aber auch während Gruppendynamischer Klausurtagungen im Tagungszentrum der DAP in Paestum, Süditalien stattfindet, wo im Übrigen auch die werdenden Psychotherapeuten ihre Selbsterfahrung in der Gruppe absolvieren können.

Soweit nicht ausdrücklich auf Psychotherapeuten resp. solche in Ausbildung beschränkt, ist das gruppendynamische Angebot des Instituts für alle Interessenten prinzipiell offen und wird genutzt vom Vertriebs-

manager bis zur Krankenschwester, von der Lektorin bis zum Malermeister.

Ende der 90er stieß der Gruppendynamiker Rudolf SELINGER mit seiner Düsseldorfer Gruppe zum Berliner Institut und bereicherte die Arbeit um sein Konzept der analytischen Organisationsberatung. Wir freuen uns, dass die Düsseldorfer Gruppe inzwischen ein eigenes LFI, für Gruppendynamik und Analytische Organisationsberatung, gegründet hat.

Das Psychotherapeutengesetz von 1999 hat die Bedingungen, unter denen auch am LFI Berlin psychoanalytische resp. therapeutische Ausbildung stattfindet, radikal verändert. Weitgehende Standardisierung der Curricula, erhöhte Belastung durch zumeist unbezahlte langdauernde psychiatrische Praktika und Zeitdruck haben den Freiraum auch für ein mehrdimensionales Persönlichkeitswachstum des einzelnen Ausbildungskandidaten geschmälert. Wenn ich in der Arbeit von Ilse BURBIEL aus dem Jahr 1996 'psychoanalytische Ausbildung in der dynamischen Psychiatrie' lese:

> da das gesamte Ausbildungsinstitut als ein sich selbst organisierendes, alle Aufgaben selbst übernehmendes System strukturiert ist, erhält der werdende Analytiker die Möglichkeit sich nicht nur als Therapeut, sondern auch als Forscher, Organisator, Berufspolitiker, Werbespezialist usw. zu bestätigen, um hierbei seine Möglichkeiten, Talente und Stärken zu zeigen, neu zu entwickeln und zu erproben. (BURBIEL 1996, S. 215),

werde ich etwas wehmütig, denn von diesen immer noch vorhandenen Möglichkeiten wird nur noch wenig Gebrauch gemacht, so wenn Ausbildungskanndidaten auch noch in letzter Zeit mit eigenen Vorträgen auf den Kongressen der DAP/WADP präsent sind, getreu der frühen Devise von Günter AMMON: Kein Identitätsaufschub für werdende Psychotherapeuten.

Die regelhafte Verknüpfung von einzel- und gruppentherapeutischer Ausbildung findet nicht mehr statt, dennoch kommt der Selbsterfahrung in der Gruppe, sei es nun in einer gruppendynamischen oder einer psychotherapeutischen Gruppe, nach wie vor ein hoher Stellenwert zu, gerade auch in der analytischen Ausbildung.

Ich möchte hier noch einmal Ilse BURBIEL zitieren, aus ihrem Vortrag 'Identität und Gruppenbezug. Herausforderungen an den zukünftigen Psychotherapeuten' von 2007, der die oben zitierte Arbeit fortschreibt.

> Er [der Analytiker/Therapeut] sollte sich mit seinen eigenen destruktiven

> und defizitären lebensgeschichtlichen Gruppenerfahrungen in einer Gruppenpsychotherapie auseinandergesetzt haben, so dass er positive Gruppendynamiken und -bezüge verinnerlichen und so eine freundliche und offene Haltung gegenüber Gruppen einnehmen kann. Dies ist im tieferen gemeint, wenn ich von Gruppenbezug spreche. Dies meint vor allem eine im Unbewussten verankerte innere Bezugnahme zum anderen Menschen, nicht nur in einer Zweiersituation, sondern auch in einer Gruppensituation. Gruppenbezug meint eine Haltung, eine Einstellung zu dem Du und dem Wir, einem tiefen Wissen um die vielseitigen Möglichkeiten einer Gruppe, ihrer kreativen Schätze und last but not least ihrer ungeheuren Kraft und Veränderungswucht, wenn diese sich solidarisiert, um ein Gruppenziel zu erreichen. Möglicherweise liegt in dieser emanzipatorischen und kreativen Kraft der Gruppe die Skepsis und Ablehnung begraben, die autoritär strukturierte und veränderungsresistente Systeme gegenüber Gruppenbildungen und einer Beschäftigung mit Gruppendynamik haben. (BURBIEL 2007)

Das Gruppenprinzip ist von uns Älteren so stark verinnerlicht, das es sich doch, ungeachtet aller Widrigkeiten sich verselbständigender Sachzwänge sowie eigener Widerstände, immer wieder Bahn bricht. Es äußert sich auch täglich im dichten, persönlichen Kontakt sowohl zwischen Ausbildern und Auszubildenden, als auch der Ausbildungskandidaten untereinander.

Auch Psychotherapeuten, die ausschließlich im einzeltherapeutischen Setting arbeiten wollen, können um so eher auch schwerer gestörte Patienten tragen, je mehr sie selber Teil eines tragfähigen Beziehungsgeflechts, eines Gruppennetzes sind.

Ich wünsche dem Berliner Institut, dass es mit Selbstbewusstsein und Dankbarkeit auf seine spannende, außergewöhnliche Vergangenheit zurückblickt sowie seine Freiräume in einer zunehmend digitalisierten, bürokratisierten Welt erfolgreich verteidigt und offensiv für eine kreative, neuen Entwicklungen gegenüber offene, Weiterentwicklung nutzt.
Ich danke Ihnen für Ihre Aufmerksamkeit.

Literatur

Ammon, G. (1968): Dynamische Psychiatrie. *Dynam. Psychiat.* 1:6-18.

—— (1970a): Zur psychoanalytischen Theorie und Praxis von Anpassung und Emanzipation. *Dynam. Psychiat.* 3:4-19.

——_(1970b): Ich-Struktur und Gesellschaft: zur psychoanalytischen Kulturtheorie. *Dynam. Psychiat.* 3:65-76.

—— (1980): Dynamische Psychiatrie. Kindler: München.

—— (1995): Der mehrdimensionale Mensch. Berlin: Pinel

Bacia, H. (1968): Die 'Psychotherapeutische Beratungsstelle – Beratungsstelle für Intimfragen' an

der Freien Universität. *Dynam. Psychiat.* 1:52-57.

Burbiel, I. (1996): Psychoanalytische Ausbildung in der dynamischen Psychiatrie. *Dynam. Psychiat.* 29:213-221.

—— (2007): Identität und Gruppenbezug. Herausforderungen an den zukünftigen Psychotherapeuten. (unveröffentlicht)

—— (2008): Günter Ammon – Leben und Werk. *Dynam. Psychiat.* 41:5-19.

DAP/DGG: (1970): Mitteilungen. *Dynam. Psychiat.* 3:237-238.

Dietrich, Dieter (1986): in: *Der Tagesspiegel*, 18.3.1986.

Jovana, M. (1986): in: *The Rajneesh Times*, 28.3.1986.

LFI (1970): Mitteilungen. *Dynam Psychiat.* 3:117-118.

Hameister, H.-J. (1970): (unveröffentlichtes Skript).

Volger, H. (1983): Tendenzen und Elemente bei der Entwicklung einer neuen Psychiatrischen Schule – die Berliner Schule der Dynamischen Psychiartrie. *Dynam. Psychiat.* 16:347-382.

Volger, H.; Horst, S. (1986): Die ganzheitliche Schau von Mensch und Wissenschaft. *Dynam. Psychiat.* 19:226-237.

Zeitungen und Zeitschriften

Berliner Morgenpost; 21.11.1971.

BZ; 20.11.1971. [Berliner Boulevard-Zeitung]

Dynam Psychiat. 1968(1).

Tagesspiegel; 20.11.1971.

Adresse
Gabriele von Bülow • Schillerstr. 27 • 10625 Berlin • g.v.buelow@t-online.de

Identität und Gruppe

Maria Ammon (Berlin)

The author describes the enormous challenges for the development of personal identity under the circumstances of post-modern societies and globalization at the beginning of the 21st century. A possible solution for these problems of the individual may be found in Günter AMMON's concept of identity and group. AMMON's conception of the development of identity is reviewed in detail. Consequences for therapeutic work are discussed.

Keywords: identity, group dynamics, social energy, identity therapy

Ich möchte vorneweg ein Zitat von Sami MA'ARI stellen:

> Identitäten sind hoch komplexe, spannungsgeladene, widersprüchliche, symbolische Gebilde, und der, der behauptet, er habe eine einfache, eindeutige, klare Identität, der hat ein Identitätsproblem. (Sami MA'ARI)

In einer Zeit der Globalisierung mit ihren sozialen und gesellschaftlichen Problemen und Herausforderungen und einem Modernisierungsprozess, der nach VAN DER LOO, VAN REIJEN (1992) die Natur, die Kultur, die soziale Struktur und die Person betrifft, erscheint die Auseinandersetzung mit dem Thema der Identität des Menschen in seinem Eingebettetsein in Gruppenzusammenhänge für die Psychotherapie, Psychoanalyse, Psychologie aber generell für jede Behandlungswissenschaft immer mehr Bedeutung zu gewinnen.

Leider wird in der Literatur nach wie vor nur wenig auf das Thema Identität eingegangen.

Ich möchte kurz auf die gesellschaftlichen Probleme eingehen, die sich der heutigen Identitätsentwicklung stellen.

Die holländische Soziologen VAN DER LOO und VAN REIJEN gehen davon aus, dass die Domestizierung der Natur an ihre Grenzen gestoßen ist und es zu ökologischen Krisen kommt, die natürlichen biologischen Gegebenheiten werden dabei immer mehr aufgehoben mit einer gleichzeitigen Sehnsucht nach 'unberührter Natur'. In der Kultur unterliegen nach den oben genannten Autoren Deutungsmuster und Handlungstechniken einem ständig wachsenden Prozess der Rationalisierung, der sich im besonderen in der Verrechtlichung, Bürokratisierung und Verwissenschaftlichung von Arbeit und Alltagsleben ausdrückt. Durch diese starke

©2009 Copyright 'Pinel' Verlag, Berlin • Dynamische Psychiatrie • Dynamic Psychiatry

Rationalisierung bilden sich aber neue Irrationalitäten heraus, die sich in religiösen und politischem Fundamentalismus ausdrücken. In den sozialen Strukturen findet immer mehr Professionalisierung und Spezialisierung im Arbeitsleben statt, mit einer immer größer werdenden Bestrebung, gleichzeitig nach Konzentration und Integration von größeren Zusammenschlüssen in Wirtschaft, Politik und Medien mit globalen Computervernetzungen. Für die Person des Einzelnen bedeutet dies eine ständige Individualisierung mit einer Freisetzung aus traditionellen Bindungen von Familie, Berufsgruppe, Religionsgemeinschaft u. a. KEUPP (1988) hat in diesem Zusammenhang die Identität im gesellschaftlichen Wandel mit der einhergehenden Instabilität als eine alltägliche Identitätsarbeit verstanden, als ein Projekt in dem der Einzelne sich seine Identität ständig selbst zusammenbauen muss. Diese Arbeit gleiche einem Flickenteppich. Er nennt sie deshalb Patchwork-Identität. Nach ihm sind für eine gelingende Identitätsprojekt-Patchwork-Arbeit materielle und soziale Ressourcen und ein soziales Netzwerk Voraussetzung und Grundlage.

Nach Expertenschätzungen wird im nächsten Jahrtausend nur noch die Arbeitskraft von 20% der Weltbevölkerung genutzt werden (vgl. MARTIN, SCHUMANN 1996)

Eine starke Polarisierung von arm und reich, Rationalisierung und Arbeitslosigkeit, Steigerung der Unternehmensgewinne und Verarmung der öffentlichen Haushalte werden sich weiter entwickeln. Für die frustrierte Masse soll nach MARTIN, SCHUMANN das sog. 'Tittytainment', d. h. 'Brot und Spiele' eingeführt werden, um die weltweiten Arbeitslosen mit betäubender Unterhaltung durch Multimedia und durch ausreichende Ernährung ruhigzustellen. SCHULZE (1992) spricht hier von der Erlebnisgesellschaft.

Diese Entwicklungen stellen uns vor neue Identitätsanforderungen und Herausforderungen, d. h. Standpunkte zu entwickeln im Hinblick auf eine postneoliberale Politik und Gesellschaft, die der Entfremdung des Menschen von sich selbst, von seinen Mitmenschen und einer Entfremdung von Natur und eigenem Körper entgegenwirkt. Hier sind wieder die menschlichen Kontakte, die gesellschaftliche Solidarität und die demokratischen Gruppenverbindungen von zentraler Bedeutung mit dem Ziel, hin zu individuellem Engagement und Wertschätzung, Entbürokratisierung und Bedeutsamkeit von Arbeit und menschlicher Existenz.

Gleichzeitig treten in der postmodernen Gesellschaft weitere Problematiken für das Ich und die Identität des Menschen auf. Axel WOLF weist in seinem Artikel in der 'Psychologie Heute' auf die 'Übermüdung' und Erschöpfung als eine neue 'stille' Zeitkrankheit hin. D. h. der 'postmoderne' Mensch ist einer ständigen Überforderung durch Arbeit und Familie, durch Leistungsdruck in fast allen Lebensbereichen ausgesetzt. Er ist einem chronischen Stress ausgeliefert einhergehend mit einer kleinteiligen Überstrukturierung der Zeit und einer permanenten Aufnahmebereitschaft für neue Kompetenzen und Informationen, denen er sich anpassen muss. Auch die Beziehungen müssen permanent neu definiert werden. So kann das 'postmoderne Ich' als ein 'Beziehungs-Ich' definiert werden, das nicht mehr in sich ruht, sondern durch die Kontakte einer dauernden Anpassung und Veränderung ausgesetzt ist.

In der weiteren Literatur beschäftigt sich EMRICH (2007) mit der Identität als Prozess im Rahmen einer philosophisch-psychologischen Untersuchung mit der Fragestellung 'wie ist es, dieser oder jener zu sein?'. Auch er kommt zu dem Schluss, dass die postmoderne Identitätsbildung Hyperflexibilität und eine konstruktivistische Weltsicht fordert.

OERTER (2006) beschäftigt sich mit der Entwicklung der Identität und sieht die Entwicklungsschritte der Identitätsbildung einerseits als Kompetenzfortschritt, andererseits als Stufen des Selbst und des Menschenbildes. Er betrachtet die vier Identitätsformen von MARCIA (1980), nämlich die diffuse Identität, das Moratorium – d. h. die gegenwärtige Auseinandersetzung mit beruflichen oder sonstigen Wertfragen –, die übernommene Identität und die erarbeitete Identität – d. h. die Festlegung auf selbst ausgewählte Berufe oder Werte – und ihre Weiterführung als sehr fruchtbar. Das Ringen um Identität in der Pubertät als bewusstes Auseinandersetzen mit sich selbst würde dann auch zu erneutem Gehirnwachstum vor allem des Frontalhirns führen. Identität definiert sich nach ihm durch Anteile der Umwelt und zugleich wird die Umwelt positiv und negativ beeinflusst. Er sieht das rasche Entwicklungstempo der modernen Gesellschaft ebenfalls als eine zusätzliche Identitätsgefährdung an. SCHIEPEK (2006) weist in seinem Beitrag darauf hin, dass die Entwicklung einer personalen Identität die Meta-Repräsentation der individuellen Potenziallandschaft von Kognitions-Emotions-Verhaltensmuster voraussetzen würde. Das Gehirn würde kontinuierlich ein Gefühl von persona-

ler Identität erzeugen, um die eigene Kohärenz und Handlungsfähigkeit zu gewährleisten. Die Konstruktion der eigenen Identität beruht auf Prozessen der neuronalen Selbstorganisation, die im Gehirn permanent ablaufen.

PLOG (2001) weist in ihrem Beitrag: Identität – Irritation – Innovation auf die Bedeutung der Individualisierung für die Identitätsbildung hin. Dies sei besonders wichtig in den gesellschaftlichen Prozessen, die zu einem aus seinen normativen Bezügen herausgelöstem Individuum geführt haben.

Als Probleme der Individualisierung sieht sie, dass arme und kranke Menschen keine Ressourcen zur Verfügung gestellt werden, um die Prozesse zu bewältigen. Hedonismus, Narzissmus und Tendenz zur Selbstverwirklichung wären selten ein Ausdruck echter Individualität, sondern hängen mit kollektivem Zwang und Normierungen zusammen. Sie sieht die Gefahr, dass Psychologen und Psychotherapeuten auf Grund eigener Problematiken die problematischen Trends zu wenig berücksichtigen würden.

BRANDTSTÄDTER (2007) kritisiert, dass durch den schnellen kulturellen Wandel eine längerfristige vorausschauende Lebensplanung und -organisation erschwert würde. Er untersucht positive Entwicklungen und gelingendes Altern auf adaptive Dynamiken, wobei die Bedürfniserfüllung nicht im Mittelpunkt steht, sondern Projekte der Zielbindung, Ablösung und Zielanpassung in ihren Wechselwirkungen.

Eine Untersuchung der heutigen deutschen Gesellschaft ergab nach OHLMEIER (2000) im Hinblick auf intrapsychische Veränderungen, dass eine Umstellung der Stillgewohnheiten und ein Verschwinden des väterlichen Prinzips in Zusammenhang gebracht werden können. Er weist wieter darauf hin, dass der 'Identitätsneid' die Quelle für Fremdenfeindlichkeit und Antisemitismus wäre. Er könne keine Therapie für die heutigen Identitätsschwierigkeiten empfehlen, sondern man müsse eine persönliche und öffentliche Nachdenklichkeit und Reflexionsfähigkeit fördern.

Psychoanalytische Theoretiker haben sich erst seit den 50er Jahren mit dem Identitätsbegriff befasst, nach dem 2. Weltkrieg in einer Zeit individueller und gesellschaftlicher Verunsicherungen. Hier ist besonders ERIKSON zu erwähnen, der die psychosexuellen Entwicklungsphasen

Freuds weiter entwickelt und besonders die Bedeutung der Adoleszenz für die Identitätsbildung herausgearbeitet hat. Er spricht von Identitätsdiffusion bei nicht gelingender Ich-Identität in dieser Ablösungsphase aus familiären Identifikationsprozessen. ERIKSON bezieht die gesellschaftskulturelle Umgebung für die Identitätsbildung als wechselseitiges Geschehen mit ein, bleibt allerdings im Interaktionistisch-Dualistischen haften.

Die sozialpsychologischen Vertreter MEAD (1934), GOFFMAN (1963) und KRAPPMANN (1972) weisen insbesondere auf die Wechselwirkung zwischen Individuum und Gemeinschaft hin. SCHMOLKE (1988) kritisiert allerdings, dass sie auf einer phänomenelogischen Verhaltensebene haften bleiben und nicht die Persönlichkeitsstrukturen untersuchen. Identität wird verstanden als eine sozial determinierter Lösungsversuch abhängig von sozialen Rollenerwartungen und individueller Freiheit. Eine inhaltliche Auseinandersetzung mit der Prozessbildung der Identität im Zusammenhang mit den sozialen Gegebenheiten erfolgt nicht.

AMMON war die Bedeutung der Gruppe durch seine Suche nach Behandlungsmethoden für früh traumatisierte und früh gestörte Patienten, besonders in den zehn Jahren, in denen er an der Menninger Foundation arbeitete, lehrte und forschte, von Bedeutung geworden. Bereits am Ende seiner psychoanalytischen Ausbildung am Karl-Abraham-Institut durch die Behandlung der schizophrenen Patientin 'Juanita' wurde ihm deutlich, dass das Umfeld mit einbezogen werden muss.

Aber erst durch die Einführung der Gruppentherapie an der Menninger Foundation, die von APPELBAUM und SUTHERLAND mit aufgebaut wurde und die er leitete, und durch das Gruppenkonzept, das bereits Karl MENNINGER für nonverbale Gruppen entwickelt hatte, konnte er sein gruppendynamisches und gruppentherapeutisches Erfahrungswissen gewinnen und entwickeln. Basierend auf theoretischen Grundlagen der Gruppentherapiepioniere, ausgehend von den 50er Jahren hat er es dann bei seiner Rückkehr nach Deutschland in seiner Praxis, dann in den Instituten und ganz besonders als Gesamtgruppengeflecht in der Klinik Menterschwaige umgesetzt und weiter entwickelt.

Diese Umsetzung hatte ihn in schwierige Konfliktsituationen mit der orthodoxen Psychoanalyse und der damaligen Psychiatrie gebracht.

MITSCHERLICH und generell die freudianische Psychoanalyse verstand

Gruppenpsychotherapie, Gruppendynamik und jede Gruppenarbeit als den Menschen kollektivierend, d. h. er würde unter Gruppendruck gesetzt werden, unter Anpassung an Gruppen und ihm würde Individualität verwehrt werden.

AMMON hatte nach seiner Rückkehr aus Amerika sich immer mehr von dem freudianischen Triebverständnis gelöst und ein eigenes ganzheitliches Persönlichkeitsverständnis entwickelt, in dem er den Menschen in seiner Ganzheit mit den biologische körperlichen, psychischen und geistigen Bereichen in einer Persönlichkeitsgesamtstruktur, die er Humanstruktur nennt, erfasst. Er versteht dabei den Menschen in der Entwicklung seiner Persönlichkeitsstruktur, die er in seiner Gesamtheit als Identität bezeichnet immer eingebettet in Gruppenzusammenhängen. Identitätsentwicklung und Emanzipation aus der Gruppe beschreibt er bereits 1970 in seinem Buch 'Gruppendynamik der Aggression'. 1981 in seinem Beitrag 'von der spätbürgerlichen Psychoanalyse zur Emanzipation in der Gruppe' schreibt er:

> Voraussetzung für gelingende Anpassung ist eine lebendige Kommunikation zwischen dem Einzelnem und der Gruppe. Lebendige Kommunikation will sagen, 1. dass es dem Ich gelingt, seine Funktionen zu entwickeln und auszuüben, dass 2. die Gruppe, und im weiteren Rahmen die Gesellschaft, dieser Entwicklung entgegenkommend korrespondiert. Anpassung in diesem Sinne ist, so meine ich, Emanzipation. Das Individuum emanzipiert sich mit Hilfe der Gruppe von den unvermeidlichen Ängsten der Kindheit und findet zu einer angstfreien Identität. Indem die Gruppe diesen Prozess teilnehmend unterstützt, entwickelt sie ein Höchstmaß von Kommunikation und Erfahrungsfähigkeit. Sie bereichert damit ihre eigene Identität, welche sie selbst als Gruppe in der Auseinandersetzung mit der Gesellschaft bestimmt, deren Teil sie ist. (AMMON 1979)

Als AMMON in den 60er Jahren die therapeutische Studentenberatungsstelle an der FU leitete, waren bis zu 20 studentische Gruppentherapiegruppen am Berliner LFI.

Das Gruppenverständnis der dynamischen Psychiatrie basiert also auf einem Verständnis, das den Menschen mit seinen unterschiedlichen Dimensionen und in seiner ihm eigenen Individualität in Körperlichkeit und Geistigkeit immer verwoben mit anderen Menschen, mit Gruppen und der Gesellschaft, in der er lebt, versteht. Die menschliche Entwicklung passiert durch die Auseinandersetzung und das Zusammenspiel von gruppendynamischen und interindividuellen Prozessen.

AMMON sagt hier:

> Identität und Gruppe gehören zusammen, denn erst durch ein Erleben und Erfahren der eigenen Persönlichkeit im Spiegel der anderen Menschen und durch ein Wahrnehmen, Ernstnehmen und Erkennen der anderen in der Gruppe kann Ich- und Identitätsentwicklung stattfinden. (1982)

In diesem Sinne versteht die dynamische Psychiatrie den Menschen als ein Gruppenwesen. D. h. der Mensch wird in Gruppen hineingeboren, er entwickelt sich in seiner Identität in Gruppen und er erhält für seine Entwicklung Energie aus der Gruppe, die AMMON Sozialenergie nennt. Er kann sich hier kreativ im eigenen Recht entwickeln oder auch krank werden. Entscheidend ist hier die Gruppenatmosphäre, die Dynamik und insgesamt die Sozialenergie und das eingebettet sein der Gruppe in einen sozialen und kulturellen größeren Zusammenhang. Bereits die pränatale Entwicklung ist von gruppendynamischem und sozialenergetischem Einfluss abhängig.

Das gruppendynamische Feldgeschehen kann wie ein feines Geflecht von energetischen Kräften verstanden werden, das in einem ständigen Zusammenspiel von Aktion und Reaktion ist. In Angleichung an LEWIN (1963) bedeutet Gruppendynamik in diesem Verständnis mehr als nur die Summe der Interaktionen und des Rollenverhaltens der einzelnen Mitglieder, da die unbewusste, die aktuelle und die geschichtliche Dimension mit einbezogen wird.

Das große Verdienst AMMONs ist es, dass er das Prinzip der Sozialenergie (1979, 1982, 1986) als ein zentrales gruppendynamisches Prinzip definiert und entwickelt hat. Es ist grundlegend für jedes gruppendynamische Verständnis in der dynamischen Psychiatrie, genauso wie die Identitätsentwicklung und das ganzheitliche Menschenbild wichtige Grundpfeiler darstellen.

Unter Sozialenergie versteht AMMON eine zwischenmenschliche psychische Energie; sie bedeutet „Kontakt, Auseinandersetzung, Geborgenheit, Verlässlichkeit, Liebe, Forderungen an die Identität, Forderungen und Aufforderungen zum Tun, zur Tätigkeit und zur Aufgabe." (1985) Die sozialenergetischen Austauschprozesse in der Primärgruppe sind ausschlaggebend für die Entwicklung der Persönlichkeitsstruktur und damit der Identität des Menschen.

Das Zusammenwirken von gruppendynamischer Sozialenergie und Identitätswachstum bildet einen sozialenergetischen Kreis. Dies bedeutet Sozialenergieaustausch – Humanstrukturniederschlag im Unbewussten –

Identitätswachstum und wiederum Bezug zur Gruppe. Mit seiner Persönlichkeitsstruktur, die Gruppen- und sozialenergetisch abhängig gewachsen ist und als 'geronnene Sozialenergie' verstanden werden kann, entwickelt der Mensch seine eigene individuelle Identität. Die im Unbewussten verankerten zentralen Humanfunktionen stehen dabei in interdependenter Beziehung zu dem funktionalen Verhaltensbereich der Fähigkeiten und Fertigkeiten und zu den biologischen und neurophysiologischen Humanfunktionen des Menschen. Hier werden die unbewussten und bewussten gruppendynamischen und sozialenergetischen Erfahrungen integriert.

In dem humanstrukturellen Verständnis, dass alle Humanfunktionen, besonders auch die zentralen unbewussten Humanfunktionen wie Aggression, Ich-Abgrenzung nach innen und nach außen, Kreativität, Sexualität, Angst, Narzissmus, Kontakt- und Gruppenfähigkeit, Traumfähigkeit u. a. sich gruppen- und sozialenergetisch abhängig entwickeln, kommen den Humanfunktionen Aggression und Kreativität eine besondere Bedeutung zu, da sie das gruppendynamische Feld zentral mitbestimmen. AMMON hat die Aggression als eine ursprünglich konstruktiv gegebene Kraft definiert, die als Ad-gredi in Beziehung tritt zu anderen Menschen und Dingen „als ein Vehikel allen menschlichen liebenden und schöpferischen Tuns im Dienste des Lebens". (AMMON 1970). Auch die Kreativität hat er bereits 1972 gruppendynamisch definiert. So sagt er hier, die

> Entfaltung von schuldfreier Sexualität, konstruktiver Aggression und Kreativität sind von der Kommunikation mit der umgebenden Gruppe primär abhängig. Die Gruppe und im weiteren Sinne die Gesellschaft bestimmen, wie weit Kreativität sich entwickeln und äußern kann. (AMMON 1972)

Eine konstruktive sozialenergetische Gruppendynamik ist nach AMMON dadurch gekennzeichnet, dass jedes Gruppenmitglied sich entwickeln und verändern kann, dass Toleranz und Ermutigung sich abwechseln und dass ein permanenter kommunikativer Austausch stattfindet. Destruktive sozialenergetische Gruppendynamik bedeutet, dass die Gruppenmitglieder sich aktiv daran hindern, Entwicklungsprozesse zu vollziehen, die Kommunikation wird dafür benutzt, sich gegenseitig aus Angst vor Veränderung zu blockieren. In der defizitären sozialenergetischen Gruppendynamik wird jedwede Kommunikation für Entwicklung und Wachstum verhindert. Hier kann man von toten Gruppen sprechen. Entsprechend

kann man sich das Identitätswachstum und die Identität des einzelnen Menschen in diesen Gruppen vorstellen.

Als ein Beispiel für eine krankmachende destruktive und defizitäre sozialenergetische Familiengruppen-Dynamik möchte ich meine Untersuchung mit schizophren machenden Familien erwähnen. Ich hatte sechs Patienten mit ihren Familien mit qualitativer Forschungsmethodik untersucht. Das zentrale Ergebnis war, dass die Familienatmosphäre bestimmt war von einer kaum ertragbaren, ständigen Angst und einer zerrütteten Ehe mit ständigen Aggressionen und Streitigkeiten und Verlassenheiten bis hin zu Selbstmorddrohungen.

Des weiteren war wesentlich, dass keine beständige, verlässliche Familiensituation gegeben war. Das Beziehungsgeschehen war instabil und brüchig, ständige Abbrüche herrschten vor; es war keine kontinuierliche vertrauensvolle Beziehung möglich. Hatte der Patient sich einmal eingelassen, wurde er plötzlich herausgerissen und fallen gelassen. Das tragische Ergebnis der Untersuchung war, dass der Patient diese Gegebenheiten in der Familie aber nicht wahrnehmen durfte, er musste die Vorstellung vertreten, die Familie wäre doch ganz in Ordnung und heil. Siehe hierzu auch Maria AMMON (s. BERGER) 1990 und 1993.

Wichtig für das sozialenergetische Gruppenverständnis, das in Interdependenz mit der Identitätsentwicklung des Menschen steht ist die ethische Haltung und die Wertsetzung eines Menschenbildes, das einer konstruktiven Entwicklung zu Grunde liegt, d. h. inwieweit Raum, Zeit, innere Ruhe, Echtheit, ethische Werte, Umgang mit Arbeit, Kontakt und Freundschaft, Aufgaben, geistige Werte und Interessen mit einem Standpunkt für soziale und politische Belange in einer Gruppe vermittelt und gelebt werden.

In der dynamischen Psychiatrie sind Sozialenergie, Gruppe, Identität, Humanstruktur und Unbewusstes Größen, die sich in einem ständigen interdependenten Austausch befinden und die die menschliche Entwicklung in einem lebenslangen Prozess bestimmen. Die dynamisch-psychiatrische Psychotherapie heißt deshalb Identitätstherapie.

Hier kommt der gruppentherapeutischen Arbeit besondere Bedeutung zu. D. h. für den Therapeuten, dass er Vertrauen in die kreativen Kräfte der Gruppe und den einzelnen Menschen haben muss, denn nur dann können Gefühle, Auseinandersetzungen und Entwicklung in eigener

Identität statt finden. Wichtig ist immer auch die schwächeren Mitglieder der Gruppe zu schützen und sie emphatisch zu unterstützen und zu integrieren. Für die früh traumatisierten Patienten in der Klinikbehandlung wird neben der formalen Einzel- und Gruppentherapie auch Milieutherapie mit den milieutherapeutischen Gruppenprojekten und nonverbale kreativierende Gruppentherapien, wie die humanstrukturelle Tanztherapie oder Reit-, Musik- oder Theatertherapie, für ein wiedergutmachendes sozialenergetisches Gruppenfeld zur Verfügung gestellt.

In der Schlussphase einer jeden Identitätstherapie wird es besonders um die Integration der erfahrenen Weiterentwicklung in dem therapeutischen Gruppengeflecht gehen. Hier geht es um die Fähigkeit, sich trennen zu können mit einer Bewältigung der einhergehenden Trennungsangst und -wut; und das Risiko auf sich zu nehmen, eigene Identität zu haben, eigenes Leben zu leben, für sich selbst verantwortlich zu sein, sein eigener Therapeut zu sein. Seinen eigenen Lebensstil zu entwickeln und zu leben.

Konstruktive Identität bedeutet dabei, einen selbstbestimmten Menschen, der auf kreative und konstruktive Weise mit anderen Menschen leben kann. Destruktive Identität meint einen Menschen, der destruktiv gegen sich und andere agiert, ohne zu wissen, wer er ist und was er will in der Welt. Bei Menschen mit defizitärer Identität herrscht meist eine große innere Leere vor.

Identität als Geschehen an der Grenze von Raum und Zeit. Persönlichkeitsveränderung, humanstrukturelle Veränderung und Identitätswachstum geschehen immer an einer Grenze. An einer Grenze, an dem ein wichtiger Kontakt entsteht und der Mensch mit sich selbst konfrontiert ist. AMMON sagt hier:

> Jede bedeutsame Begegnung, die den Menschen in seiner zentralen Persönlichkeit erreicht, formt ein Stück weit seine Persönlichkeit, so dass diese Persönlichkeit letztendlich zu deuten ist als ein neues ganzheitliches Resultat aus einer Kette von bedeutsamen Begegnungen und Grenzsituationen, durch die eine ganzheitliche Identität sich abgrenzt und formiert. (AMMON 1986)

Der Integration kommt dabei eine besondere Bedeutung bei, damit sich nicht eine zersplitterte und desintegrierte Persönlichkeit im Sinne einer Patchworkidentität entwickelt.

Das Umgehen mit wertschätzenden und bedeutenden Begegnungen

und Freundschaft und das Umgehen mit einer Wertschätzung von Arbeit und Aufgaben geistiger, sozialer und politischer Art prägen die Identität eines Menschen und machen einen Menschen zu einem Menschen mit voller bewusster gelebter Zeit mit Sinnhaftigkeit, eigenem Standpunkt und Wertschätzung von seinen Lebenszielen immer eingebunden und in Weiterentwicklung und in einem sozialenergetischen Austausch mit anderen Menschen und Gruppen.

Identity and Group

Maria Ammon (Berlin)

The development of personal identity faces enormous challenges at the beginning of the 21st century. The ongoing processes of modernization and globalization create tensions and disturbances which often stress individuals' capacities of integration to the limit. The sociologists VAN DER LOO and VON REIJEN (1992) paint a vivid picture of the social circumstances under which the development of an individual's identity has to take place nowadays: they argue, that the domestification of our natural environment has reached it's limits and that ecological crisis are inevitable. Natural conditions of life are vanishing more and more, leaving an ever growing desire for 'untouched nature'.

In regard to culture the authors state, that the processes of rationalization are still intensified, as can be seen in the ever growing dominance of law, bureaucracy, and science over working life and everyday life. But intensified rationalization creates new irrationalities, e.g. in the shape of religious and political fundamentalism. Growing specialization and professionalization characterizes modern working life, in combination with global processes of concentration of power in economy, politics, and media.

The consequences for the individual can be described as a permanent pressure in the direction of individualization with far reaching losses of traditional attachments to family, profession, religion, etc. KEUPP (1988) argues that all these processes of change in society and the accompanying instabilities put a heavy burden on the shoulders of individuals. Identity is no longer a stable property of the individual, clearly defined by

tradition, but becomes a fluent and instable construction, which the individual has to reconstruct permanently in differing situations and contexts. KEUPP speaks in this respect of a 'patchwork-identity' stitched together by permanent 'identity-work' in everyday life. This view on post-modern identity is confirmed by EMRICH (2007) from a philosophical-psychological perspective. He states, that building a personal identity under post-modern circumstances requires 'hyper-flexibility' and a 'constructivist point of view on the world'. A constructivist view on personal identity is in accordance with the results of contemporary neuroscience. SCHIEPEK (2006) argues, that the brain continuously creates a sensation of personal identity, in order to secure its coherence and ability to act. The construction of self-identity is based on processes of neuronal self-organisation, which take place in the brain permanently.

The construction of identity in post-modern times is also accompanied by a high risk to fail. OERTER (2006) cites the classic research of MARCIA (1980) who pointed at the danger, that the so-called 'moratorium' of identity in adolescence might not be resolved in the form of a stable identity and that identity therefore can remain diffuse. OERTER identifies the high speed of social development and cultural change as a potential threat for the development of identity, increasing the risk of identity diffusion. Prolonged identity diffusion as a possible negative outcome of the adolescent crisis was already a prominent topic in the psychoanalytic work of Erik ERIKSON, who, in the 1950ies was the first psychoanalyst to reflect on the problems of identity development in modern societies. ERIKSON stressed the importance of the surrounding cultural and societal conditions for the construction of identity, his view was nevertheless limited to an interactionistic-dualistic perspective.

Günter AMMON realized the central importance of the group for the development of personal identity quite early in his therapeutic and scientific work. Inspired by his experiences during his stay at the Menninger Foundation in the late 1950ies and early 1960ies, where many of the pioneers of psychoanalytic group therapy worked, AMMON brought the principles of group-dynamics and group therapy back to Germany when he returned to Berlin in 1965.

His consequent implementation of group dynamic work and group therapy in his own practice in the institutes of the German Academy of

Psychoanalysis and later in the Clinic Menterschwaige caused many conflicts with orthodox psychoanalysis and psychiatry in Germany. MITSCHERLICH and other prominent representatives of Freudian psychoanalysis could not see the benefits of groups for the development of personal identity. Instead they recognized groups as a possible threat to individual freedom and identity, fearing the dangers of group pressure on the individual and collectivism.

In contrast to the orthodox view AMMON had distanced himself more and more from the Freudian notion of drives and had developed a holistic understanding of personality as the basis for his own conception of man and psychoanalysis. He understands the structural development of personality—which as a whole he terms 'identity'—as embedded in the structures of the surrounding group of an individual. Already in his first book 'Group-dynamics of aggression' (1970) he describes the processes of development of identity and emancipation from the group. In 1979 he writes,

> precondition for successful adaptation is the vital communication between individual and group. Vital communication means, that first it is possible, that the individual can develop and live his functions, and second, that group and society accept and stimulate this development. Adaptation understood in this sense is in my opinion emancipation. The individual emancipates himself from the anxieties of childhood and finds an identity free from anxiety. If the group emphatically supports this process it will develop a maximum of communication and openness to experience. The group enriches in this way it's own identity, which constitutes the group as a group in the context of society. (AMMON 1979)

Human development takes place in the interplay and tensions between inter-individual and intra-individual processes. AMMON (1982) described this interplay as follows:

> Identity and group belong together, because only through the experience of the self in the mirror of other individuals and through the experience, acceptance, and understanding of the other in the group can ego and identity development be realized. (AMMON 1982)

In this sense dynamic psychiatry understands man as a group centered being, i. e. man is born into groups, develops his identity in groups, and receives psychic energy for his development from the group, a form of energy which AMMON termed 'social energy'. In groups an individual may experience a creative personal development in his own right, or may as well acquire psychic disturbances and illness. The decisive factors for

differing lines of individual development are the atmosphere and dynamics of a given group, especially the quality of social energy predominant in a group.

According to AMMON (1979, 1982, 1986) social energy can be understood as inter-individual psychic energy. It can be translated as "contact, debate and argument, security, reliability, love, demands for identity, demands for activity and commitment." (AMMON 1986)

Group dynamics characterized by constructive social energy give every member of the group the allowance to develop and to change. In a constructive group a permanent communicative exchange takes place, there is an alternation of tolerance and encouragement of the individual. Destructive social energy in a group means that the every group member actively hinders all other mermbers' development. Communication is instrumental in destructively blocking each other out of a deep fear of change. In deficient groups communication has dried out, there is only a minimum of energetic exchange, not enough social energetic support for the individual to develop his identity and autonomy. One may speak of 'dead groups' in respect to deficient social energy. Especially striking examples of destructive and deficient social energy and group dynamics are found in empirical research on the dynamics in the primary family groups of schizophrenic patients (s. Maria AMMON 1990, 1993).

From the point of view of dynamic psychiatry there is a permanent interdependent exchange between social energy, group, identity, human structure, and unconscious. These are the central factors which determine human development in a lifelong process. Therefore psychotherapy in dynamic psychiatry is termed 'identity therapy'. The central relationship between identity and group leads to the crucial importance of group therapeutic work in identity therapy. For patients with severe early disturbances there has to be an integrated therapeutic concept with various group settings (e. g. group therapy, milieu therapy, different non-verbal therapeutic groups) in order to establish constructive social energy and healing group dynamic experiences. An integrated therapeutic concept based on group dynamic principles was realized by Günter AMMON in the Clinic Menterschwaige, Munich.

Literatur

Ammon, G. (1970): Gruppendynamik der Aggression. Berlin: Pinel 1979.

Ammon, G. (Hg.)(1979): Hdb Dynam. Psychiatrie; Bd. 1. München: Reinhardt.

Ammon, G. (1982): Identität – ein Geschehen an der Grenze von Raum und Zeit. *Dynam. Psychiat.* 15:114-128.

Ammon, G. (1986): Der mehrdimensionale Mensch. Berlin: Pinel.

Ammon, M. (2002): Kindheit und Pubertät von schizophren strukturierten Patienten. Bonn: Psychiatrie-Vlg.

Berger, M. (1990): Untersuchungen des sozialenergetischen Lebensfeldes von schizophren reagierenden Patienten anhand biographischer Interviews. *Dynam.Psychiat* 23:357-376.

—— (1993): Kindheit und Pubertät bei schizophren strukturierten Patienten – eine qualitative Analyse von Patienten und deren Familien. *Dynam. Psychiat.* 26:49-72.

Brandtstädter, J. (2007): Das flexible Selbst. Heidelberg: Spektrum.

Emrich, H. M. (2007): Identität als Prozess. Würzburg: Königshausen Neumann.

Goffmann, E. (1963): Stigma, Über Techniken der Bewältigung beschädigter Identität. Frankfurt/M.: Suhrkamp.

Keupp, H. (1998): Chancen des Umbruchs – das soziale Kapital Deutschlands. In: B. Röhrle, H. Keupp (Hg.): Soziale Netzwerke. Frankfurt/M.: Campus.

Krappmann, L. (1972): Dimensionen der Identität. Stuttgart: Klett-Cotta.

Lewin, K. (1963): Feldtheorie in den Sozialwissenschaften. Bern, Stuttgart: Huber.

Marcia, J. E. (1980): Identity in adolescence. In: J. Adelson (Hg.): Hdb adolescent psychology; pp. 159-187. New York: Wiley Sons.

Martin, H.-P.; Schumann, H. (1996): Die Globalisierungsfalle. Reinbek: Rowohlt.

Mead, G. H. (1934): Mind, self, and society. Chicago: Univ Chicago Press.

Oerter, R. (2006): Entwicklung der Identität. *Psychoth in Psychiatrie, Psychoth Med u Klin Psychologie* 11(2):175-191.

Ohlmeier, D. (2000): Identität im Wandel – aus psychoanalytischer Sicht.*Gruppendynamik u Organisationsberatung* 31(4):371-382.

Plog, U. (2001): Identität-Irritation-Innovation, in: Gesellschaft für wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie (Ed.): Visionen für ein gesellschaftliches Miteinander. FS z. Jubiläumskongress '30 Jahre GwG – 60 Jahre Personzentrierter Ansatz'; S. 31-45. Köln: GwG-Vlg.

Schiepek, G. (2006): Die neuronale Selbstorganisation von Persönlichkeit und Identität. *Psychoth in Psychiatrie, Psychoth Med u Klin Psychologie* 11(2):192-201.

Schmolke, M. (1988): Der Identitätsbegriff bei Ammon – ein Vergleich mit anderen psychologischen Schulen. *Dyn Psychiat* 21:313-325.

Schulze, G. (1992): Erlebnisgesellschaft. Frankfurt/M.: Campus.

van der Loo, H.; van Reijen, W. (1992): Modernisierung. Projekt und Paradox. München: DTV.

Wolf, A. (2007): Zur Ruhe kommen. *Psychologie Heute* 2007:20-25.

Adresse

Dr. Maria Ammon • Meierotto-Str. 1 • 10719 Berlin

Das individuelle Selbst und die Gruppe unter einem psychoanalytischen Gesichtspunkt

Raymond Battegay (Basel)

The relationship between 'I and Thou' as well as between the self, group, and society, the function of the mirror neurons in the brain, is described. As opposed to the mother child dyad three levels of object relations are explained: the archaic narcissistic-fusional level, the archaic, and higher levels of active ego-performances, and the level of free decision to take up and maintain or defend against or break with an object relation. The parallel phases of development of (therapeutical) groups are described: explorative contact, regression, catharsis, insight, and social leaning. In times of tension projective identification and projection of one's own aggressions onto other groups, minorities or nations as well as the identification of those groups as enemies often occur.

Keywords: self, object, mirror neuron, group development, political implication

Nicht nur die Psychoanalyse, sondern auch Philosophie und Soziologie befassen sich mit der gegenseitigen Relation von Individuum und Gruppe bzw. Gesellschaft. So schreibt der bekannte Soziologe Norbert ELIAS in seiner Schrift 'The Society of Individuals':

> das Individuum kann nur vermittels seines gemeinschaftlichen Lebens mit anderen verstanden werden. [...] die individuelle Person ist nur fähig 'ich' zu sagen, wenn und weil sie zu gleicher Zeit auch 'wir' sagen kann. Selbst der Gedanke 'ich bin' und noch mehr der Gedanke 'ich denke' setzt die Existenz von anderen Menschen und ein Gemeinschaftsleben mit ihnen, in Kürze mit einer Gruppe oder mit der Gesellschaft, voraus. Natürlich genügt eine theoretische Reflexion allein nicht. Eine unterschiedliche Struktur des individuellen Selbstbewusstseins, eine unterschiedliche Selbstrechtfertigung des Individuums wäre nötig, um die Verzweigungen des Standes der Angelegenheit zu erforschen. (ELIAS 1939, S. 61; freie Übersetzung d. Autors)

Martin BUBER, der über das Judentum hinaus bekannte Religionsphilosoph, formuliert in seinem Buch 'Ich und Du' (Erstauflage 1936) die erwähnte Gegebenheit u. a. wie folgt:

> Wie die Melodie nicht aus Tönen sich zusammensetzt, der Vers nicht aus Wörtern und die Bildsäule nicht aus Linien, man muss daran zerren und reißen bis man die Einheit zur Vielheit zusammenbereitet hat, so der Mensch, zu dem ich Du sage. Ich kann die Farbe seiner Haare oder die

©2009 Copyright 'Pinel' Verlag, Berlin • Dynamische Psychiatrie • Dynamic Psychiatry

> Farbe seiner Rede oder die Farbe seiner Güte aus ihm holen, ich muss es immer wieder, aber schon ist er nicht mehr Du. (BUBER 1974, S. 15)

An anderer Stelle seines Buches, betont BUBER folgerichtig: „Der Mensch wird am Du zum Ich." (1974, S. 37)

Unter dem Aspekt der inzwischen gewonnen soziologischen und gruppenpsychotherapeutischen Erkenntnisse können wir den Buberschen Satz erweitern und sagen:

> Der Mensch wird an der Gruppe zum Ich. Ohne Gruppe hätte das menschliche Individuum keinen Widerhall, keinen Wirkkreis und keinen historischen Bestand. Nur im Gedächtnis der Gruppe, bzw. der Gruppen, in die es mit einbezogen ist, überwindet es seine Zeitlichkeit im Verlauf der Menschheitsgeschichte. Ohne das Gedenken von Gruppen, in denen das Individuum gewisse Funktionen zu erfüllen hat, ohne ein Beziehungssystem, in das hinein ein Mensch verwoben ist, würden seine Leistungen verpuffen und seine Existenz, sobald er nicht mehr am Leben ist, in Vergessenheit geraten (BATTEGAY 1977).

Günter AMMON, der vor 40 Jahren die Deutsche Akademie für dynamische Psychiatrie gegründet hat, schreibt in seinem Buch 'Der mehrdimensionale Mensch' zur Beziehung des Individuums zur Gruppe u. a. Folgendes:

> Ich gehe aus von einem Verständnis des Menschen, der lebt mit dem wesentlichen und bedeutsamen Anliegen, nach eigener Identität zu ringen, sich selbst zu erleben mit und durch andere, sich auszudrücken in Gruppen, sich zu entwickeln im Kontakt und in Auseinandersetzung mit dem anderen in der Gruppe. (AMMON 1986, S. 88)

Zur Selbstpsychologie

> Nach dem Begründer der Selbstpsychologie Heinz KOHUT (1971, S. XV) ist das Selbst ein Inhalt des psychischen Apparates, jedoch nicht eine seiner Konstituenten wie das Ich, das Es und das Über-Ich. Es ist die narzisstische Besetzung von Ich, Es, Über-Ich und des Körpers, die dem Menschen im Normalfall das Gefühl vermittelt, eine lustvoll erlebte Einheit zu bilden und ihm kompassartig eine – dauerhafte – Richtung gibt. Es ist jene Repräsentanz, die dem Individuum den Eindruck vermittelt, bei allen Veränderungen, die es durchmacht, gestern, heute und morgen das gleiche und ein ganzes Zusammengehöriges zu sein sowie eine unveränderliche Subjektivität zu besitzen. (BATTEGAY 2008, S. 58).

Während das Ich bzw. dessen Stärke oder Schwäche, dessen Konsistenz oder dessen Fragmentationsbereitschaft weitgehend genetisch bedingt sind, haben wir Grund zur Annahme, dass das Selbst (=Narzissmus) erst durch die Mutter und die übrige mitmenschliche Umgebung des kleinen

Heranwachsenden geweckt werden muss. Die Eigenliebe des Kindes und späteren Erwachsenen vermag sich wohl nur dann zu entfalten, wenn ihm von Geburt an oder schon intra utero emotionale Zuwendung und Liebe dargebracht wird.

In den vergangenen 35 Jahren wurde der direkten Beobachtung der Mutter-Säugling-Interaktionen bzw. des mimischen und pantomimischen Wechselspiels (STERN 1985) zwischen Mutter und Kleinkind viel Aufmerksamkeit geschenkt. Es wurde dabei beobachtet, wie sehr die Reaktionsbereitschaft der Mutter (engl.: responsiveness), aber auch die Aktivität des Kleinkindes und dessen Aktivierung des mütterlichen Verhaltens, entscheidend für die gedeihliche Entwicklung eines Säuglings sind.

Die Spiegelneuronen

RIZZOLATTI et al. (2002, 2003) haben anhand von an Affen durchgeführten Untersuchungen und parallelen Beobachtungen und bildgebenden Verfahren bei Menschen die Spiegelneurone im Gehirn von Primaten und Menschen entdeckt. Bei den Affen zeigte sich, dass eine durch einen anderen vollzogene Handlung im Beobachter ein eigenes neurologisches Programm hervorruft, und zwar dasjenige, das die beobachtete Handlung bei ihm selbst zur Ausführung einer Handlung führen kann. Es besteht demnach beim Affen eine neurobiologische Resonanz.

Beim Menschen ließ sich das Spiegelungsphänomen im Rahmen der erwähnten bildgebenden Verfahren an Schnittbildern des Gehirns feststellen. Handlungssteuernde Nervenzellen werden beim Menschen nicht nur bei Beobachtung eines handelnden anderen aktiv. Die Spiegelneuronen, die sich beim Menschen in der unteren prämotorischen und parietalen Region befinden, funken auch dann, wenn einer Testperson gesagt wird, sie möge sich die betreffende Handlung vorstellen.

Die Spiegelneuronen dürften bei der Heranbildung des menschlichen Selbst und Selbstwertgefühls eine wesentliche Rolle spielen, da dadurch auch entgegengebrachte emotionale Wärme und Liebe registriert werden (BAUER 2005). Die Frage stellt sich, inwiefern eine mangelnde Resonanzfähigkeit der Spiegelneuronen an gewissen Persönlichkeitsstörungen teilhat, welche durch eine Beeinträchtigung der mitmenschlichen Kommunikation gekennzeichnet sind.

Mutter-Kind-Dyade

Betrachten wir die Entwicklung des menschlichen Fötus, so ergibt sich, dass dieser nicht nur durch die Nabelschnur mit der Mutter in Verbindung steht, sondern durch seine Haut auch über das Fruchtwasser. Es wird ihm damit die mütterliche Körperwärme übermittelt.

Die Umweltwahrnehmung während des fötalen Lebens und während der ersten Lebensmonate bis zum Ende des ersten Halbjahres des Kindes geschieht also auch durch die Haut und nach der Geburt zunehmend durch die sich entwickelnden Sinnesorgane. Wenn auch das junge Menschenkind in den ersten Lebenswochen und -monaten eine Befriedigung und einen Lustgewinn durch die Ernährung erfährt, sind die äußere, reale Temperatur und die im Verhalten der Mutter gründende Gefühlswärme entscheidend dafür, ob ein Kleinkind gedeiht oder nicht. Ob ein Kind in einer warmherzigen oder aber in einer emotional kalten Umgebung aufwächst, sind dementsprechend mindestens ebenso wichtige Umstände wie die orale Ernährung für eine gesunde oder eine beeinträchtigte Entwicklung eines Säuglings und Kleinkindes.

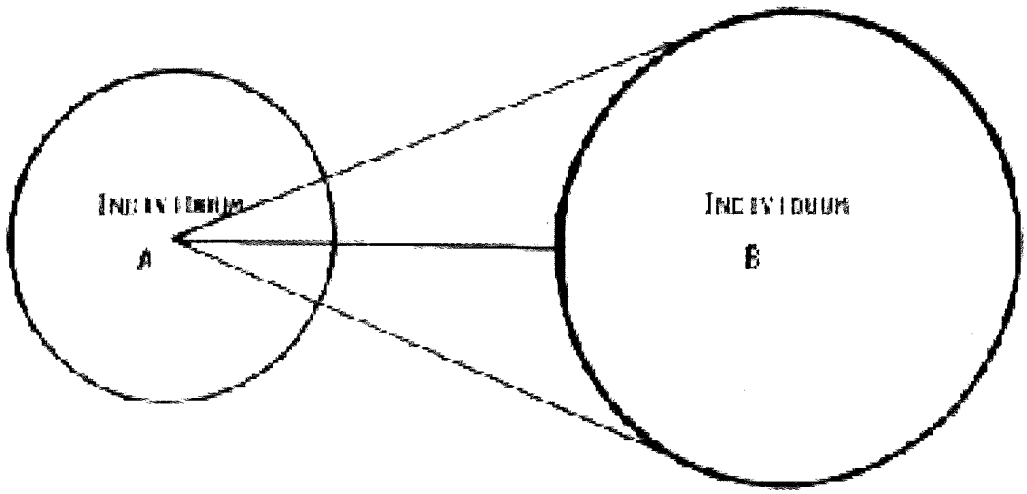
Das mütterliche Selbst wirkt sich also, vermittelt durch die Haut und die Sinnesorgane des Kindes auf dessen Selbstentwicklung im Regelfall fördernd aus. Gleichzeitig trennt die Haut den Menschen nach außen ab, so dass ihr ebenso in dieser Funktion eine enorme Bedeutung für die Entwicklung des Kindes und dessen Abgrenzungsmöglichkeiten von den Mitmenschen bzw. für dessen Selbstgefühl zukommt.

Die Mutter-Kind-Symbiose intra utero und im ersten Lebenshalbjahr und die damit verbundene fusionäre Beziehung zwischen den beiden stellt seit Urzeiten bis heute die Basis der Objektbeziehungen des Menschen dar. Diese narzisstisch-fusionäre Beziehungsart macht sich beim Menschen während des ganzen Lebens bemerkbar, vor allem wenn er einem einzelnen Menschen oder einer Gruppe zum ersten Mal begegnet. Obschon ihm aus seinem bisherigen Dasein in der Regel viele Objektrepräsentanzen zur Verfügung stehen, passen diese nie genau auf einen Menschen, dem er erstmals begegnet. Die Betroffenen müssen entsprechend zunächst annehmen, dass im anderen mit ihren vergleichbare innerpsychische Vorgänge ablaufen, wenn sie sich nicht vor der Begegnung ängstigen oder diese vermeiden wollen. Mit anderen Worten

kommt es insbesondere bei einer Erstbegegnung mit einzelnen oder einer Gruppe von Menschen auf einer 'archaischen, narzisstisch-fusionären Beziehungsebene' zu einer zwischenmenschlichen Beziehung. Psychoanalytisch ausgedrückt, können wir damit sagen, dass eine beginnende zwischenmenschliche Verbindung über das Selbst zum Objekt zustande kommt.

Ausdehnung der Selbstliebe auf das Objekt

Ein Kontakt zwischen zwei oder mehreren Individuen kann also nur dann zustande kommen, wenn sich in der Fantasie der Beteiligten das in jedem Mitwirkenden bestehende Selbst, der Narzissmus, auf die anderen ausdehnt (BATTEGAY 2000, S. 23ff.).



Schema 1

KOHUT (1971, 1977) spricht in diesem Zusammenhang von einer Übertragung auf Selbst-Objekte. Diese Art der Beziehung in der Gruppe, die, wie erwähnt, eine archaische Relationsart ist, tritt zwischen den Beteiligten indes nur dann ein, wenn es ihnen nach einer kurzen Episode bei der Begegnung, der 'explorativen Kontaktnahme', gelingt zumindest bis zu einem gewissen Grade ihre Selbstliebe auf die anderen auszudehnen bzw. eine narzisstisch-fusionäre Beziehung mit diesen einzugehen. Diese Art der Beziehung wird schon in der Bibel durch den Satz 'Liebe deinen Nächsten wie dich selbst' angesprochen.

Die Einbeziehung von anderen in den individuellen Narzissmus ist, wie bereits angesprochen, jene Beziehungsart, die wie z. B. anhand von

Wandzeichnungen aus der Mittelsteinzeit festgestellt werden kann, die seit Urzeiten zwischen zwei oder mehreren Menschen aufgetreten ist. Die Einzelnen sind alle im Profil genau gleich dargestellt, wobei in der Regel kein Mund zu sehen ist. Es drückt sich also keine Individualität, kein Ich in den Dargestellten aus. Die Relation unter den Einzelnen entspricht damit der Mutter-Kind-Dyade, welche die frühe Mutter-Kind-Beziehung zu allen Zeiten kennzeichnete.

Entwicklung eines 'narzisstischen Gruppenselbst'

Wie erwähnt, entsteht nach einer kurzen Phase der explorativer Kontaktnahme auch in den (therapeutischen) Gruppen, wie in archaischen Zeiten, eine narzisstisch-fusionäre Beziehung der Mitglieder untereinander. In dieser Phase, die ich als 'regressives Stadium' der Gruppenentwicklung bezeichne, entsteht in den Mitgliedern allmählich ein Wir-Gefühl, d. h. das Selbst der einzelnen wird in ihrem Erleben um die anderen erweitert, und dieses erweiterte Selbst wird wiederum narzisstisch besetzt. Es entwickelt sich damit ein 'narzisstisches Gruppenselbst' (BATTEGAY 1976), durch das sich die Beteiligten miteinander verbunden fühlen.

Wie mich meine gruppenpsychotherapeutischen Erfahrungen seit 1953 lehren, ist diese narzisstisch-fusionäre Beziehung der Mitglieder einer Gruppe verbunden mit einer Regression auf ein kindliches Verhalten, das dazu führt, dass die Beteiligten nun vom Moderator, von der Moderatorin, geführt und von ihm/ihr ein Diskussionsthema vorgesetzt erhalten möchten. Es entstehen in diesem regressiven Stadium oft Geschwisterübertragungen auf die übrigen Beteiligten und eine Vater- oder Mutterübertragung auf den Moderator, die Moderatorin.

Wird die Gruppenpsychotherapie nach psychoanalytischen Gesichtspunkten geführt, so wird der Gruppentherapeut jedoch in diesem Stadium eher eine versagende Haltung einnehmen und die Ernährungs- und Fütterungswünsche der Beteiligten nicht erfüllen. Es entstehen dadurch Frustrationen der Mitglieder, und sie neigen dann dazu sich aggressiv gegen den Moderator zu äußern. Auch tendieren sie dabei etwa dazu sich von den anderen Gruppenmitgliedern abzugrenzen. In diesem 'kathartischen Stadium' kann festgestellt werden, dass 'archaische, aktive Ich-Leistungen nämlich projektive Identifikationen' (Melanie KLEIN 1946) überwiegen, bei denen die eigenen Aggressionen beim Therapeuten oder

den anderen Mitgliedern gesehen und diese als Aggressoren identifiziert werden (s. Schema 2).

Die projektive Identifikation stellt eine Beziehungsart dar, mit der sich das Individuum offenbar seit Urzeiten aus aggressionsbedingter Schuld herauslösen und die ihm Begegnenden als Aggressoren hinstellen will.

Dieser Vorgang ist indes nicht nur in der Gruppenpsychotherapie, sondern ganz allgemein in der Völkergeschichte zu erkennen. So projizierten zu allen Zeiten die Völker ihre eigene Aggressivität auf die sie umgebenden Nationen, so dass es zu den bekannten Konflikten und Kriegen gekommen ist. Besonders in Diktaturen ist diese Art der Identifizierung der Bevölkerung und der Politiker anderer Länder als aggressiv zu erkennen, gegen die es aufzurüsten und zu kämpfen gelte.

Die drei Ebenen der Objektbeziehung	**Stadien der Entwicklung (therapeutischer) Gruppen**
3 Freie Entscheidung für oder gegen die Aufnahme oder Aufrechterhaltung einer Objektbeziehung	4 Sozialer Lernprozess
Höhere, reifere Formen der aktiven Ich-Leistungen: z.B. Kreative Prozesse, Abgrenzung von Objekten, Abwehrmechanismen	3 Einsicht
2 Archaische Form der aktiven Ich-Leistungen: Projektive Identifikation	2 Katharsis
1 Basisbeziehung: archaisch- narzisstisch-fusionäre	1 Regression
Explorative Kontaktnahme	

Schema 2

Auch können bekanntlich Minderheiten als zerstörerisch gestempelt und von gewissen Politikern als Feinde identifiziert werden. So ist zur Zeit in Europa die Tendenz zu erkennen, nur die Ausländer generell als potenzielle Verbrecher anzusehen und blind zu werden für gewalttätige eigene Bürger.

Die Dämmerung der Einsicht

Im Verlaufe der Gruppenanalyse entwickelt sich dann allmählich die 'Phase der Einsicht', in der die Beteiligten, auch unter dem deutenden Einfluss des Moderators, der Moderatorin, Einsicht in ihre unbewussten Projektions- und Übertragungsvorgänge gewinnen und auf dieser Basis den Ursprung ihrer Aggressionen in ihren Frustrationserlebnissen und

Mangelerfahrungen im Hier-und-Jetzt der Gruppe, aber auch in ihrer Kindheitsumgebung und späteren Entwicklung erkennen. Auf diese Weise gelangen die Mitglieder in eine Ebene der 'höheren, reiferen, aktiven Ich-Leistungen', in der sich kreative Gedanken und Erkenntnisse, Coping-Strategien, aber auch die von FREUD (1923) und seiner Tochter Anna (1946) beschriebenen Abwehmechanismen einstellen.

Die Beteiligten versuchen in diesem Stadium, die unbewussten Ursprünge und die gruppen- oder familienbedingten Zusammenhänge ihrer Selbstunsicherheit, ihrer Ängste und Frustrationsgefühle wahrzunehmen. Die Funktion des/der Gruppenpsychotherapeuten/-in ist in dieser Phase, den Beteiligten mit seinen ihren Deutungen zu helfen, sowohl ihre neurotischen Tendenzen zu erkennen als auch ihre kommunikativen und integrativen Fähigkeiten, aber auch ihre Selbstbehauptung zu fördern. Damit kommen die Mitglieder auf die oberste Ebene der Objektbeziehungen, jene der 'freien Entscheidung' für oder gegen die Aufnahme bzw. die Aufrechterhaltung einer Beziehung.

Sozialer Lernprozess

Auf der eben erwähnten Beziehungsebene kommt es in den Gruppen zum Stadium eines sozialen Lernprozesses. Alt eingeschliffene Verhaltensweisen werden nun oft abgelegt und angepassteres Gebaren allmählich erlernt. Dabei geht es in diesem Stadium nicht darum, eine Gleichschaltung der Mitglieder zu erlangen, sondern einen Lernprozess durchzumachen, in der die Beteiligten in den Interaktionen mit den anderen ihr Selbst und damit ihr Selbstvertrauen stärken können.

Wie AMMON in seinem Beitrag 'Was macht eine Gruppe zur Gruppe?' ausführt, wird indes in der Gegenwart

> beinahe jede Form der Gruppenbildung und der Gruppenarbeit ... als Bedrohung des Individuums erlebt, und es wird angenommen, dass der Einzelne in der Gruppe sozusagen gezwungen werde, seine individuelle Identität zu opfern und dem Kollektiv der Gruppe unterzuordnen. (1976, S. 57)

In diesem Zusammenhang schreibt AMMON zum psychodynamischen Verständnis der Gruppe das Folgende:

> Insbesondere die psychoanalytische Erfassung der Persönlichkeitsentwicklung im Medium der Gruppe hat deutlich gemacht, dass jeder Mensch in seinem bewussten und unbewussten Verhalten weitgehend geprägt wird durch die Erfahrungen, die er in seiner Kindheit in der Familiengruppe

macht. (1976, S. 58)

Der Einfluss des frühen Familien- und Gruppenmilieus auf die Heranwachsenden übt eine Dauerwirkung auf den Menschen aus. Die analytische Gruppe gibt den Mitwirkenden eine Gelegenheit, diese kindlichen Erfahrungen zu relativieren und aufgrund der neuen Beziehungserlebnisse in einem sozialen Kreis adäquatere, reifere Ansichten und Verhaltensweisen für ein Erwachsenendasein zu erwerben.

In zwei Gruppen mit Borderline-Patienten, welche ich zusammen mit dem damaligen Oberarzt Tarek YILMAZ (BATTEGAY, YILMAZ et al. 1997, BATTEGAY 2000) in der Basler Psychiatrischen Universitätspoliklinik leitete, erwiesen sich die Beteiligten initial als wenig kooperativ, impulsiv, wie auch wenig an die äußere Realität angepasst. Dabei berichteten sie oft über Gruppen- und Familiensituationen in ihrem Leben, in denen sie sich misshandelt oder, was die beteiligten Frauen betrifft, in ihren Familien sexuell missbraucht fühlten. Sie übertrugen dabei ihr daher rührendes Misstrauen auf die Therapiegruppe und/oder die beiden Therapeuten und neigten zu projektiver Identifikation, wobei sie ihre bei ihnen von früher her bestehenden frustrations- oder traumabedingten Aggressionen vorwiegend auf die Therapeuten verlegten. Auch vermochten sich diese Patienten kaum an eine äußere Ordnung zu halten. So konnte es passieren, dass eine mitwirkende junge Frau wegrannte, als sie von der übertragungsbedingten Angst gepackt wurde, dass sie, wie früher, auch in diesem Milieu von den männlichen Teilnehmern und den Therapeuten vergewaltigt werden könnte.

Bei einem männlichen Patienten, der es schließlich fertig brachte, als Lehrer zu arbeiten, fiel auf, dass er regelmäßig ca. zehn Minuten zu spät zur Gruppensitzung erschien. Während die junge Frau nach ihrer Flucht nicht mehr in die Gruppe kam, vollzog der als Lehrer tätige Mann in der Gruppe allmählich einen sozialen Lernprozess. Er hatte schließlich nach anfänglichen Widerständen im 'Stadium des sozialen Lernprozesses' die Deutung eines der Therapeuten angenommen, dass das Zu-spät-Kommen wohl aus kompensatorisch-narzisstischen Gründen erfolgt sei, da er dadurch glaube, mehr Aufmerksamkeit durch die Gruppenmitglieder zu erlangen. Auf alle Fälle traf er danach nie mehr zu spät zu den Gruppensitzungen ein.

Ein Blick auf die politische Szene

Die Entwicklung der Beziehungen zwischen dem individuellen Selbst und der Gruppe hat uns bereits kurz auf die Bühne der politischen Vorgänge in Geschichte und Gegenwart geführt. Wie ich kürzlich in einem wissenschaftlichen Artikel (BATTEGAY 2007) formuliert habe, haben mich meine langjährigen Erfahrungen mit der Gruppenpsychotherapie gelehrt, dass nach einem narzisstischen Trauma, das ein einzelner oder mehrere der Beteiligten in einer (therapeutischen) Gruppe erfahren hat, bzw. haben, das Verantwortungsgefühl den anderen Mitgliedern gegenüber infolge der Verstärkerwirkung der Gruppe auf die Gefühle der narzisstischen Verletzung verloren gehen kann.

Ein solcher Prozess kann sich bei inadäquatem Verhalten des/der Moderatoren/-in unter Umständen also auch in einem therapeutischen Rahmen abspielen. In der Politik aber kann ein solcher Prozess in ökonomischen Krisen oder anderweitigen psychotraumatischen Situationen zu mehr oder weniger schweren emotionalen Exzessen führen. Die Betroffenen können dann nicht mehr auf der Ebene der reiferen, aktiven Ich-Leistungen kommunizieren, sondern nur noch auf jener Ebene der archaischen Objektbeziehungen, die durch projektive Identifikation gekennzeichnet ist. Sie vermögen dann in den anderen Menschen keine gleichartigen zu erkennen und nicht mehr ihr Selbst auf sie auszudehnen. Es entstehen in ihnen Aggressionen, die sie in diesen Situationen auf die anderen Völker und Angehörige von nationalen Minderheiten verlegen und diese als Feinde identifizieren.

Wir sind auch heute vor solchen Entwicklungen nicht gefeit. Deshalb gilt es früh die Vorboten solcher Vorgänge zu erkennen. Die Ausländerfeindlichkeit in Europa ist ein ernstes Warnzeichen für einen solchen Prozess. Jeder von uns sollte an seiner Stelle mahnend und prophylaktisch zu wirken versuchen. Vor allem der Fremde verdient die Ausdehnung unseres Selbst auf ihn. Wir müssen wieder lernen im Menschen, der uns entgegentritt, unabhängig von seiner Herkunft oder Hautfarbe, unser Ebenbild zu erkennen.

Die Deutsche Akademie für Psychoanalyse mit ihrer 40-jährigen Tradition hat sich von jeher dafür eingesetzt, eine sich auf unbewusste und bewusste Vorgänge erstreckende Ganzheitsethik zu vertreten. Es ist zu

hoffen, dass in der Zukunft auch in den verschiedenen psychoanalytischen Vereinigungen und Richtungen, bei aller wertvollen Diskussion untereinander, mehr das Gemeinsame als das Trennende erkannt wird.

The Individual Self and the Group from a Psychoanalytic Point of View

Raymond Battegay (Basel)

Not only psychoanalysis, but also philosophy and sociology deal with the reciprocal relationship between the individual and the group and society. The renowned sociologist Norbert ELIAS (1939) in his book 'The society of individuals' writes:

> the individual person is only able to say 'I' if and because he can at the same time say 'we'. Even the thought 'I am' and still more the thought 'I think' presupposes the existence of other people and a communal life with them, in short, a group, a society. Of course, theoretical reflection alone is not enough and a different structure of individual self-consciousness, a different self-justification of the individual would be needed to explore all the ramifications of this state of affairs. (1939, author's translation)

Martin Buber (1936) remarks in his book 'Ich und Du' (I and Thou): "The human being becomes by the Thou and I". Günter AMMON (1986) writes in his book 'Der multidimensionale Mensch' (The multidimensional human being) that humans live with the essential and important wish to strive for an own identity and to experience themselves with and through others and to express themselves in groups and to develop themselves through contact and discussion with others in the group.

According to the founder of the psychology of the self (Heinz KOHUT 1971, 1977) the self is a part of the psychic apparatus, but not one of its constituents such as the ego, the id, and the super ego. Rather, it represents the narcissistic investment of ego and super-ego as well as of the body. That gives humans the feeling of being a pleasurable entity. It is this representation that gives us the impression of being, despite all the changes we go through, yesterday, today, and tomorrow the same individuum and possessing an indelible subjectivity.

RIZOLATTI et al. (2002, 2003) discovered in trials with monkeys and with imaging procedures in humans the so-called mirror neurons. These neurons seem to be decisive for the development of the self and self con-

sciousness in humans. The mother child symbiosis intra utero and during the first half year of life has formed the basis of human object relations since archaic times. It is the extension of self-love onto the object which gives us, after an explorative contact, also the possibility to extend our self-love onto the group, forming a narcissistic group-self (BATTEGAY 1976). In this regressive phase of group development there occur sibling transferences among others.

Since the other participants do not completely fulfil the fusional expectations, projective identifications occur by which they project their aggressions onto the others. In the group setting this stage of acting-out can be characterized as the cathartic phase. An aggressive outbreak may also occur when one or more members of a group experience a statement of other participants or of the moderator as a narcissistic trauma. In group psychotherapy, under the influence of the moderator, it later comes step by step to phases of insight, working-through, and social learning. In politics, especially in times of economic or political crises, projective identification may occur, which in turn may lead to the identification of others as enemies and even to war by our seeing our own aggressions in other groups, minorities, or nations.

Literatur

Ammon, G. (1976) Was macht eine Gruppe zur Gruppe. In: G. Ammon (Hg.): Analytische Gruppendynamik; S. 55-63. Hamburg: Hoffmann Campe

—— (1986): Der mehrdimensionale Mensch. München: Pinel

—— (1977): Narzissmus und Objektbeziehungen. Über das Selbst zum Objekt. Bern: Huber.

—— (2000): Die Gruppe als Schicksal. Gruppenpsychotherapeutische Theorie und Praxis. Göttingen: Vandenhoeck Ruprecht.

—— (2007) Archaic relation patterns as triggers of conflicts between groups and nations. *Forum, J Int. Ass. Group Psychotherapy and Group Processes*.

Bauer, J. (2005): Warum ich fühle, was du fühlst. Intuitive Kommunikation und das Geheimnis der Spiegelneuronen. Hamburg: Hoffmann Campe.

Buber, M. (1974): Ich und Du. Heidelberg: Lambert Schneider.

Elias, N. (1939): The Society of Individuals. New York: Continuum, 1991.

Freud, A. (1946): Das Ich und die Abwehrmechanismen. London: Imago.

Freud, S. (1923): Das Ich und das Es. Leipzig, Wien, Zürich: Int. Psychoanalytischer Verlag.

Klein, M. (1946): Notes on some schizoid mechanism. Int. J. of Psycho-Analysis 27:99-110.

Kohut, H. (1971): The Analysis of the Self. New York: Int. Univ. Press.

—— (1977): The Restoration of the Self, New York: Int. Univ. Press.

Rizolatti, G.; Craighero, L.; Fadigo, L. (2003): The mirror system in humans. In: M. Stamenow, V.

Gallesse (Hg): Mirror Neurons and the Evolution of Brain and Language, S. 27-59; Amsterdam: Benjamins.

Rizzolatti, G.; Fadiga, L.; Fogassi, L.; Gallese, V. (2002): From mirror neurons to imitations: Facts and speculations. In: A. Meltzoff, W. Prinz (Hg): The imitative mind. Cambridge: Cambridge Univ. Press.

Stern, D. (1985): The interpersonal world of the infant. A view from psychoanalysis and developmental psychology. New York: Basic Books.

Prof. Dr. med. Raymond Battegay ist emeritierter Ordinarius für Psychiatrie an der Universität Basel und ehemaliger Chefarzt der psychiatrischen Universitätspoliklinik am Universitätsspital Basel.

Adresse:
Privatpraxis: Delsbergerallee 65 • 4053 Basel • Schweiz

Humanstruktureller Tanz und Tanztheater

Petra Kiem (Berlin), Bianca Schütz (Berlin)

This paper outlines the history, the background to the treatment technique, the basic elements as well as the different effects of humanstructural dance work within the framework of therapy and group dynamic self-awareness. Subsequently, it explores the advancement of humanstructural dance theatre and its distinctions in the field of so-called 'non-verbal self-awareness groups'.

Keywords: humanstructur, dance therapy, theatre therapy, speech development, creativity

Humanstruktureller Tanz

Seit 1983 ist die von Günter AMMON und seinen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern entwickelte humanstrukturelle Tanztherapie Teil des mehrdimensionalen und methodenintegrativen Behandlungsspektrums der dynamisch-psychiatrischen Klinik Menterschwaige in München.

In dieser Zeit war mit dem Erscheinen der beiden Bände des Handbuchs für dynamische Psychiatrie (1979, 1982) die Theorieentwicklung des Humanstrukturmodelles weitestgehend abgeschlossen. AMMON und seine Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter beschäftigten sich mit der Thematik der Mehrdimensionalität des Menschen, und in diesem Zusammenhang u. a. auch mit Fragen des gesellschaftlichen Eingebundenseins des Individuums, Kult und Religiosität, Friedensfähigkeit, Tod und Sterben und Zeit und Zeiterleben (hierzu das Buch 'Der mehrdimensionale Mensch' 1986). Die Konzeption des Androgynitätsbegriffes und die Einführung des androgynen Prinzips in die Humanstrukturologie waren in Entwicklung (Kongress in Berlin 1986).

Entscheidend jedoch für die Entwicklung der humanstrukturellen Tanztherapie war AMMONs Ringen um das Verständnis und die Behandelbarkeit archaisch ich-gestörter Menschen, insbesondere der mit Borderline-Symptomen und schizophren reagierenden Patienten. Deren Pro-

---

Vortrag gehalten am 21. Juni 2008 in Berlin; 40 Jahre Berliner Lehr- und Forschungsinstitut der Deutschen Akademie für Psychoanalyse

©2009 Copyright 'Pinel' Verlag, Berlin • Dynamische Psychiatrie • Dynamic Psychiatry

blematik fasste AMMON unter dem Begriff der 'Unerreichten' (in Abgrenzung zu 'Unerreichbaren') zusammen. Diese Patienten ließen sich durch Therapeuten, Mitpatienten und das gesamte therapeutische Milieu der Klinik nicht berühren und erreichen. Ihr Leid ist gekennzeichnet durch Gefühle unerträglicher Leere und von der Angst davor, alleine zu sein. Sie sind dabei immer auf der Suche nach Identität und verlässlichen Menschen, von denen sie sich jedoch immer wieder verletzt und unverstanden fühlen (AMMON 1978, 1979a, AMMON, VON WALLENBERG PACHALY 1979, 1985).

Sie zeigen aufgrund der entwicklungsgeschichtlich frühen Störungen eine Grundstörung von Körper, Körper-Ich, Körpererleben und Körperbeziehung. Daraus resultiert auch eine tief greifende Störung der Sprachentwicklung, was nach AMMON immer auch mit einer Störung der Identitätsentwicklung einhergeht. Die Sprache versagt als Ausdrucksmittel und Medium der Kommunikation. Dies kann sich darin zeigen, dass die Patienten sich buchstäblich nicht sprachlich ausdrücken können und schweigen oder auch darin, dass die Sprache nicht mit dem zentralen Persönlichkeitskern verbunden ist und die Patienten trotz großer Beredsamkeit nicht in der Lage sind, wirklich etwas über sich mitzuteilen. Verbale Therapieformen sind deshalb nur begrenzt geeignet, diese Menschen in der Tiefe zu erreichen.

In der stationären klinischen Arbeit in der Klinik Menterschwaige standen und stehen diesen 'sprachlosen' Patienten zahlreiche nonverbale Therapieformen als Bestandteil eines methodenintegrativen Behandlungskonzeptes zur Verfügung. Dies sind im Einzelnen Musik-, Theater-, Reit-, Mal-, und Sporttherapie, Massagen sowie das handwerklich-künstlerische Arbeiten an einem Projekt in der Milieutherapie.

Ziel jedweder nonverbaler Therapie ist im Sinne der Identitätstherapie eine nachholende Sprachentwicklung. Der sprachliche Ausdruck, der immer integraler Bestandteil dieser Therapien ist, macht das, was in nonverbalen Therapien ausgedrückt und erlebt wird, für die Patienten und die umgebende Gruppe erst verfügbar und verhandelbar. Durch Sprache wird eine interpersonell benennbare Wirklichkeit geschaffen und das Erfahrene gelangt von einer unbewussten zu einer bewussten Ebene. (SCHMIDTS 1990, VON BÜLOW 1992). AMMON sschreibt: „Je mehr unbewusstes Material dem Ich zugehörig erlebt werden kann, desto mehr

Identitätsentwicklung kann geschehen" (AMMON 1979b). Versuche, die 'Unerreichten' über konventionelle Tanztherapieformen wie z. B. meditativen Tanz, Jazz- oder Folkloretanz in der Tiefe zu erreichen, scheiterten in der Klinik.

Günter AMMON hatte sich Zeit seines Lebens autodidaktisch mit dem Thema Tanz beschäftigt. Zum einen im Rahmen seines geschichtlich-archäologischen, anthropologischen und kulturhistorischen Interesses und zum anderen aufgrund eigener Erfahrung der heilenden Wirkung von Tänzen – allein oder im Kreise von Freunden. Es gab auch eine kurze Periode von Bühnentanz zur Finanzierung seines Studiums.

Im Ursprung war der Tanz Schnittpunkt von Kult, Religiosität und Heilung. Mit Entstehung des Christentums und dessen Position zur Körperlichkeit trennten sich die Bereiche Religion und Heilkunst. Körperlichkeit und naturgegebene Erotik des Tanzes wurden verdrängt, der Kultcharakter des Tanzes spielte keine Rolle mehr. Es entstanden der Gesellschaftstanz und der Kunsttanz mit seiner starr kodifizierten Technik des klassischen Balletts. Anfang des letzten Jahrhunderts verließ die Ausdruckstanzbewegung mit Vertreterinnen und Vertretern wie DALCROZE, VON LABAN, WIGMANN, KREUTZBERG, PALUCCA, GERT und anderen diesen Kodex.

Diese Tänzer suchten nach einem elementaren und unmittelbaren Körperausdruck und spürten ihrem eigenen Körperrhythmus nach. In den 40er Jahren entwickelte sich in Amerika aus diesen Wurzeln der sog. 'basic dance', in dem Wert gelegt wurde auf spontanen Ausdruck, geprägt von Gefühl, Befindlichkeit, Vorstellungen, Wünschen, Bedürfnissen und einer Kommunikation mit anderen. Tänzerinnen aus dieser Bewegung wie Lilian ESPANAK, Penny BERNSTEIN oder Trudi SCHOOP, die sich tiefenpsychologischen Schulen anschlossen, entwickelten in ihrer tänzerischen Arbeit mit psychisch Kranken die moderne Tanztherapie. Die Definition des Berufsverbandes der amerikanischen Tanztherapeuten von 1985 lautete: „Tanztherapie verwendet Tanz und Bewegung als psychotherapeutisches Medium in dem Prozess, die psychische und physische Integration des Individuums zu fördern" (WILLKE 1985).

Dies war der Hintergrund, vor dem AMMON vor 25 Jahren zusammen mit seinen Mitarbeitern und einer Gruppe von Patienten die humanstrukturelle Tanztherapie entwarf. Der humanstrukturelle Tanz ist ein sponta-

ner Ausdruckstanz, in dem sich das Unbewusste des Tänzers im Medium der Körpersprache äußert. Weder Thema noch Choreographie sind vorgegeben. Der Tanz ist hier zentrale Kraft eines gruppendynamischen Feldes für die teilhabende Gruppe, in der der Einzelne tanzt. Die heilende und kreativierende Wirkung erstreckt sich gleichermaßen auf den Tänzer als auch auf die umgebende Gruppe (AMMON 1986, VON BÜLOW 1992).

Die Tanztherapie, die heute sowohl in der Dynamisch-Psychiatrischen Klinik Menterschwaige als auch in ambulanten Praxen durchgeführt wird, ist durch folgende Grundelemente gekennzeichnet: Es handelt sich um halboffene Gruppen von ca. 10-20 Teilnehmerinnen und Teilnehmern. Die Teilnahme in der Klinik ist freiwillig, ein Vorgespräch mit den Therapeuten über Vorstellungen, Wünsche und Bedürfnisse und zur Indikationsstellung ist Voraussetzung.

Die Sitzung beginnt mit einer gemeinsamen Meditation auf Musik. Jedem Patienten ist freigegeben ob und wieweit er sich an der Meditation beteiligen will. Danach melden sich diejenigen, die die Absicht haben zu tanzen. Das Tanzen beruht auf Freiwilligkeit und Spontaneität. Oft bedarf es längerer Zeit des ausschließlichen Teilhabens, bis ein Patient es wagt, sich selbst im Tanz zu zeigen. Es tanzt der Einzelne im Kreis der Gruppe. Die Musik zum Tanz wählt der Teilnehmer selbst aus, es gibt auch die Möglichkeit, sich durch die Gruppe mit Trommeln, Summen oder Klatschen begleiten zu lassen oder ohne Musik und Begleitung zu tanzen. Die Bekleidung ist den Tänzern selbst überlassen; oft ist es zu Beginn Straßenkleidung, es können aber auch Tanzdress oder Kostüme gewählt werden. Der Tanz ist spontan, ohne vorgegebene Bewegungsmuster, Bilder oder Vorstellungen.

Nach dem Tanz spricht der Tänzer über sein eigenes Erleben im Tanz. Es folgt ein Feedback von einzelnen Gruppenmitgliedern und den Therapeuten. Oft klaffen Selbst- und Fremdwahrnehmung auseinander, oft decken sie sich auch und der Tänzer fühlt sich verstanden. Bei den Feedbacks wird der Schwerpunkt auf die konstruktiven Seiten des Tanzes und die prozesshafte Entwicklung innerhalb des Einzeltanzes, aber auch im Bezug des jetzigen zu früheren Tänzen, gelegt. Nur Aspekte, die einen Entwicklungswiderstand deutlich machen, werden evtl. kritisch benannt. Nicht Schönheit und Perfektion des Tanzes werden gewürdigt, sondern in erster Linie der Mut, sich im augenblicklichen Zustand echt und un-

verstellt zu zeigen. (AMMON 1986). Die Feedbacks bewegen sich auf vielen verschiedenen Ebenen, unter anderem sind dies:

- Bewegungsmöglichkeit in Raum und Zeit,
- Kontaktfähigkeit zur Musik, zur Gruppe und zu sich selbst,
- Fähigkeit zu Entspannung, zum Ausdruck von Gefühlen und Katharsis,
- Gestaltung und energetische Kraft,
- Gesichtsausdruck, Mimik und Blick im Zusammenklang mit der Bewegung,
- Körperspannung und -haltung,
- Nähe und Entfernung zur Gruppe,
- Bewegung des Körpers in sich und rhythmische Fähigkeiten,
- Im Zuschauer entstehende Bilder und Fantasien.

(nach AMMON 1986)

Die genannten Kriterien dienen den Therapeuten auch als Diagnostikum hinsichtlich des Entwicklungsstandes der Tänzerinnen und Tänzer. Die Feedbacks spiegeln dem Tänzer verschiedene Seiten seiner Persönlichkeit, derer er sich selbst vielleicht noch gar nicht bewusst ist. Es wird Wert darauf gelegt, dass der Tänzer z u e r s t über seinen Tanz spricht. Indem er sein bewusstes Erleben mit dem Erleben der umgebenden Gruppe abgleichen und ggf. korrigieren oder erweitern kann, wird auch die Verbalisierungsfähigkeit gefördert.

Die Tänze werden routinemäßig von wechselnden Gruppenmitgliedern auf Video aufgenommen. Dadurch ist es dem Tänzer möglich, sich selbst aus dem Abstand heraus und ggf. im Kontext einer Einzel- oder Gruppentherapiesituation noch einmal zu betrachten und in Bezug auf seine Selbstwahrnehmung vertiefte Erkenntnisse zu erhalten. Den Abschluss der Tanztherapiesitzung bildet eine gemeinsame, in der Regel kürzere Meditation.

Wichtig ist, dass die humanstrukturelle Tanztherapie keine eigenständige Therapie darstellt, sondern als e i n Aspekt des gesamten therapeutischen Spektrums der Klinik oder der ambulanten Psychotherapie gesehen werden muss. Der Tanz als unmittelbarer Körperausdruck ist wie der Traum eine Via regia zum Unbewussten des Tänzers. Humanstrukturelle Tanztherapie ist für viele Patientinnen und Patienten ein wesentlicher Baustein ihrer nachholenden Ich-Entwicklung, welche nach AMMON immer auch mit einer Kreativierung bzw. Rekreativierung des Menschen

einhergeht. Untersuchungen über Effekte der humanstrukturellen Tanztherapie liegen von Maria AMMON, Ilse BURBIEL und Gertraud REITZ vor.

Die Einführung der humanstrukturellen Tanztherapie stieß auf begeisterten und interessierten Widerhall bei Mitarbeitern der Klinik, an den Instituten der DAP und bei internationalen wissenschaftlichen Partnern. Nichttherapeutische humanstrukturelle Tanzgruppen wurden zur festen Institution der Selbsterfahrung im Rahmen gruppendynamischer Fortbildung, kollegialer Zusammenarbeit und auf den internationalen Kongressen der Weltgesellschaft für dynamische Psychiatrie. Es ist zu beobachten, dass der humanstrukturelle Tanz in diesen Kontexten eine starke integrative Wirkung zeigt und die Effektivität der Arbeit am Menschen und an Gruppen vertieft und humanisiert (AMMON 1985).

Für sog. Gesunde bietet der Tanz u. a. die Möglichkeit zur kreativen Identitätserweiterung, zu spielerischen Identitätsentwürfen, zur sozialenergetischen Auseinandersetzung, zu vertieftem gegenseitigen Verständnis und Toleranz, sowie zu Spiritualität und Transzendenz.

Auf gruppendynamischen Balint-Wochenenden, die sechsmal jährlich an den Instituten der DAP stattfinden und den zwei- bis dreimal jährlich stattfindenden 10-tägigen gruppendynamischen Klausurtagungen (im Tagungszentrum der DAP in Paestum, Süditalien) stellt die humanstrukturelle Tanzselbsterfahrung das verbindende Element aller Teilnehmer der verschiedenen verbalen und nonverbalen Gruppenangebote dar. Balint-Wochenenden und Klausurtagungen stehen als gruppendynamische Fortbildungsveranstaltungen allen Interessierten offen. Die Tanzsitzungen integrieren die verschiedenen Gruppen (als da sind: gruppendynamische Selbsterfahrungs- und Studiengruppen, Supervisionsgruppen, Diplomanden- und Doktorandengruppen, Mal-, Theater- und Tanztheater-Selbsterfahrungsgruppen, Kindergruppen) zu einer Gesamtgruppe. Es wird gegenseitiges Interesse geweckt und Fremdheitsgefühle reduziert. In einem gesamtenergetischen Geschehen findet im Medium des Tanzes eine Teilhabe an den Themen der jeweils anderen Gruppen statt, wodurch das eigene Erlebte eine Erweiterung erfährt. Nicht stattgefundene Auseinandersetzungen können auf einer nonverbalen Ebene im Schutz einer erweiterten Gruppe jenseits von Sprache ausgetragen werden, was erfahrungsgemäß zu einer Reduktion von Gruppenängsten führt.

An den Instituten werden ein- bis zweiwöchentlich fortlaufende halboffene Tanzselbsterfahrungsgruppen angeboten. Sie stehen allen Interessierten offen und werden auch von Patienten der ambulanten Praxen genutzt. Für letztere stellen sie eine nichttherapeutische Erweiterung des ambulanten Behandlungsspektrums dar. Sofern beruflich kein therapeutischer Hintergrund vorhanden ist, ist eine begleitende Einzel- oder Gruppentherapie sinnvoll. Es hat sich gezeigt, dass bei einigen Patienten die Kombination von ambulanter Psychotherapie mit nonverbaler gruppendynamischer Selbsterfahrung synergistische Wirkung zeigen kann, sofern eine Integration zwischen beiden Ebenen erfolgt. (s. VON BÜLOW, SCHÜTZ, SCHÜTZ, RÖMISCH 2000).

Tanztheater

Das humanstrukturelle Tanztheater entwickelte sich, angeregt durch Günter AMMON, als ein Medium der Selbsterfahrung aus dem humanstrukturellen Tanz heraus. Auch hier gilt wie für den humanstrukturellen Tanz, dass die Mitglieder der Tanztheatergruppen Laientänzer sind, die erstmalig mit dieser Ausdrucksform in Berührung kommen.

Die Tanztheatergruppen als Selbsterfahrung sind eingebettet in die gruppendynamischen Wochenenden an den Instituten in Berlin und München und in die gruppendynamischen Tagungen in Paestum in Süditalien. Die laufende Gruppe trifft sich in einem Zeitraum von eineinhalb Jahren an acht Wochenenden, um gemeinsam ein Projekt zu erarbeiten. In Paestum hat die Gruppe zehn Tage für Konzeption und Erarbeitung. Zum Abschluss wird das Tanztheaterprojekt vor der Großgruppe auf die Bühne gebracht. Dieses gemeinsame Ziel, die Aufführung des Projektes innerhalb der vorgegebenen Zeit, ist eine der Identitätsanforderungen an den Einzelnen und die Gruppe – ein Prozess wurde beschrieben von VON BÜLOW, SCHÜTZ, SCHÜTZ, RÖMISCH 2000).

Im Tanztheater wird der spontane tänzerische Ausdruck des Einzelnen eingebettet in Szene, Choreographie und Gruppengeschehen. Die gruppendynamische Selbsterfahrungsgruppe bildet mit ihrem vielfältigen Beziehungsgeflecht, das von AMMON als sozialenergetisches Feld charakterisiert wurde, die Basis für alle kreative Entwicklung. Das humanstrukturelle Tanztheater verbindet Urelemente menschlicher Ausdrucksformen: Tanz, Musik und Theater (URSPRUCH 1999) und erfasst den Menschen

ganzheitlich, da es Körper, Geist und Seele anspricht.

Die Inhalte der Tanztheater-Projekte werden so ausgewählt, das übergreifende Lebens- und Konfliktthemen wie z. B. Liebe und Eifersucht, Erlösungsthemen oder der Sieg der Menschlichkeit über Einengung und Erstarrung im Mittelpunkt stehen und über die Auseinandersetzung mit der Geschichte, Handlung und Symbolhaftigkeit die zentrale Aussage des Stückes erarbeitet wird. Die Aneignung des Themas regt zu einer intensiven Beschäftigung mit den verschiedenen Rollen an.

Der Prozess der Rollenfindung und -entwicklung ist ein zentraler Kern des Gruppengeschehens. Vorsichtiges Herantasten, Eigenschaften, Tiefe, Emotionen, Verständnis von der Figur werden ausgelotet. Die gewählte Rolle entspricht dem momentanen Lebensprozess der Spieler. Sie bereichert und erweitert seine Spontaneität und ermöglicht,sich selbst in Beziehung zu anderen neu und anders zu entwerfen. Der Tänzer gibt der Rolle die ganz persönliche Interpretation und emotionalen Ausdruck. Die Gruppe gibt Feedback, der Spieler spricht über sein Erleben beim Ausprobieren.

Hier kann jeder Tänzer „vergangen Erlebtes in der Rolle wieder finden, er kann Gegenwärtiges in Szene setzen und Zukünftiges ausprobieren. Die Rolle kann eine Brücke zur Identitätsfindung sein“ (URSPRUCH 2005).

Die Wahl und Entwicklung der Spiel- und Gruppenszenen ist durch den gruppendynamischen Prozess bestimmt. So geschieht es z. B. zu Beginn eines neuen Projektes öfter, das die unbewussten Gruppenängste über das Tanzen bedrohlicher, wütender Geschöpfe, Gewürm und ungebändigter Elemente ihren Ausdruck finden. Destruktive Emotionen können in der Rolle ‘verdaut’ und so spielerisch ausgedrückt werden.

Die jeweilige Szene die an einem Wochenende erarbeitet wird, drückt die unbewusste Gruppendynamik der Gruppe zu diesem Zeitpunkt aus. Diese wird auch verbalisiert über das Soziogramm, das eine bedeutsame Rolle für die gruppendynamische Klärung spielt. Erst wenn alles, was in der gegenseitigen Wahrnehmung der Gruppenteilnehmer den lebendigen Beziehungsfluss zu diesem Zeitpunkt stört, besprochen ist – auch zentral mit den Leitern – kann die Tanztheaterinszenierung auf einer tieferen, vertrauensvolleren Ebene weitergehen. Gerade die Differenzierung der Beziehungen in der Gruppe hat große Bedeutung für die Gestaltung der Szenen.

Verwoben mit der Rollen- und Szenenentwicklung ist die künstlerische Ebene von Choreographie, Musik, Inszenierung, Kostümen und Maske. Auch hier fließen bewusste und unbewusste Ebenen zusammen. Die Idee der Gestaltung als bewusste Überlegung verbindet sich im prozesshaften Werden des Gruppengeschehens mit dem unbewussten inneren Erleben aller Beteiligten. Dadurch kann es gelingen, dass die Choreographie Raum lässt für persönliche Improvisation und Spontaneität. Freude und Verspieltheit in der Beschäftigung mit Musik, Kostüm und Maske bereichern das Gruppengeschehen und bringen häufig verborgene Fähigkeiten und Talente der Teilnehmer ans Licht.

Aus dem oben Gesagten ergibt sich, dass die Szenenabfolge und Gestaltung einer Tanztheateraufführung immer auch bildhafter Ausdruck des besonderen gruppendynamischen Prozesses dieser besonderen Gruppe ist.

Ein Tanztheaterstück ist dann gelungen, wenn die Aufführung für die Mitwirkenden auch ohne Zuschauer ein großer Erfolg sein könnte, wenn beim Publikum das Ergebnis der persönlichen Auseinandersetzungen ankommt, berührt und verzaubert, wie es die Tänzer selbst berührt.

Humanstructural Dance and Dance Theatre

Petra Kiem (Berlin), Bianca Schütz (Berlin)

This paper outlines the history, the background to the treatment technique, the basic elements as well as the different effects of humanstructural dance work within the framework of therapy and group dynamic self-awareness. Subsequently, it explores the advancement of humanstructural dance theatre and its distinctions in the field of so-called 'non-verbal self-awareness groups'.

Humanstructural dance was developed by Günther and Maria AMMON and other staff members in 1983.

> [It] is a spontaneous, expressive dance, in which the unconsciousness of the dancer expresses itself through the medium of body language. Neither the theme nor the choreography is provided. Dance is here the central force of a group-dynamic field for the participating group, in which the individual dances. The healing and creative effect impacts equally on the dancers and the surrounding group. (AMMON 1986)

A deciding factor in the development of humanstructural dance therapy

was AMMON's grappling with the understanding and treatability of people with a longstanding disorder of their sense of self, especially borderline and schizophrenic patients. AMMON summarized the patients' problem under the term 'unreached' (as opposed to 'unreachable'). These patients did not let themselves be reached and be touched by their therapists, fellow patients or the clinic's entire therapeutic environment. Their suffering is characterized by feelings of unbearable emptiness and the fear of being alone.

Because of early dysfunctions in the development timeline, they have basic dysfunctions of the body, sense of self, the experience of the body and the relationship to the body. The result is a profound dysfunction of speech development, which, according to AMMON, is always accompanied by a dysfunction in the development of one's identity. For them, speech fails as a method of expression and communication. Therefore, methods of oral therapy are only appropriate to a certain extent, in reaching the depth of these people.

The objective of humanstructural dance therapy, as with all forms of non-verbal therapy, is in the sense of identity-therapy, among other things the recovery of speech development. Oral expression, which is always an integral component of this therapy, makes that, which has not been able to be expressed and experienced in nonverbal therapy, available and negotiable to the patients and the surrounding group. Through speech, an interpersonal, identifiable reality is established so that the unconscious experience attains a level of conscious experience. (SCHMIDTS 1990, VON BÜLOW 1992). AMMON writes, "The more subconscious material in which the self can be experienced, the more the development of one's identity is able to happen." (AMMON 1979b, translation by the authors)

The half-open group compromises approximately 10-20 participants. Participation is voluntary. The session begins with group meditation to music. The dance is based on free will and spontaneity. The individual dances in the circle, which is formed by the group. The dance music is selected by the participants themselves. The participants are able to choose their clothing. The dance is spontaneous, containing neither a pattern, nor an image, nor a conception. After the dance, members of the group and the therapists have the opportunity to respond by giving

feedback. The focus of the feedback is on the constructive aspects of the dance and the gradual development. The eloquence and perfection of dance are not recognized; rather, it is having the courage to be genuine and undisguised in the moment that is valued. (AMMON 1986). Importance is attached to the rule that the dancer is the first to comment on his dancing. By matching his/her conscious experience with the experiences of the group and, if necessary, adjusting or expanding it, his/her verbal competence is encouraged. The conclusion of the dance-therapy session constitutes joint, normally brief meditation.

It is important to realize that humanstructural dance therapy is not an independent method of therapy, but has rather to be seen as an element of the therapeutic environment of the clinic or the ambulant psychotherapy. Dance, as an instantaneous expression of the body, is a 'via regia' to the dancer's unconscious, like a dream. To many patients, humanstructural dance therapy is a building block for the recovery of self-development, which, according to AMMON, is always accompanied by a creating or, alternatively, a recreating of the human being.

Non-therapeutic humanstructural dance groups have become a core part of self-awareness within the framework of group dynamic retraining, cooperation amongst therapists and at international congresses of the world society of dynamic psychology. It is noteworthy that human-based dance has had a strong integrating effect in this context and has deepened and humanized the effectiveness of work on the human being and on groups (AMMON 1985). The so-called 'healthy' person has, in humanstructural dance therapy, the opportunity to creatively develop and playfully sketch his identity, to experience socially energetic conflict, to deepen mutual understanding and tolerance, as well as to experience spirituality and transcendence.

Humanstructural dance theatre is incorporated in the spontaneous, dancing expression of the individual into the scene, the choreography and the group event. The group dynamic self awareness group and its network of connection form a foundation for all creative development. 'Humanstructural dance theatre connects the primal elements of human expression: dance, music, and theatre' (original statement 1999) and holistically engages the human being, because it addresses body, spirit and soul.

Literatur

Ammon, G. (1978): Die psychosomatische Erkrankung als Ergebnis eines ich-strukturellen Defizits. *Dynam. Psychiat* 11:287-299.

—— (1979a):Das ich-strukturelle Prinzip bei Depression und psychosomatischer Erkrankung. *Dynam. Psychiat.* 12: 445-471.

—— (1979b): Entwurf eines Dynamisch-Psychiatrischen Ich-Struktur-Konzeptes. In: G. Ammon (Hg.): Hdb d Dyn Psychiatrie 1; S. 95-159. München: Reinhardt.

—— (1985): Die Rolle des Körpers in der Psychoanalyse. In: H. Petzold (Hg.): Leiblichkeit. Philosophische, gesellschaftliche und therapeutische Perspektiven; S. 391-429. Paderborn: Junfermann.

—— (1986): Humanstruktureller Tanz. Heilkunst und Selbsterfahrung. *Dynam. Psychiat.* 19:317-342.

Ammon, G., von Wallenberg Pachaly, A. (1979): Schizophrenie. In: G. Ammon (Hg): Hdb Dyn. Psychiatrie; Bd. 1; S. 364-462. München: Reinhardt.

Bülow, G. von (1992): Die Rolle der Sprache in nonverbalen Therapieformen. *Dynam. Psychiat.* 25:41-49.

Bülow, G. von ; Schütz, W., Schütz, B., Römisch, S. (2000): Humanstrukturelles Tanztheater – gruppendynamische Selbsterfahrung und therapeutische Effekte. *Dynam. Psychiat.* 33:423-442.

Schmidts, R. (1990): Die Bedeutung der Musiktherapie in der Dynamischen Psychiatrie. Vortrag gehalten auf dem 8. Weltkongress der World Association for Dynamic Psychiatry WADP; 5.- 8. Oktober 1990 an der Hochschule der Künste in Berlin.

Urspruch, I. (2005): Psychoanalytische Theatertherapie. In: G. Reitz, T. Rosky, R. Schmidts, I. Urspruch: Heilsame Bewegungen; S. 94-153. Darmstadt: Wiss. Buchges.

Willke, E. (1985): Zur Verwendung des Mediums Tanz in der Psychotherapie. In: H. Petzold (Hg.): Leiblichkeit. Philosophische, gesellschaftliche und therapeutische Perspektiven. Paderborn. Junfermann.

Adressen
Dr. med. Bianca Schütz: Welserstr. 10-12 • 10777 Berlin • bianca.schuetz.@arcor.de
Dipl.-Psych. Petra Kiem: Möllendorffstr. 117 • 10635 Berlin • petrakiem@t-online.de

Dipl.-Psych. Petra Kiem, Psychologische Psychotherapeutin, Psychoanalytikerin, in eigener Praxis tätig, langjährige Leitung von Tanztheatergruppen, Vorstandsmitglied des Berliner Lehr-und Forschungsinstitutes der Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP),

Dr. med. Bianca Schütz, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychoanalytikerin, Fachärztin für Innere Medizin, humanstrukturelle Tanztherapeutin, arbeitet in eigener Praxis und ist Mitarbeiterin am Berliner Lehr- und Forschungsinstitut der Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP).

Psychoanalytische Anmerkungen zur Dynamik der subjektiven Zeitwahrnehmung

Reimer Hinrichs (Berlin)

Phylogenetic and ontogenetic aspects of human time perception are discussed with respect to topical considerations as well es to suggestions related to ego-psychology. Some phenomena of disturbed time perception are compared to conscious and non-conscious disturbances of time perception whereby emphasis is put on modalities of the neurotic's specific and unspecific attitudes to time. The question of timelessness of the Unconscious is brought up with regard to contributions of analytic literature. The specifity of time in the situation of psychoanalytic therapy is investigated: aspects of the patient's inner and outer attitude to time in this situation are pointed out and completed casuistically.

Keywords: time, perception, ego-psychology, phylogenesis, ontogenesis

1. Einleitung

Das wissenschaftsübergreifende Interesse am Wesen der Zeit lässt sich vielleicht dadurch erklären, dass im zeitlichen Begriff einmal etwas Axiomatisches zukommt, dass aber andererseits die Zeit vom Menschen nur indirekt erfahren werden kann, nämlich als Aufeinanderfolge von inneren und äußeren Veränderungen. Im Unterschied zum Raum ist sie für das Subjekt eindimensional und nicht umkehrbar.

Untersuchungen aus dem Bereich psychopathologischer Forschung bemühen sich um die Beschreibung und Analyse wechselwirksamer Prozesse zwischen der zeitlichen Gegebenheit und der subjektiven Zeitwahrnehmung, wobei die Abgrenzung von philosophischer Abstraktion und physikalischer Objektivierung des Zeitbegriffs betont wird (DOOLEY 1941; DU BOIS 1954; KAFKA 1977; LOEWALD 1962, 1974). Die Psychiatrie weiß, dass es sich bei Störungen des Zeitgefühls um eine primäre Bewusstseinsstörung handelt, die sich „bei fast allen Geisteskrankheiten findet" (LEWIS 1932, S. 620); sie diskutiert die klinischen Erscheinungsformen solcher Störungen (z. B. JASPERS 1973; LEWIS 1932; STRÜMPELL 1919) und deren anatomische Lokalisation (MEERLOO 1948).

Die Psychoanalyse, die sich spätestens seit Erscheinen von FREUDS

©2009 Copyright 'Pinel' Verlag, Berlin • Dynamische Psychiatrie • Dynamic Psychiatry

'Traumdeutungen' (1900, S. 542ff.) mit dem Zeitthema beschäftigt, kennt neben der inneren und äußeren Realität der zeitlichen Dimension auch die psychische Realität der Zeitlosigkeit, die zwar nicht bewusst vorgestellt (STRÜMPELL 1919), wohl aber im Vorbewussten ersehnt (BONAPARTE 1940), im Unbewussten vermutet (FREUD 1915) und im Symptom agiert (COHN 1957) werden kann.

Sie muss daher ihre Fragestellungen weiter fächern und thematisiert im wesentlichen bisher Fragen der Phylo- und Ontogenese des Zeitsinnes (BERGLER, ROHEIM 1946; COHN 1957; DU BOIS 1954; FERENCZI 1913; HOLLOS 1922; MEERLOO 1948; OBERNDORF 1943; PÖTZL 1926; SIMONSON 1928), der Anpassung an die zeitliche Realität und ihrer Störungsmöglichkeiten (ALEXANDER 1967; BONAPARTE 1940; DOOLEY 1941; FREUD 1923; GIFFORD 1960; HARTMANN 1956; KOCH 1959; LOEWALD 1974), topische Zuordnungsfragen des Zeitbegriffs (BONAPARTE 1940; COHN 1957; FREUD 1933; LEWIS 1932; NÜRNBERG, FEDERN 1979; SPIELREIN 1923; WULFF 1931) sowie die Bedeutung der Zeit in der psychoanalytischen Behandlungssituation (BARTOSCH 1976; FREUD 1905, 1913b, 1926b; HAU 1966; KAFKA 1977; LOEWALD 1962; WULFF 1931). Einige der so gewonnenen Erkenntnisse sollen hier diskutiert werden.

Wenn außerdem LOEWALDS Erkenntnis (1974) richtig ist, dass Erinnerung (Vergangenheit), Handlung (Gegenwart) sowie Planung und Erwartung (Zukunft) erst in der gegenseitigen Verschränkung helfen können, die Realität für den Menschen autoplastisch erträglich und alloplastisch veränderbar zu machen, gibt es gute Gründe, zu fragen, welche spezifischen Einflüsse auf den Menschen eine Zeit ausübt, in der Maschinen konstruiert und benutzt werden, die eine Sekunde in eine Milliarde verschiedene Teile zerlegen (KIDDER 1981). Wir halten für denkbar, dass solche Einflüsse das Zeiterleben innerhalb unseres Kulturraumes in einem Ausmaß relativieren und verändern können, das große Beachtung verdient. Dabei stellt sich für uns nur die Frage, ob die Anpassungsleistungen, die bisher als angemessen galten, weiterhin die nämliche Gültigkeit beanspruchen können – gegenüber einer Realität, die gelegentlich in ihren Veränderungen schneller ist, als unsere Wahrnehmung.

In diesem Zusammenhang gewinnt JORSWIECKS Vermutung (1973) neue Aktualität, dass in der psychoanalytischen Praxis in größeren zeitli-

chen Abständen strukturelle und formale – jedenfalls zeitabhängige – Änderungen im neurotischen Systemaufbau zu erkennen sein müssten.

Vor diesem Hintergrund scheint uns der Versuch sinnvoll, die Rekapitulation psychoanalytischer Zeitauffassungen mit der Darstellung unterschiedlicher Gesichtspunkte gestörter und ungestörter Zeitwahrnehmung zu verbinden.

2. Entwicklung der Zeitwahrnehmung

2.1 Phylogenetische Aspekte

Das Risiko spekulativer Unschärfe, das bei phylogenetischen Fragestellungen immer relativ groß ist, kann möglicherweise durch den Hinweis auf zwei axiomatische Gegebenheiten gering gehalten werden: Einmal ist ein Sein ohne Zeit dem Menschen als Vorstellungsinhalt nicht gegeben (STRÜMPELL 1919, S. 642) – im Gegensatz zur unendlichen Zeit (Ewigkeit) als Wunsch, zum anderen ist die Beziehung organischen Lebens zur solaren Rhythmizität (Heliotropie) nicht zu hinterfragen (HOLLOS 1922).

In Weiterführung eines Gedanken von FERENCZI (1913) ist denkbar, dass organisches Leben lange von Beharrungs- und Regressionstendenzen bestimmt wurde, die in Richtung Fortentwicklung und Anpassung sich erst veränderten, als die solare Rhythmik zum wirksamen externen Reiz wurde.

Auch HOLLOS sieht in Phänomenen heliotroper Periodizität den „ältesten mnemischen Besitz unseres Organismus“ (1922, S. 429). Die Entstehung des menschlichen Zeitgefühls wird so in den primär biologischen Bereich verlegt (MEERLOO 1948), von analytischer Seite auch in die unbewusste Kategorie (BERGLER, ROHEIM 1946; HOLLOS 1922), was eine interessante dialektische Beziehung herstellt zu der späteren Diskussion der Zeitlosigkeit des Unbewussten (s. a. 4.2.3 dieser Arbeit).

Die Abhebung von dem organischen Kern der Zeitgefühlsentstehung gelang dem Menschen durch das ihm eigene Phänomen der Zeitmessung, wodurch er Einteilungen eines fließenden Kontinuums vornahm, indem er den Moment (Kairos) von der Dauer (Chronos) unterschied. Er stellte neue Beziehungsmuster her zwischen äußerer (solarer) und innerer (triebhafter) Rhythmik: Zuerst maß er seinen Schatten, den Vorläufer des

Sonnenmessstabes (HARNICK 1925, S. 54). Später konstruierte er in der Entwicklung von Sand- und Wasseruhren technische Äquivalente eigener Entleerungsrhythmik (Defäkation, Dehydration). So erklärt sich einerseits die überragende Bedeutung der Sonne als Repräsentanz der väterlichen, fordernden Realität (HARNICK 1925; MEERLOO 1948), andererseits wird die spezifisch menschliche Ambivalenz gegenüber der Zeit verständlicher: Die Pflicht- und die Lustseite ist der Zeit ebenso eigen wie den menschlichen Entleerungsvorgängen (HARNICK 1925, s. a. 4.2.2.3 dieser Arbeit).

Schließlich sind durch kalendarische Fixationen weitere Unterteilungen vorgenommen worden, deren kollektive Determinanten BERGLER, ROHEIM (1946) unter analytischen Gesichtspunkten untersucht hat: Er stellt den Mond (Monat) als Mutterrepräsentanz der väterlichen Sonne (Tag, Jahr) gegenüber und wagte u. a. die Hypothese, dass die unbewusste Bedeutung tabuisierter wöchentlicher Ruhetage in der Angst vor der Vereinigung der Eltern-Imagines zu sehen sei, so dass durch das transkulturelle Sieben-Tages-Tabu unbewusst die Konfrontation mit der Urszene vermieden werde.

Dahinter verberge sich die Wunschfantasie von der unendlichen (nicht: zeitlosen) Einheit zwischen Mutter und Kind, so dass letztendlich der Kalender als 'äußerste Manifestation von Trennungsangst' zu verstehen sei (BERGLER, ROHEIM 1946, S. 206).

2.2 Ontogenesische Aspekte

2.2.1 Freuds systemtopische Überlegungen

FREUDS verstreute Hinweise zum Thema der Ontogenese des Zeitsinnes (1900, 1914, 1915, 1920, 1923, 1925a, 1925b) lassen erkennen, dass er die Entstehung der Zeitvorstellung dem Wahrnehmungsbewusstsein [W-Bw] zuordnet: Im metapsychologischen Kapitel der Traumdeutung entwirft er die erste topische Konzeption des seelischen Apparates (Systemtopik: W-Bw, Bw, Vbw, Ubw) unter der Annahme, „dass bei gewissen psychischen Vorgängen die Systeme in einer bestimmten zeitlichen Folge von der Erregung durchlaufen werden". (1900, S. 542ff.) Von den Wahrnehmungen verbleibe eine Errinnerungsspur im seelischen Apparat, deren Funktion das Gedächtnis sei. Unter Betonung des Selbstwahrneh-

mungsaspektes wird später angefügt, „dass die Ausbildung und Erstarkung dieser beobachteten Instanz [der Selbstwahrnehmung, R. H.] auch die späte Entstehung des Gedächtnisses und des ... Zeitmomentes in sich fassen könnte“ (FREUD 1914, S. 164 Fußnote).

Die Ableitung der abstrakten Zeitvorstellung von der Selbstwahrnehmung des Systems W-Bw (FREUD 1920, S. 28) wird dann durch die Annahme präzisiert,

> dass Besetzungsinnervationen in raschen periodischen Stößen aus dem Inneren in das völlig durchlässige System W-Bw geschickt ... und wieder zurückgezogen werden ... Es wäre so, als ob das Ubw mittels des Systems W-Bw der Außenwelt Fühler entgegenstrecken würde, die rasch zurückgezogen werden ... Ich vermute, ... dass diese Arbeitsweise des System W-Bw der Entstehung der Zeitvorstellung zugrunde liegt. (FREUD 1925a, S. 8)

Das Gedächtnis ordnet FREUD dem Vorbewussten (Vbw) zu, dessen Funktion auch die zeitliche Anordnung der Vorstellungsinhalte einschließen (1915, S. 287), eine Fähigkeit, die nach Entwicklung des zweiten topischen Modells (Instanzentopik: Es, Ich, Über-Ich) dem Ich zugeschrieben wird (1923, S. 285).

2.2.2 Überlegungen der Ich-Psychologie

FREUDs zuletzt genannte Annahme wurde von zahlreichen Autoren aufgegriffen, die die Ontogenese der Zeitwahrnehmung vornehmlich unter dem Aspekt der Realitätsanpassung untersuchten (COHN 1957; FREUD 1937; GARLEY 1924; GIFFORD 1960; HARNICK 1925; HARTMANN 1956; HOLDER, DARE 1982; LOEWALD 1974; OBERNDORF 1943; ORGEL 1965).

Für den pränatalen Organismus scheinen zwar die Phänomene der mütterlichen Herzfrequenz und Atmung wahrnehmbar zu sein, jedoch muss offen bleiben, ob sich hieraus bereits zeitliche Engrammierungen ableiten lassen. Immerhin weist COHN (1957) darauf hin, dass sich in der späteren orgastischen Sexualität, dem ‘intensivsten narzisstischen Zustand’, die Zeitempfindung des Ich wieder der pränatalen Befindlichkeit annähere, indem sie sich „reduziert auf die vitalen Funktionen von Puls und Atmung“ (COHN 1957, S. 187).

Es wird angenommen, dass sich ein zeitlich spürbares viszerales Gefälle im Sinne der Herausbildung von Bedürfnisspannungen nicht vor der Geburt einstellt. Der postnatale Organismus entwickelt jedoch die Vorstellung des „ersten Hungers: Ich habe jetzt nicht, was ich (schon mal)

hatte" (ORGEL 1965, S. 114), so dass hier die erste Trennung von Gegenwart und Vergangenheit erlebt wird. Dass die Zeitvorstellung in Abhängigkeit von Essensrhythmus entstehe (BERGLER, ROHEIM 1946; DU BOIS 1954), dass Hunger die ersten Zeitengramme des Kindes schaffe (HARNICK 1925), wurde als Annahme zuerst 1924 von der Hebamme Dorothy GARLEY postuliert und mit der Frage verbunden, ob das Hungergefühl auch die ersten intestinal-peristaltischen Vorgänge (Ausstoßung des Mekoniums) initiiere. Durch diese Überlegungen wurde eine Beziehung hergestellt zwischen spezifischen Zeitempfindungen einerseits und den phasischen Kategorien von Oralität und Analität anderseits; diese hypothetische Zuordnung erfuhren später eine vielfältige kasuistische Bestätigung in der allgemeinen psychoanalytischen Neurosenlehre. (BONAPARTE 1940; DOOLEY 1941; DÜHRSSEN 1952; FREUD 1913c, 1933, 1935, 1937, 1956, 1962; FENICHEL 1934; HARNICK 1925; HOPPE 1962; JORSWIECK 1973; KAPLAN 1913; LOEWALD 1951, 1962 MEERLOO 1948; VESZY-WAGNER 1972; WULFF 1931) und speziellen (ALEXANDER 1967; ALLERS 1932; COHN 1957; ERIKSON 1955; FREUD 1913a, 1926a; LEWIS 1932; ORGEL 1965; SPITZ 1937)

Wir übernehmen also das Konzept der „intrasomatischen Akquisition des Zeitsinnes" (OBERNDORF 1943, S. 143) und stellen als erste Rhythmik des Neugeborenen den Wechsel zwischen Schlaf und Hunger fest.

Die weitere Entwicklung im Zuge der Realitätsanpassung zeigt nach FENICHEL (1937) das Einschalten einer Zeitspanne zwischen Reiz und Reaktion. Auch von HARTMANN (1956) und in jüngster Zeit von HOLDER und DARE (1982) wird die Bedeutung der Fähigkeit betont, eigene Aktivitäten von dem unmittelbaren Drang nach Abfuhr zu befreien, Erwartungen aufzubauen und mir Hilfe des Zeitfaktors zu prüfen, ob die Abfuhr realitätsgerecht sei oder nicht. Die Entstehung von Erwartungsspuren, durch die nun auch die Zukunft von der Gegenwart unterschieden werden kann, verlegt GIFFORD (1960) immerhin in den sehr frühen Zeitraum zwischen der 3. und 4. Lebenswoche, wobei er diesen Prozess als „Ausbildung der Vorläufer von Ich-Funktionen" betrachtet (GIFFORD 1960, S. 24).

3. Aspekte ungestörter Zeitwahrnehmung

Im Falle ungestörter Entwicklung wird so das Zeitgefühl zu einem laten-

ten Zustand verinnerlicht (COHN 1957), bei dem Zeitdauer erlebt wird. Später können auch Zeitrichtungen vorgestellt und schließlich Zeiträume geschätzt werden (SPIELREIN 1923). Hierbei verschmelzen drängende Kräfte von rückwärts (Triebdynamik) mit der Anziehungskraft des Zukünftigen (Willensdynamik) zu den in der jeweiligen Gegenwart gelebten Ich-Leistungen des Denkens und der Handlung.

Bis in die Adoleszenz hat der Mensch das Gefühl einer sich vor ihm endlos ausdehnenden Zeit (BONAPARTE 1940), muss dann erkennen, dass er zwar dem Lauf der Zeit ausgeliefert ist (BERGIUS 1959), dass er aber die Zeit auch klar definieren und für sich nutzen kann (BONAPARTE 1940). Später setzt eine Schwerpunktverlagerung des Erlebens nach rückwärts an, der Fluss der Zeit wird von älteren Menschen im Vergleich zu früheren Phasen als rascher erlebt, während die Erlebniswelt des ganz alten Menschen – wie des Kindes – wieder stärker gegenwartsbezogen ist, wodurch Erinnerung und Planung gleichermaßen in den Hintergrund treten.

Kurzweilige Zeiträume, die mit belebenden Ereignissen gefüllt sind, erscheinen in der Erinnerung lang, während das gegenwärtig Langweilige in der späteren Rückschau sich verkürzt darstellt oder dem Vergessen schneller anheim fällt. In der Lust scheint die Zeit schneller zu vergehen, bei Schmerz und Hunger erscheint der Zeitablauf verlangsamt. Die Zukunftseinstellung der Erwartung ist in ihrer affektiven Modalität immer abhängig von Prägungen des Vorstellungs- und des Valenzgedächtnisses (DÜHRSSEN 1952, S. 75).

Wird etwas Angenehmes erwartet, stellen sich Vorfreude, Hoffnung oder Optimismus ein, je nachdem, ob der vorgestellte Zukunftszeitraum näher oder weiter gefasst ist. In der genannten Reihenfolge verbreitern und vertiefen sich auch die erwarteten Inhalte bezüglich des Begriffs der Dauer. Die affektiven Gegenpole wären Misstrauen, Sorge und Pessimismus.

Die Frage, ob indifferente Mittellagen existieren, können wir nicht beantworten, halten sie aber für interessant.

Gleichgültig scheint gefühlshaft negativ attribuiert zu sein und in der Nähe des Ablehnungsbegriffes zu stehen, während Gleichmut eine (affektiv positive) Beziehung zur Hoffnung zu haben scheint, ohne die ja auch Geduld nicht möglich ist.

Die Einstellung zur Zeit wird von ALEXANDER als „eine der wichtigsten Funktionen des reifen Ich" (1967, S. 697) bezeichnet, was er dahingehend akzentuiert, dass hinsichtlich der Handlungsleistung „durch Raschheit und das Vermeiden unnötiger Bewegung" (S. 694) die Zeit am besten zu nutzen sei. Eine gelungene Anpassungsform des Organismus an die Realität der Zeit sieht er in der Fähigkeit zur Selbstdisziplin, die er definiert als die „Bereitschaft, zu einem gewissen Zeitpunkt etwas Unlustvolles zu tun, wodurch spätere Unlust abgewendet wird." (ALEXANDER 1967, S. 696)

Wir würden als weiteres Attribut einer gelungenen Anpassung an die Zeit, nämlich bezogen auf die Denkleistung, den Begriff der Umsicht ergänzen, der einigen Erscheinungsformen der Intelligenz nahe steht und hier als Fähigkeit beschrieben wird, im Prozess prüfender Planung inhaltliche und zeitliche Komplikationen und Verzweigungen des anzunehmenden praktischen Verlaufs vorausschauend zu erfassen, nach Wahrscheinlichkeitsgraden zu ordnen und als Eventualität rechtzeitig der vorgestellten Planung einzufügen.

4. Modifikation und Störungen der Zeitwahrnehmung

4.1 Die bewusste Ebene

Störungen des Zeitgefühls sind auch beim Gesunden nichts Seltenes (STRÜMPELL 1919), insbesondere dann, wenn die Vigilanz gegenüber der Umwelt verändert ist, also etwa bei Schläfrigkeit (ISAKOWER 1936), Intoxikationen (BONAPARTE 1940; LEWIS 1932; SCHILDER 1935) oder unter den Bedingungen der sensorischen Deprivation (SOLOMON, LEIDERMAN, MENDELSON, WEXLER 1957). Dass Zuständen noch tieferer Regression, Schlaf und Psychose 'jedes Zeitmaß fehlt', hatte FREUD bereits 1900 (S. 96) angenommen.

Die Erklärungen für Störungen des bewussten Zeitgefühls könnte in der „Veränderung der unmittelbaren Wahrnehmungsdaten" (LEWIS 1932, S. 614) liegen, was verständlicher wird, wenn wir die Komplexität – und damit die Störanfälligkeit – des Vorgangs: 'Zeiterfassung durch Wahrnehmungsverarbeitung innerer und äußerer Stimulation' bedenken. Bezüglich der inneren Stimulation bedeutet „jede Veränderung der libidinösen Situation eine Veränderung des Zeiterlebens" (SCHILDER

1935, S. 268), wobei überhaupt „unsere Haltung zur Zeit die Triebansprüche ... gegenüber dem Leben darstellt" (SCHILDER 1935, S. 272).

Bezüglich der äußeren Stimulation ist darauf hinzuweisen, dass die Zeiterfassung an die Synergie haptischer, visueller und auditiver Eindrücke gebunden ist (STRÜMPELL 1919), wobei aber das Auge Impulse nur gleichzeitig nebeneinander wahrnehmen kann, während das Ohr zur Wahrnehmung auf das zeitliche Nacheinander der Impulse angewiesen ist und „nie ein statisches Präsens wahrnimmt" (MEERLOO 1948, S. 593).

Da nun aber Wahrnehmungs- und Erinnerungsbilder gleichzeitig entstehen, wird deutlich, dass innerhalb dieses Prozesses vielfältige Irritierungen der Speicherung sich bilden oder vorbereitet werden können.

4.2 Die nicht bewusste Ebene

Hinsichtlich der tiefenpsychologischen Dynamik erweitert sich der eben erörterte Vorgang: Der Übergang bewusster Gedächtnisinhalte zu unbewussten Erinnerungsspuren ist fließend (FREUD 1900, S. 543 f.), die Inhalte der Ekphorierung jedoch können assoziativ (FREUD 1900, S. 544) oder symbolisch (HORSTKOTTE 1982, S. 230) verzerrt sein.

Die pränatale Vergangenheit ohne Hunger wird zur „Fantasie von der unendlichen Einheit zwischen Mutter und Kind" (BERGLER, ROHEIM 1946, S. 206), weil die Forderungen und Versagungen der Realität so schwer zu ertragen sind: Hunger als erstes Zeitengramm und Reinlichkeit als erste zeitliche Forderung führen durch ihre spezifische affektive Verankerung im menschlichen Valenzgedächtnis (DÜHRSSEN 1952) im Falle günstiger Konstellationen zur Anpassung an die zeitliche Realität; im Falle ungünstiger Anpassungsvoraussetzungen wird die Zeit geflohen, gemieden oder bekämpft.

4.2.1 Unspezifisch neurotische Zeiteinstellung

Das zeitbezogene Verhalten des Neurotikers ist unter anderem dadurch gekennzeichnet, dass er „sich verliert in Grübeleien über die Vergangenheit oder in Tagträume bzw. in Sorgen über die Zukunft" (VESZY-WAGNER 1972, S. 138), was zur Folge hat, so würden wir hinzufügen, dass er die Gegenwart nicht genießen kann.

Die Lustseite der Zeit kann von ihm nicht erfasst werden, da er von der Bedrängung durch die Pflichtseite überwältigt wird. Weil er Schaffens-

freude nicht kennt, empfindet er Leistungsdruck. Er schiebt seine Pflichten auf (z. B. im Symptom der Arbeitsstörung), nicht aber seine Bedürfnisse, die er fantasierend (in Tagträumen) oder agierend (durch Drogenkonsum) befriedigt, um nicht in unerträgliche Spannung zu geraten. Dieses Fluchtverhalten hat weitgehend passiven Charakter und ist häufig verknüpft mit den Empfindungen von Unzufriedenheit und Langeweile.

Nach FENICHEL will ein Mensch in dieser Lage „durch passives Erleben aus einer Spannung befreit werden, die aus Angst vor eigenen aktiven Impulsen entstand" (1934, S. 277). Er will die Zerstreuung und 'Ablenkung', die Ablenkung vom ursprünglichen, jetzt verdrängten Triebziel: Dem Kampf gegen die Repräsentanz der feindlich-fordernden zeitlichen Realität, die zuerst die Reinlichkeit forderte. Von diesem ödipalen Hintergrund stellt HARNICK (1925) hypothetisch die dynamisch-analogische Beziehung 'Kot-Zeit-Vater' her und deduziert von dorther die Begriffe des Zeitvertreibs und Zeittotschlagens.

In Weiterführung dieser Gedanken ließen sich möglicherweise auch aktuelle Phänomene besser verstehen, wenn beispielsweise in Aktivitäten des Terrorismus das aggressive Element des Kampfes gegen 'Vater Staat' gesehen wird; das libidinöse Äquivalent läge in Hinwendungserscheinungen zur mütterlichen Repräsentanz von Kirche und Natur.

4.2.2 Spezifisch neurotische Zeiteinstellung

4.2.2.1 DER ÜBERWIEGEND SCHIZOIDE PATIENT.

Strukturspezifisch sieht sich der überwiegend Schizoide der Zeit hilflos gegenüber, weil er sie aufgrund seiner sehr frühen intentionalen Störung nicht versteht. Sinnhafte zeitliche Einteilungen sind ihm genauso fremd und fern wie kontinuierliche zeitliche Abläufe. Seine zeitliche Erlebnisfähigkeit bewegt sich in den Grenzbereichen von zeitlicher Fragmentierung einerseits oder zeitlichen Verschmelzungserlebnissen andererseits. Die Fragmentierung kann erlebt werden als zerhackte Aneinanderreihung inhaltlich unzusammenhängender Momente, wobei visuelle, haptische und auditive Eindrücke als verfremdet und bizarr empfunden werden, nämlich dann, wenn sich der Rückzug von der äußeren Fremdheit mit einer gesteigerten Innenwahrnehmung verbindet. Der Patient erlebt dann im Wachzustand pathologischerweise das, was ISAKOWER in Zuständen reduzierter Vigilanz auch bei Gesunden beobachten konnte: „Die

regressive Wiederbelebung ontogenesisch primitiver Ich-Haltungen" (ISAKOWER 1936, S. 477).

4.2.2.2 DER ÜBERWIEGEND DEPRESSIVE PATIENT

Die orale Determinierung des überwiegend Depressiven zeigt bereits an, dass er das fürchtet, was vor ihm liegt: Die Angst, von dem Zukünftigen entweder verschlungen zu werden oder nicht das zu bekommen, was er will, sondern stattdessen nichts, nicht genug oder etwas nicht Gewolltes, führt zu Misstrauen oder Ängstlichkeit. Hunger als erste zeitliche Engrammierung ist offenbar hier in der affektiven Valenzkoppelung besonders ungünstig betont. Hieraus leitet sich die so typische diffuse Zukunftsangst des Depressiven ebenso ab, wie die reaktive Unersättlichkeit in den Haltungen der Ansprüchlichkeit und der Riesenerwartung. Die Einstellungen von Resignation, Hoffnungslosigkeit und Pessimismus verbinden sich mit dem Gefühl der sehr langsam vergehenden Zeit, das immer dann auftritt, wenn 'nichts passiert', d. h. wenn etwas Erwartetes nicht eintritt. Das tragische Element des Depressiven liegt – im Unterschied zum gesunden Ungeduldigen – darin, dass ihm nicht bewusst ist, was er erwartet (nämlich: So satt zu werden, wie er es vorgeburtlich war und danach nie wieder wurde: Vom Diesseitigen erwartet er Jenseitiges).

4.2.2.3 DER ÜBERWIEGEND ZWANGHAFTE PATIENT

Die anale Prädilektion des Zwangsneurotikers weist darauf hin, dass 'es ihn drängt', auch zeitlich. Die Unwiederbringlichkeit der Zeit hat für ihn etwas Bedrohliches, er fürchtet den Verlust und versucht, ihm durch Manipulation der Zeit magisch zuvorzukommen. Die Rituale, Kontrollen und Wiederholungen dienen unter anderem dem vergeblichen Wunsch, Zeit zu gewinnen und zu behalten (FREUD 1926a, S. 145). Tragisch für den Zwangsneurotiker ist, dass er gerade durch die Mechanismen nie Zeit hat, auch nicht für andere Menschen, denen er in seinen Haltungen unbewusst sogar noch 'die Zeit stiehlt', wodurch sich seine sozialen Bezüge oft erheblich komplizieren.

4.2.2.4 DER ÜBERWIEGEND HYSTERISCHE PATIENT.

Dieser Patiententypus kennt zwar zeitliche Abläufe, Ordnungen und Ein-

teilungen, beachtet sie aber nicht. Seine Zeiteinstellung ähnelt jener der kindlichen Fantasie (LEWIS 1932). Die typisch hysterische Amnesie wird mit der Angst vor der Koinzidenz von Vergangenheit und Gegenwart erklärt (DOOLEY 1941). Wir fügen hinzu, dass der Hysterische seine Zukunft nicht planen kann, weil er gewissermaßen auch hierfür 'amnestisch', also gedanken-los ist. Die Gegenwart ist das Einzige, was er hat. Auch darin ähnelt er dem Kind.

4.2.3 Die so genannte Zeitlosigkeit des Unbewussten

Die Überzeugung FREUDs von der Zeitlosigkeit des Unbewussten wird folgendermaßen präzisiert: „Die Vorgänge des Systems Ubw sind zeitlos, das heißt sie sind zeitlich nicht geordnet, werden durch die verlaufende Zeit nicht abgeändert, haben überhaupt keine Beziehung zur Zeit". (1915, S. 285) Ferner wird beschrieben: „dass die unbewussten Seelenvorgänge an sich zeitlos sind. Das heißt zunächst, dass sie nicht zeitlich geordnet werden, dass die Zeit nichts an ihnen verändert, dass man die Zeitvorstellung nicht an sie heranbringen kann." (FREUD 1920, S. 23)

Sechs Jahre später wird jedoch die zeitliche Unveränderlichkeit unbewusster seelischer Vorgänge von FREUD am Beispiel der verdrängten Triebregung folgendermaßen relativiert:

> Von der verdrängten Triebregung selbst nahmen wir an, sie bleibe im Unbewussten unbestimmt lange unverändert bestehen. Nun wendet sich das Interesse den Schicksalen des Verdrängten zu, und wir ahnen, dass ein solcher unveränderter und unveränderlicher Fortbestand nicht selbstverständlich, vielleicht nicht einmal gewöhnlich ist. (1926a, S. 173 Fußnote)

Wenige Jahre später betont FREUD allerdings erneut, es finde sich „keine Veränderung des seelischen Vorgangs durch den Zeitablauf", sondern es handele sich bei der Unveränderlichkeit des Verdrängten durch die Zeit um eine „über jedem Zweifel feststehende Tatsache." (1933, S. 80)

Die so entstehende Unklarheit griff Marie BONAPARTE (1940) wenig später in einem persönlichem Gespräch mit FREUD auf, als dessen Ergebnis sie und 1940 FREUDs abschließende Ansicht mitteilt, dass in Analogie zur physikalischen Quantentheorie:

> seelische Quanten im Unbewussten geformt werden, und, nachdem sie ihren wirksamen Grenzwert erreicht haben, in das Vorbewusste eindringen, um dort in größerem oder kleinerem Ausmaß eine Störung des subjektiven

Zeitsinnes zu bewirken. (BONAPARTE 1940, S. 443, Übersetzung R. H.)

BONAPARTE schloss daraus, dass die Derivate des Unbewussten (Träume, Fehlleistungen, Symptome) sich auf dem Weg über das Vorbewusste ins Bewusstsein neben anderen auch die zeitlichen Wahrnehmungsformen gewissermaßen borgen müssten (1940, S. 441), die ihnen aber selbst nicht eigen wären.

Eine Aufklärung dieser Verständnisschwierigkeiten gab FREUD schon vorher, allerdings in anderem Zusammenhang: Er sprach davon, „dass es im deskriptiven Sinn zweierlei Unbewusstes gibt, im dynamischen aber nur eines" (FREUD 1923, S. 242). Damit war gemeint, dass FREUD den Namen 'Unbewusst' auf 'das dynamisch unbewusste Verdrängte' (1923, S. 242) eingrenzte, während „jenes Unbewusste, das nur latent ist und so leicht bewusst wird, das Vorbewusste" (1933, S. 78) genannt wurde, das rein deskriptiv auch unbewusst sei, aber eben nicht dynamisch.

Das dynamisch verdrängte Unbewusste hat nun aber „keinen Zugang zum Bewusstsein, außer durch das Vorbewusste, bei welchem Durchgang sein Erregungsvorgang sich Abänderungen gefallen lassen muss" (FREUD 1900, S. 546). So hat sich der Kreis geschlossen, das letzte Zitat war wieder aus der 1900 erschienenen Traumdeutung, woraus die insgesamt klare Geschlossenheit der FREUDschen Konzeption ersehen werden kann.

In den erst sehr spät veröffentlichten 'Protokollen der Wiener psychoanalytischen Vereinigung' (NÜRNBERG, FEDERN 1979) findet sich unter dem Datum 8.11.1911 der Inhalt einer 'Diskussion über die angebliche Zeitlosigkeit des Unbewussten', in der FREUD seine oben beschriebenen Ansichten dahingehend präzisiert, dass das Unbewusste als ein System angenommen wird, „in dem das Zeitliche gar keine Rolle spiele" (NÜRNBERG, FEDERN 1979, S. 295).

Die Grundlage der Diskussion war ein Beitrag STEKELS (1912), der ein Jahr später veröffentlicht und in dem postuliert wurde, dass das Unbewusste die Zeit nicht kennen wolle und sich darum über sie hinaussetze. Damit war immerhin angedeutet, dass zwischen Unbewussten und Zeit eine Beziehung bestehe, was andere Diskussionsteilnehmer auch von der Unmöglichkeit sprechen ließ, dem Unbewussten die Zeit als erkenntnistheoretischen Formalbegriff abzusprechen (NÜRNBERG, FEDERN 1979, S. 289). Es sei „von vornherein unwahrscheinlich, dass im Unbewussten

der Zeitbegriff fehlen solle", da ja „auch das Unbewusste an die Zeit als Voraussetzung seines Zustandekommens gebunden ist." (NÜRNBERG, FEDERN 1979, S. 290)

FREUD brauchte hier nicht zu widersprechen, da er bereits zwischen dem latenten vorbewussten (zeitbezogen) und dem dynamisch-verdrängten (zeitosem) Teil des Unbewussten unterschieden hatte. Er verstärkte die Ansicht der ebenfalls anwesenden Sabina SPIELREIN (NÜRNBERG, FEDERN 1979, S. 291), dass das Unbewusste ein gegenwärtiges Ereignis in eines verwandle, das nicht an irgendeine bestimmte Zeit geknüpft sei. Schließlich ist FREUD im genannten Protokoll einig mit der wesentlichen Stellungsnahme von FEDERN (NÜRNBERG, FEDERN 1979, S. 293), dass der Ausdruck 'zeitlos' eigentlich immer unzutreffend angewendet worden sei. Gemeint sei vielmehr die Unveränderlichkeit unbewusster Inhalte in der Zeit, die als unendlich im Sinne grenzenloser zeitlicher Dauer vorgestellt werde.

Ein vorläufiges Fazit dieser Debatte zog WULFF (1931) in ihrer diplomatischen Annahme, dass der „Verlauf eines unbewussten Vorganges sich nach seinen eigenen Zeitbedingungen" entwickelte, weil er „anderen Gesetzen unterworfen" sei als innerhalb des Bewusstseins (WULFF 1931, S. 515).

5. Aspekte der Zeit in der analytischen Behandlungssituation

5.1 Allgemeines

Wenn die oben (s. 4.1) zitierte Annahme zutrifft, dass „unsere Haltung zur Zeit die Triebansprüche ... gegenüber dem Leben darstellt" (SCHILDER 1935, S. 272), ist zu erwarten, dass zeitbezogene Verhaltensweisen des Patienten besonders wichtige Hinweise geben für das Verständnis seiner inneren Dynamik. Bezüglich des äußeren Rahmens der analytischen Situation kennen wir die Phänomene des Zu-früh-kommes, der Verspätung, des Wegbleibens, der 'chronischen Pünktlichkeit' und des unerwarteten Erscheinens. Jede dieser Modalitäten kann natürlich sehr unterschiedliche Determinierungen aufweisen, die sich nur kasuistisch interpretieren lassen. Dafür fehlt es hier an Zeit und Raum. Wir würden vorschlagen, auf derartige Phänomene besonders deutlich am Anfang der Behandlung zu achten, also bezogen auf den Paktabschluss und die erste Behandlungsstunde, da sich spezifische und typische Widerstands- und

Abwehrmechanismen in diesen anfänglichen zeitlichen Randzonen der Therapie deutlicher ausformen können als später. Wir empfehlen eine detaillierte Gedächtnisprotokollierung der zeitbezogenen Verhaltensspezifität des Patienten, weil sich nach unserer Überzeugung auf diese Weise spätere Überraschungen vermeiden lassen.

Hinsichtlich des inneren Rahmens der analytischen Situation verdient der Hinweis von LOEWALD (1974) besondere Beachtung, dass in der Übertragung die gegenwärtige Beziehung determiniert sei von Vergangenheit und – erwünschter oder gefürchteter – Zukunft, wobei sich alle drei Aspekte gegenseitig modifizieren. Dass der Therapeut vom Patienten als jemand angesehen werde, der mit der Zeit 'in ganz besonderer Weise umgeht' (KAFKA 1977, S. 727), nämlich als Erweiterer oder Kondensator der Zeit, hat KAFKA hervorgehoben, während HAU (1966) die widerstandsspezifischen Gesichtspunkte des sich langweilenden Patienten diskutiert.

Weitere Aspekte lägen in der Dauer der Therapie und in der auch zeitlichen Schwierigkeit, mit bewussten Mitteln auf latentes Material zu wirken.

5.2 Kasuistisches

Wir wollen einen Beitrag aus der Therapie einer 32-jährigen Studentin beisteuern, die u. a. wegen Arbeitsstörungen in Behandlung kam. Die Angstseite ihres Konfliktes erlebte sie einerseits durch den zeitlichen Druck in Richtung auf das Examen, andererseits in der Befürchtung, *„schon am Anfang vom Rentenalter zu sein, wenn ich anfange zu arbeiten ... die Zeit vergeht dann ja so schnell"*.

Die Wunschseite des Konfliktes zeigte sich im ambivalenten Nebeneinander von Umschreibung der Inhalte: 'Ich will jung bleiben' und: 'Ich will weiterkommen'. Die therapeutische Intervention akzentuierte an dieser Stelle die Ambivalenz und blieb inhaltlich auf der Angstseite: 'Die Zeit drängt – und die Zukunft lockt nicht'. Diese Konfrontation wurde regressiv beantwortet, aber angenommen, was sich dadurch zeigte, dass in der Reaktion der Patientin die Ambivalenz bestätigt wurde: *'Mir fehlt die Zeit für mich (Angst) ... ich möchte schlafen (Wunsch)'*.

Eine der genetischen Quellen dieses Konfliktes zeigte sich nach weiterer regressiver Vertiefung in der Empfindung, sich 'alt und unbeweglich' zu fühlen, von wo aus dann die Assoziationskette zum Tod des Vaters

führte; die Nähe des Vaters wurde unbewusst ersehnt.

Nach allmählicher Erhellung dieser Zusammenhänge wurde dann der Weg frei zur Auseinandersetzung mit der Mutter, von der die Patientin bis dahin nur geklagt hatte, 'dass sie mich nicht in Ruhe(!) lässt'. So erwiesen sich rückblickend die Arbeitsstörungen auch als ein unbewusster Versuch, die ödipale Versuchung abzuwehren, die in der unbewussten Verknüpfung von Berufsausübung und Nähe zum Vater lag.

6. Ausblick

Wir sind uns darüber klar, dass in der zuletzt geschilderten kasuistischen Skizze lediglich der zeitbezogene Aspekt eines insgesamt komplexen Geschehens angesprochen wurde; wir meinen aber auch, dass die 'rechtzeitige' Beachtung einiger Besonderheiten des Zeitthemas hier wie möglicherweise auch in anderen Fällen dem therapeutischen Verlauf nützlich sein kann.

Einige dieser Besonderheiten im theoretischen und praktischen Bezug darzustellen und zu diskutieren, war Sinn dieser Arbeit.

Wir wollen abschließend der Hoffnung Ausdruck geben, dass der eine oder andere erwähnte Akzent zu weiterer Beschäftigung mit dem interessanten Thema Zeit Anlass gibt. Vielleicht können wir so unseren Patienten und uns selbst helfen, der Maxime ein wenig näher zu kommen, die LOEWALD als die „Voraussetzung des psychoanalytischen Unternehmens" (1974, S. 1055) beschrieben hat: Sich der Vergangenheit bewusst zu werden, um ein Maß für die Gegenwartsbewältigung und Zukunftsgestaltung zu gewinnen.

Psychoanalytic Remarks on the Dynamics of Subjective Perception of Time

Reimer Hinrichs

1. Introduction

The overall scientific interest in the nature of time can perhaps be explained by the fact that the term time has, on the one hand, something axiomatic about it, but on the other can only be indirectly experienced by

man, namely as a sequence of internal and external changes. Unlike space, it is subjectively one dimensional and irreversible.

Studies in the field of psychopathological research seek to describe and analyze processes by which the temporal event and the subjective perception of time interact, while stressing the distinction between the philosophical abstraction and the physical objectivization of the conception of time (DOOLEY 1941; DU BOIS 1954; KAFKA 1977; LOEWALD 1962, 1974). In psychiatry it is known that disorders of the time sense are a primary disturbance of consciousness that can be found 'in almost all mental illnesses' (LEWIS 1932, p. 620); psychiatry addresses the clinical manifestations of such disorders (e.g. JASPERS 1913; LEWIS 1932; STRÜMPELL 1919) and their anatomical localization (59).

Psychoanalysis, which has dealt with the subject of time ever since Freud's 'The interpretation of dreams' (FREUD 1900, p. 542ff.) was published, recognizes along with the internal and external reality of the temporal dimension also the psychological reality of timelessness that, although not consciously visualized (STRÜMPELL 1919), can be longed for in the preconscious (BONAPARTE 1940), assumed in the unconscious (FREUD 1915) and acted out in symptoms (COHN 1957).

This made it necessary to further fan out its interrogations and discuss subjects that until then were essentially issues of the phylogensis and ontogenesis of the sense of time (BERGLER, ROHEIM 1946; COHN 1957; DU BOIS 1954; FERENCZI 1913; HOLLOS 1922; MEERLOO 1948; OBERNDORF 1943; PÖTZL 1926; SIMONSON 1928), the adaptation to temporal reality and the ways it can be disturbed (ALEXANDER 1967; BONAPARTE 1940; DOOLEY 1941; FREUD 1923; GIFFORD 1960; HARTMANN 1956; KOCH 1959; LOEWALD 1974), the metapsychological assignment of the conception of time (BONAPARTE 1940; COHN 1957; FREUD 1933; LEWIS 1932; NÜRNBERG, FEDERN 1979; SPIELREIN 1923; WULFF 1931), as well as the meaning of time in the psychoanalytical treatment situation (BARTOSCH 1976; FREUD 1905a, 1913b, 1926b; HAU 1966; KAFKA 1977; LOEWALD 1962; WULFF 1931). Some of the insights thus gained will be discussed here.

Moreover, if LOEWALD's findings (1974) are correct as well, that memory (past), action (present), and planning and expectation (future) can only then be of help in making reality tolerable through autoplastic adap-

tation and alterable through alloplastic adaptation when mutually interconnected, then there is good reason to ask what specific influences are exerted on man by a time in which machines are constructed and used that divide a second into a billion different parts (KIDDER 1981). We consider it conceivable that such influences can relativize and modify the experience of time within our cultural area to an extent that deserves serious attention. This poses for us the question of whether the adaptation behavior considered appropriate until now can continue to claim the same validity – faced with a reality that at times changes more quickly than our perception.

In this connection, JORSWIECK's assumption (JORSWIECK 1973) that in psychoanalytic practice structural or procedural – in any case time dependent – modifications in the neurotic construct system must be recognizable at greater intervals of time gains new relevance.

With the foregoing in mind, it seems to us meaningful to link the recapitulation of the psychoanalytic conceptualization of time with the presentation of various aspects of disturbed and undisturbed perceptions of time.

2. Development of time perception

2.1 Phylogenetic aspects

The risk of speculative vagueness, which is always relatively great when posing phylogenetic questions, can possibly be held to a minimum by pointing out two axiomatic facts. For one thing, man is incapable of conceiving of an existence without time (STRÜMPELL 1919, p. 642) – in contrast to limitless time (eternity) as a desire – on the other hand, the relationship between organic life and solar rhythmicity (heliotropy) cannot be challenged (HOLLOS 1922).

In continuation of a thought by FERENCZI (1913), it is conceivable that tendencies of persistence and regression long played a determining factor in organic life that only then shifted in the direction of further development and adaptation when solar rhythm became an effective external stimulus.

HOLLOS also sees 'our organism's oldest mnemic possession' in the phenomenon of heliotropic periodicity (1922, p. 429), thus placing the

development of mankind's time sense in the domain of primary biology (MEERLOO 1948); from an analytic point of view also in the unconscious category (BERGLER, ROHEIM 1946; HOLLOS 1922), which establishes an interesting dialectic relationship to the later discussion of the timelessness of the unconscious (s. 4.2.3 below).

Man was able to rise above the organic core of his emergent time sense through the uniquely human phenomenon of measuring time, whereby he sought to make divisions in a flowing continuum by differentiating the moment (kairos) and the duration (chronos). He created new patterns of relationships between external (solar) and internal (compulsive) rhythms. First he measured his shadow, the precursor of the sundial (HARNICK 1925, p. 54). Later, in the development of sandglasses and water clocks, he constructed technical equivalents of his own evacuation rhythms (defecation, dehydration). This explains on the one hand the commanding importance of the sun as a representative of paternal, challenging reality (HARNICK 1925; MEERLOO 1948); while on the other hand the uniquely human ambivalence regarding time becomes more comprehensible. The compulsory and pleasure aspects are just as intrinsic to time as they are to the human evacuation processes (HARNICK 1925, s. 4.2.2.3 below).

Finally, through the fixing of calendars, a further division was carried out, whose collective determinants were examined from an analytic point of view by BERGLER and ROHEIM (1946). They placed the moon (month) as representing the mother opposite the sun (day, year) representing the father and, among other things, ventured the hypothesis that the unconscious meaning of a day of rest being separated by work taboos from the remainder of the week was to be seen as a fear of a union of the parent images so that unconsciously the confrontation with the primal scene could be avoided through the trans-cultural weekly cycle of taboos.

Hidden behind this is the wish-fantasy of a never-ending (not timeless) union of mother and child so that in the end the calendar is to be understood as an "extreme manifestation of separation anxiety" (BERGLER, ROHEIM 1946, p. 206).

2.2 Ontogenetic aspects

2.2.1 Freud's reflections on topical systems

FREUD's scattered references on the subject of the ontogenesis of the time sense (FREUD 1900, 1914, 1915, 1920, 1923, 1925a, 1925b) indicate that he assigned the emergence of a concept of time to perceptual awareness (Pcpt.-Cs). In the metapsychological chapter of 'The Interpretation of Dreams' (FREUD 1900, p. 542 ff.), he formulated the first topical concept of the psychic apparatus (topical systems: cognitive consciousness – Cs (P = Cs), Cs, Pcs, Ucs) with the assumption "that in certain psychic events the system will be traversed by the excitation in a definite temporal order." A memory-trace remains of the perceptions in the psychic apparatus, whose function is the memory. Later, while stressing the aspect of self-perception, he added, "that the developing and strengthening of this observing agency [of self-perception; R. H.] might contain within it the subsequent genesis of memory and the time-factor" (FREUD 1914, p. 164, footnote).

The derivative of the abstract concept of time of the system Pcpt.-Cs self-perception (FREUD 1920, p. 28) is then presented through the hypothesis

> that cathectic innervations are sent out and withdrawn in rapid periodic impulses from within the psychic apparatus into the completely pervious system Pcpt.-Cs ... as if the unconscious, by means of the Pcpt.-Cs. system, extended in the direction of the outside world antennas that ... are quickly withdrawn. I further had a suspicion that this discontinuous method of functioning of the system Pcpt.-Cs lies at the bottom of the origin of the concept of time. (FREUD 1925a, p. 8)

FREUD assigns memory to the preconscious (Pcs), whose functions also includes the chronological ordering of conceptual content (FREUD 1915, p. 287), an ability that was assigned to the ego after the development of the second structural model (structural concepts: id, ego, superego) (FREUD 1923, p. 285).

2.2.2 Reflections of Ego-Psychology

The hypothesis by FREUD mentioned last of all was attacked by a great number of writers who were investigating the ontogenesis of the perception of time primarily in terms of the adaptation to reality (COHN 1957;

FREUD 1937; GARLEY 1924; GIFFORD 1960; HARNICK 1925; HARTMANN 1956; HOLDER, DARE 1982; LOEWALD 1974; OBERNDORF 1943; ORGEL 1965).

Although the phenomena of the mother's heartbeat and breathing appear to be perceivable to the prenatal organism, it must remain open whether or not temporal engrammations are already resulting from them. All the same, COHN (1957) points out that in later orgasmic sexuality, the "most intensively narcissistic state," the ego's sense of time again approaches the prenatal state by "reducing itself to the vital functions of pulse and breathing." (COHN 1957, p. 187)

It is assumed that a temporally perceptible visceral difference in the sense of a development of need-tensions does not appear before birth. The postnatal organism, however, develops the notion of the "first hunger; I do not have now, what I (once) had" (ORGEL 1965, p. 114), thus experiencing the first separation of past and present. In 1924, the midwife Dorothy GARLEY became the first to pose the hypothesis that the concept of time develops from the feeding rhythm (BERGLER, ROHEIM 1946; DU BOIS 1954), and that hunger creates the first temporal engrams in a child (HARNICK 1925). She linked this to the question of whether the feeling of hunger also initiates the first intestinal peristalsis processes (evacuation of the meconium). A relationship was established from these reflections between specific perceptions of time on the one hand and the phasic categories of orality and anality on the other. These hypothetical attributions later experienced a multifaceted casuistic confirmation in the general (BONAPARTE 1940; DOOLEY 1941; DÜHRSSEN 1952; FREUD 1913c, 1933, 1935, 1937, 1956, 1962; FENICHEL 194; HARNICK 1925; HOPPE 1962; JORSWIECK, 1973; KAPLAN 1913; LOEWALD 1951, 1962 MEERLOO, 1948; VESZY-WAGNER, 1972; WULFF 1931) and specific (ALEXANDER 1967; ALLERS 1932; COHN 1957; ERIKSON 1955; FREUD 1913a, 1926a; LEWIS 1932; ORGEL 1965; SPITZ 1937) psychoanalytic theory of neurosis.

We will therefore accept the concept of the "intrasomatic acquisition of the sense of time" (OBERNDORF 1943, p. 143) and confirm the alternation between sleep and hunger as the first rhythm of the newly-born child.

The further development in the course of the adaptation to reality exhibits, according to FENICHEL (1937), the insertion of a time span between

stimulus and reaction. The significance of the ability to disengage one's activities from the immediate urge after discharge, to build expectations, and to verify with the aid of a time factor as to whether or not the discharge was realistic has also been pointed out by HARTMANN (1956) and more recently by HOLDER and DARE (1982). All the same, GIFFORD (1960) places the genesis of traces of expectation through which the future can be differentiated from the present in the very early period between the 3rd and 14th weeks of life in the consideration that this process is the "formation of a precursor of the ego functions" (GIFFORD 1960, p. 24).

3. Aspects of undisturbed time perception

In the case of undisturbed development, the sense of time thus becomes internalized as a latent state (COHN 1957) with which the duration of time is experienced. Later, directions of time can be perceived and eventually periods of time estimated (SPIELREIN 1923). In doing this, compelling forces (drive dynamics) from behind merge with the attractive force of what is to be (dynamics of the will) to become the ego operations of thought and action lived out at the given moment.

Up into adolescence, man has the feeling of time stretching endlessly out in front of him (BONAPARTE 1940), but must then recognize that although he is at the mercy of the passage of time (BERGIUS 1959), he can also clearly define time and make use of it (BONAPARTE 1940). Later, there is a backward change of focus; older people experience the flow of time as being more rapid compared to earlier phases; while the world experienced by the very old is, as with children, once again strongly present-orientated with memories and planning becoming of equal little importance.

Exciting periods of time filled with stimulating events appear in memory as being long, while a boring present becomes shorter in later reflection or sinks more quickly into oblivion.

Pleasure seems to make time go by more quickly; time appears to move more slowly with pain and hunger.

The affective modularity of expectation's attitude toward the future is always dependent on the imprints in valence memory and representational memory (DÜHRSSEN 1952, p. 75).

If something pleasant is expected, happy anticipation, hope or optimism arise, depending on whether the imagined future period is conceived nearer or further off. In the order named, the expected content also broadens and deepens relevant to the perceived duration. The affective antithesis would be mistrust, worry and pessimism.

The question as to whether indifferent intermediate levels exist we cannot answer, but do consider them to be interesting.

Indifference appears to have an emotionally laden negative attribute and is close to the concept of rejection, while equanimity seems to have an (affective-positive) relationship to hope, without which patience is also not really possible.

The attitude toward time is described by ALEXANDER (1967) as "an important function of the mature ego" (p. 697), which he stressed to the effect that, in terms of performance, time is best utilized "through rapidity and the avoidance of unnecessary movements" (p. 694). He sees a successful form of the organism's adaptation to the reality of time in the ability to be self-disciplined, which he defines as the "willingness to do something 'unpleasureable' at a certain point in time, thus averting later 'unpleasure'" (ALEXANDER 1967, p. 696).

We would add an additional attribute of a successful adaptation to time; specifically, one in terms of mental performance: the concept of circumspection. It is closely associated with some manifestations of intelligence and is described here as the ability, during test planning, to anticipate the contentual and temporal complications and ramifications of the likely course of events, to arrange in order of probability, and to insert in the envisioned planning as an eventuality in sufficient time.

4. Modifications and disturbances in time perception

4.1 The conscious level

Disturbances in the sense of time are not uncommon, even in the healthy (STRÜMPELL 1919), especially when vigilance is altered in the perception of the environment, meaning, for example, in cases of drowsiness (ISAKOWER 1936), intoxication (BONAPARTE 1940; LEWIS 1932; SCHILDER 1935) or under conditions of sensory deprivation (SOLOMON, LEIDERMAN, MENDELSON, WEXLER 1957). FREUD had already accepted in

1900 that "every sense of time is lacking" (FREUD 1900, p. 96) in conditions of very deep regression, sleep, and psychosis.

The explanation for disturbances in the conscious sense of time could lie in the changes in the immediate perception data (LEWIS 1932, p. 614), which becomes more understandable when we consider the complexity – and with it the susceptibility – to disturbance of the "process of registering time through the perception processing of internal and external stimulation." In relation to internal stimulation, "any modification in the libidinous situation (means) a change in how time is experienced" (SCHILDER 1935, p. 268), whereby generally »our approach to time is represented in the bodily urges and demands relative to life" (SCHILDER 1935, p. 272).

In reference to external stimulation, it should be pointed out that the registration of time is tied to the synergy of haptic, visual, and auditory impressions (STRÜMPELL 1919), with the eye, however, only being able to perceive simultaneously concurrent impulses, while the ear is dependent on the chronological succession of impulses and "never perceives a static presence" (MEERLOO 1948, p. 593).

But because the perception and memory images are formed concurrently, it becomes clear that a varied amount of confusion in the storing is able to be produced or prepared as part of this process.

4.2 The non-conscious level

The above mentioned process is expanded in terms of the dynamics of depth psychology. The transition of conscious memory content into memory-traces is fluid (FREUD 1900, p. 543 f.); ecphorized information can be associatively (FREUD 1900, p. 544) or symbolically (HORSTKOTTE 1982, p. 230) distorted.

The prenatal past without hunger becomes a fantasy of unending unity of mother and child (BERGLER, ROHEIM 1946, p. 206) because reality's demands and rejections are so difficult to bear. Hunger, as the first time engram, and cleanliness, as the first temporal demand, lead in cases of favorable constellations, by virtue of their specific affective embedding in human valence memory (DÜHRSSEN 1952), to the adaptation to temporal reality; in cases of unfavorable adaptive prerequisites, time is fled from, avoided, or fought against.

4.2.1 Unspecific neurotic attitude to time

The time-related behavior of the neurotic is, among other things, characterized by his "becoming lost in brooding about the past or in daydreams or in worrying about the future" (VESZY-WAGNER 1972, p. 138); which results, we might add, in his inability to enjoy the present.

He is unable to register the pleasure aspect of time because he is overwhelmed by the pressure of the compulsory aspect. Because he knows no enthusiasm, he feels pressure to achieve. He procrastinates in performing his duties (e.g. in the symptom of work disorders), but not in satisfying his needs, which he does by fantasizing (in daydreams) or acting out (through drug consumption) to avoid being overcome by unbearable stress. This escape behavior has largely a passive character and is often tied to feelings of dissatisfaction and boredom.

According to FENICHEL, a person in this situation is "freed from stress by passive experience arising from fear of his own active impulses" (FENICHEL 1934, p. 277). He seeks distraction and 'diversion'; diversion from the original, now repressed, instinctual aim: the struggle against the things that represent hostile and demanding temporal reality that demand first of all cleanliness. Against this oedipal backdrop, HARNICK (1925) hypothetically produces the dynamic analogical relationship of 'feces-time-father' and from it deduces the concepts of diversion and time killing.

Carrying this thought further, current phenomena can perhaps be better understood when, for example, the aggressive elements in terrorist activities are seen as a struggle against the father image of the state; the libidinous equivalent would lie in the manifestation of a tendency toward a maternal representation of church and nature.

4.2.2 Specific neurotic attitudes to time

4.2.2.1 THE PREDOMINANTLY SCHIZOID PATIENT

In structurally specific terms, the predominantly schizoid sees himself powerless when dealing with time because he does not comprehend it due to his very early intentional disturbance. Meaningful divisions of time are as foreign and remote to him as continuous chronological sequences. His ability to experience time is either set in the border areas of

temporal fragmentation or in experiences of temporal merging. The fragmentation can be experienced as a disjointed succession of moments of disassociated content with visual, haptic, and auditory impressions being perceived as alienated and bizarre; particularly in cases when the withdrawal from the unfamiliar externally is associated with an intensified internal perception. The patient then experiences in a waking state in pathological terms that which ISAKOWER was able to observe in states of reduced vigilance even in healthy persons: "the regressive revival of ego-attitudes which from the ontogenetic standpoint are primitive" (ISAKOWER 1936, p. 477).

4.2.2.2 THE PREDOMINANTLY DEPRESSIVE PATIENT.

The oral determination of the predominantly depressive already indicates that he is afraid of what lies ahead of him. The fear of either being engulfed by what is to be or not getting what he desires but rather getting nothing, not enough or what he does not desire, leads to distrust or anxiety. It is obvious that Hunger, being the first temporal engrammation, is particularly unfavorably stressed here in the coupling of the affective valences. The diffused anxiety about the future so typical of the depressive person derives just as much from this as does reactive insatiability in attitudes inherent in the tendency to set high standards and expectations. The attitudes of resignation, hopelessness and pessimism combine with a sense of time moving slowly that always arises when 'nothing happens' i.e., when the expected does not take place. In contrast to the healthy impatient, the depressive's tragic element lies therein that he is not aware of what he is expecting (namely to become as satisfied as he was prenatally and was thereafter never to become again. He is expecting something prenatal from the here and now).

4.2.2.3 THE PREDOMINANTLY COMPULSIVE PATIENT.

The compulsive neurotic's anal predilection indicates that 'he is under pressure', in terms of time as well. To him, the irretrievability of time possesses a threatening aspect; he has anxieties about the loss and tries to magically forestall it by manipulating time. The rituals, controls, and repetitions serve, among other things, the futile wish to gain time and

hold on to it (FREUD 1926a, p. 145). Tragically for the compulsive neurotic, the mechanisms themselves are a major reason he never has time, not even for other people from whom he is unconsciously stealing time with his behavior, often considerably complicating his social relationships as a result.

4.2.2.4 THE PREDOMINANTLY HYSTERICAL PATIENT.

Although this type of patient is aware of temporal processes, arrangements and divisions, he does not pay heed to them. His attitude toward time is similar to that in childhood fantasy (LEWIS 1932). The typical hysterical amnesia is explained by the anxiety about the coincidence of past and present (DOOLEY 1941). We add that the hysterical patient is unable to plan his future because he is in a sense also 'amnesic' in this area, meaning he lacks thoughts. The present is the only thing he has and even in that he is child-like.

4.2.3 The so-called timelessness of the unconscious

FREUD's conviction that the unconscious is 'timeless' can be stated more precisely in the following manner: "The processes of the system Ucs are timeless – i.e., they are not ordered temporally, are not altered by the passage of time; they have no reference to time at all" (FREUD 1915, p. 285). And again he states "that unconscious mental processes are in themselves 'timeless'. That is to say to begin with: they are not arranged chronologically, time alters nothing in them, nor can the idea of time be applied to them" (FREUD 1920, p. 23). Six years later (1926), however, FREUD places the temporal immutability of unconscious mental processes in perceptive with the example of repressed instinctual impulses in the following manner:

> We assumed that the repressed instinctual impulse itself exists for an indefinite length of time in the unconscious. But now our interest is turned to the vicissitudes of the repressed and we begin to suspect that begin to suspect that it is not self-evident, perhaps not even usual, that those impulses should remain unaltered and unalterable in this way. (FREUD 1926a, p. 173, footnote)

A few years later (1933), however, FREUD once again not only stressed that there are "no alteration of mental processes by the passage of time" (FREUD 1933, p. 80), but that repressed material being uninfluenced by

the passage of time is a matter of "fact, established beyond any doubt" (FREUD 1933, p. 80).

A little later, Marie BONAPARTE (1940) addressed the resulting ambiguity in a personal conversation with FREUD; as the result of which she announced FREUD's definitive opinion in 1940, that, in an analogy to the physical quantum theory, "psychical quanta are formed in the unconscious and, after attaining their efficient limit, penetrate into the preconscious and there in a greater or less measure operate to disturb the subjective sense of time" (BONAPARTE 1940, p. 443).

BONAPARTE thus concluded that on the path through the preconscious to the conscious, the derivatives of the unconscious (dreams, parapraxes, symptoms) must, among other things, borrow to a certain extent temporal forms of perception (BONAPARTE 1940, p. 441) that were not inherent to them.

FREUD had already provided a clarification of these problems in understanding, albeit in another context. He states "that in the descriptive sense there are two kinds of unconscious, but in the dynamic sense only one" (FREUD 1923, p. 242). What was meant by this was that FREUD confined the term 'unconscious' to the "repressed contents of the dynamic unconscious" (FREUD 1923, p. 242), while that "which is only latent, and thus easily becomes conscious, (is termed) the 'preconscious'" (FREUD 1933, p. 78), and the purely descriptive is also unconscious but not dynamic.

The dynamically repressed unconscious "has no access to consciousness except through the preconscious, in the passage through which the excitation-process must submit to certain changes" (FREUD 1900, p. 546).

Thus we have come full circle, as the last quotation was from 'The Interpretation of Dreams', published in 1900, making the lucid overall coherence of FREUD's concept apparent.

In 'The Vienna Psychoanalytic Society Records' (NÜRNBERG, FEDERN 1979) dated November 8, 1911, which were not published until much later, the content of a "discussion on the supposed timeless state of the unconscious" can be found in which FREUD, in effect, presents his views described above, that the unconscious is assumed to be a system "in which the time element plays no role at all" (NÜRNBERG, FEDERN 1979, p. 295).

The basis of the discussion was a paper by STEKEL (1912), which was

published a year later and in which it is postulated that the unconscious does not want to recognize time and therefore places itself outside of it. At any rate, it was implied that a relationship exists between the unconscious and time, which prompted other participants in the discussion to speak of the impossibility of denying time as a formal epistemic concept in the unconscious (NÜRNBERG, FEDERN 1979, p. 289). It is "from the outset improbable that the unconscious should lack the concept of time" (NÜRNBERG, FEDERN 1979, p. 290) because "the unconscious is also bonded to time as a prerequisite for its formation" (loc. cit.).

FREUD did not need to contradict this because he had already differentiated between the latent preconscious (time related) and the dynamic repressed (timeless) part of the unconscious. He reinforced the opinion of Sabina SPIELREIN (NÜRNBERG, FEDERN 1979, p. 291), who was also present, that the unconscious transforms a present event into one that is not tied to any specific time. Ultimately, FREUD is in agreement in the aforementioned record with FEDERN's (NÜRNBERG, FEDERN 1979, p. 293) basic position that the expression 'timeless' is, in fact, always used incorrectly. What is actually meant is rather that the content of the unconscious has a constancy over time that is to be visualized as being never-ending in the sense of having a limitless duration.

WULFF (1931) provisionally summed up the debate in her diplomatic assumption that "the course of an unconscious process (develops) according to its own temporal conditions" because it is subject to laws other than those within consciousness (WULFF 1931, p. 515).

5. Temporal aspects in the analytic treatment situation

5.1 General

When the supposition quoted above (p. 4.1) is accurate that "our attitude toward time mirrors the (bodily) urges ... relative to life" (SCHILDER 1935, p. 272), it is to be expected that the patient's time-related behavior patterns provide particularly significant clues to the understanding of his internal dynamic. Among the phenomena we are acquainted with that manifest themselves peripheral to the analytic situation are arriving too early, arriving too late, not appearing at all, being 'chronically punctual', and appearing unexpectedly. Naturally, each of these modalities can

exhibit very different determining factors that can only be casuistically interpreted, for which we here lack the time and space. We would suggest paying particularly close attention to such phenomena at the beginning of treatment; i.e., related to the agreement to be treated and the first treatment session because specific and typical resistance and defense mechanisms can take on more distinct form in these initial stages of the time preceding the therapy than later. We recommend recording from memory a detailed log of the patient's time-related behavior specificities because it is our conviction that in this way subsequent surprises can be avoided.

LOEWALD's (1974) proposition regarding the internal structure of the analytic situation deserves special attention. He suggested that in the transference, the present relationship is determined by the past and the – undesired or feared – future, with all three aspects mutually modifying each other. KAFKA pointed out that the therapist is seen by the patient as some one who "deals with time in a very special way" (KAFKA 1977, p. 727), namely as an expander or condenser of time, while HAU (1966) discusses the resistant-specific points of view of the bored patient.

Further aspects would lie in the length of the therapy and the difficulties, including temporal problems, in using conscious means to deal with latent material.

5.2 Casuistics

We would like to include here a contribution from the therapy of a 32 years old student who came in for treatment because of a work disorder, among other things.

She experienced the anxiety aspect of her conflict on the one hand through the time pressure related to her exams and on the other through a fear of *"already being at the start of retirement age when I begin work ... time then really flies fast."*

The desire aspect of the conflict was exhibited in the ambivalent juxtaposition of paraphrased content: 'I want to stay young' and 'I want to get ahead'. The therapeutic intervention articulated the ambivalence at this point and remained contentually in the realm of anxiety. *"I feel the pressure of time; and the future has little to offer."* This confrontation was answered with regression, but accepted, which was made evident when

the patient's reaction confirmed the ambivalence; *"I have no time for myself"* (anxiety), *"I want to sleep"* (desire).

One of the genetic sources of this conflict was exhibited after a further regressive immersion in emotions; the *"feeling of being old and inflexible"*, from which the chain of associations then led to the death of her father; there was an unconscious longing to be near her father.

After the gradual illumination of these nexuses, the path was opened up for a confrontation with the mother, about whom the patient had until then only complained *"that she won't leave me alone"*.

Thus the work disturbances also proved in retrospect to be an unconscious attempt to fend off the oedipal temptation lying in the unconscious association between pursuing her career and being near her father.

6. Outlook

It is clear to us that the casuistic study described last only addresses the time-related aspect of a complex event; but we also think that the 'timely' attention to some of the special aspects of the subject of time can be helpful to the course of therapy not only in the case cited but possibly in other cases as well.

The presentation and discussion of some of these characteristics in terms of theory and practice was the object of this work.

In closing, we want to express the hope that one or the other points mentioned will give cause to the further study of the interesting subject of time. Perhaps thus we can help our patients and ourselves to approach the maxim a little more closely that LOEWALD described as the prerequisite for undertaking psychoanalysis (LOEWALD 1974, p. 1055): to becoming aware of the past in order to gain a measure for dealing with the present and shaping the future.

Literatur

Alexander, J. (1967): Die Zeit und der metapsychologische Begriff der Anpassung. *Psyche* 21:693-698.

Allers, E. (1932): Buchbesprechung: M. J. Hillebrand: Untersuchungen über Vergangenheits- und Zukunftsreaktionen. *Ztrlbl Psychoth.* 5:303-304.

Bartosch, E. (1976): Vom Umgang mit der Zeit in der Psychoanalyse. *Zs f Psychosom. Med.* 22:209-223.

Bergius, R. (1959): Entwicklung als Stufenfolge. In: H. Thomae (Hg.): Entwicklungspsychologie; S.

104-195. Göttingen: Hogrefe.

Bergler, E.; Roheim, G. (1946): Psychology of time perception. *Psychoanal. Quarterly* 15:190-206.

Bonaparte, M. (1940): Time and the unconscious. *Int. J Psycho-Anal.* 21:427-468.

Cohn, F. S. (1957): Time and the ego. *Psychoanal. Quarterly* 26:168-190.

Dooley, L. (1941): The concept of time in defence of ego integrity. *Psychiatry* 4:13-21.

Du Bois, F. S. (1954): The sense of time and its relation to psychiatric illness. *Am J Psychiat.* 111:46-51.

Dührssen, A. (1952): Zur Frage der Anlagefaktoren, welche die Persönlichkeitsentwicklung gefährden. *Psyche* 6:67-80.

Erikson, E. H. (1955): Zu Sigmund Freud: The origin of psychoanalysis. *Psyche* 9:90-116.

Fenichel, O. (1934): Zur Psychologie der Langeweile. *Imago* 20:270-281.

—— (1937): Frühe Entwicklungsstadien des Ichs. *Imago* 23:243-269.

Ferenczi, S. (1913): Entwicklungsstufen des Wirklichkeitssinnes. *Int Zs f ärztl. Psychoanal.* 1:124-138.

Freud, S. (1900): Die Traumdeutung. GW 2/3.

—— (1905): Über Psychotherapie. GW 5:13-26.

—— (1913a): Die Disposition zur Zwangsneurose. GW 8:442-452.

—— (1913b): Zur Einleitung der Behandlung. GW 8:454-478.

—— (1913c): Erfahrungen und Beispiele aus der analytischen Praxis. *Int Zs f ärztl. Psychoanal* 1:377-378.

—— (1914): Zur Einführung in den Narzissmus. GW 10:138-170.

—— (1915): Das Unbewusste. GW 10:264-303.

—— (1920): Jenseits des Lustprinzips. GW 13:3-69.

—— (1923): Das Ich und das Es. GW 13:237-289.

—— (1925a): Notiz über den Wunderblock. GW 14:3-8.

—— (1925b): Die Verneinung. GW 14:11-15.

—— (1926a): Hemmung, Symptom und Angst. GW 14:113-205.

—— (1926b): Die Frage der Laienanalyse. GW 14:287-296.

—— (1933): Neue Folge der Vorlesungen zur Einführung in die Psychoanalyse. GW 15:3-197.

—— (1937): Die endliche und die unendliche Analyse. GW 16:59-99.

Garley, D. (1924): Über den Schock des Geborenwerdens. *Int Zs f Psa.* 10:134-163.

Gifford, S. (1960): Sleep, time, and the early ego. *J Am Psychoanal. Ass* 8:5-42.

Harnick, J. (1925): Die triebhaft-affektiven Momente im Zeitgefühl. *Imago* 11:32-57.

Hartmann, H. (1956): Notes on the reality principle. psychoanal. *Study Child* 11:31-53.

Hau, Th. F. (1966): Ermüdungserscheinungen in der psychoanalytischen Behandlungssituation. *Psychotherapy Psychosomatics* 14:323-328.

Holder, A.; Dare, Ch. (1982): Narzissmus, Selbstwertgefühl und Objektbeziehungen. *Psyche* 36:788-812.

Hollos, S. (1922): Über das Zeitgefühl. *Int Zs f Psychoanalyse* 8:421-439.

Hoppe, K. D. (1962): Verfolgung, Aggression und Depression. *Psyche* 16:521-537.

Horstkotte, G. (1982): Entwurf einer psychoanalytischen Gedächtnistheorie. *Zs f psychosom. Med* 28:219-230.

Isakower, O. (1936): Beitrag zur Pathopsychologie der Einschlafphänomene. *Int Zs f Psa* 23:465-477.

Jaspers, K. (1973/1913): Allgemeine Psychopathologie. Berlin, Heidelberg, New York: Springer.

Jorswieck, E. (1973): Über Zeitabhängigkeit neurotischer Symptomatik. *Zs f Psychosom. Med* 19:19-34.

Kafka, J. S. (1977): Zum Problem der Realität. *Psyche* 31:712-731.

Kaplan, L. (1913): Die Uhr als bipolares Symbol von Weib und Tod. *Ztrbl f Psychoanal. Psychoth.* 3:527-529.

Kidder (1981): The soul of a new machine. Boston, Toronto: Little, Brown.

Koch, M. (1959): Die Frage des Sinnes der Entwicklung. In: H. Thomae (Hg.): Entwicklungspsychologie; S. 594-602. Göttingen: Hogrefe.

Lewis, A. (1932): The experience of time in mental disorder. *Proc. Roy. Soc. Med.* 25:611-620.

Loewald, H. W. (1951): Ego and reality. *Int J Psycho-Anal* 32:10-18.

—— (1962): The superego and the ego-ideal. (2). Superego and time. *Int J Psycho-Anal* 4:264-268.

—— (1974): Das Zeiterleben. *Psyche* 28:1053-1062.

Meerloo, A. M. (1948): Father time. *Psychiat. Quarterly* 22:587-608.

Nürnberg, H.; Federn, E. (Hg.)(1979): Protokolle der Wiener Psychoanalytischen Vereinigung. Bd. 3. Frankfurt/M.: Fischer.

Oberndorf, C. P. (1943): Time. Its relation to reality and purpose. *Psychoanal. Rev* 28:139-155.

Orgel, S. (1965): On time and timelessness. *J Am Psychoanal. Ass* 13:102-120.

Pötzl, O. (1926): Zur Metapsychologie des 'Deja-Vu'. *Imago* 12:393-402.

Schilder, P. (1935): Psychopathologie der Zeit. *Imago* 21:261-278.

Simonson, E. (1928): Über das Verhältnis von Raum und Zeit zur Traumarbeit *Imago* 14:469-485.

Solomon, P.; Leiderman, H.; Mendelson, J.; Wexler, D. (1957): Sensory deprivation. *Am J Psychiat.* 114:357-363.

Spielrein, S. (1923): Die Zeit im unterschwelligen Seelenleben. *Imago* 9:300-317.

Spitz, R. (1937): Wiederholung, Rhythmus und Langeweile. *Imago* 23:171-196.

Stekel, W (1912): Die Beziehungen des Neurotikers zur Zeit. *Ztrlbl f Psychoana* 2:245-252.

Strümpell, A. (1919): Über das Zeitbewusstsein und über eine eigentümliche Wahnbildung des Zeitbewusstseins bei schweren Typhuskranken. *Neurol. Ztrlbl* 38:642-647.

Veszy-Wagner, L. (1972): Optativ und Konjunktiv in der Psychoanalyse. *Psyche* 26:126-148.

Wulff, M. (1931): Über den zeitlichen Verlauf unbewusster Vorgänge. *Int Zs f Psa.* 17:507-515.

Adresse
Dr. med. Reimer Hinrichs • Sven-Hedin-Straße 28 • 14163 Berlin • reimer@bln.de • www.reimer-hinrichs.de

Arbeit und Identität

Ruth Lautenschläger (Berlin)

Die berufliche Entwicklung eines Menschen steht im engen Zusammenhang mit den emotionalen, sozialen und intellektuellen Möglichkeiten, die ihm zur Verfügung standen und stehen, einer beruflichen Tätigkeit nachzugehen. In welcher Beziehung Identitätsentwicklung und Arbeit zueinander stehen, wird in der neueren soziologischen und psychologischen Forschung sehr umfangreich diskutiert. Im Zusammenhang mit der immer größer werdenden Arbeitslosigkeit, sind die Betroffenen in besonderem Maße gefordert, da sie beim Entwurf ihres Lebenskonzeptes zwangsläufig mit der Frage nach ihrer momentanen und zukünftigen gesellschaftlichen Position und ihrer existenziellen Sicherung konfrontiert sind. Welchen Stellenwert die Arbeit für die Identitätsentwicklung des Menschen hat, wird in der vorliegenden Arbeit anhand verschiedener Identitätskonzepte diskutiert und sowohl als therapeutischen als auch gesellschaftlichen Auftrag dargestellt.

Keywords: profession, identity

In der vielleicht umfangreichsten Untersuchung, die je über Zufriedenheit im Leben durchgeführt wurde und bei der 169.776 Menschen in 16 Ländern befragt wurden, fand der amerikanische Politikwissenschaftler Ronald INGELHARDT heraus, dass Erwerbslosigkeit einer von wenigen Faktoren ist, die die Zufriedenheit im Leben ganz wesentlich beeinflussen. Denn es gibt wenige Dinge, die sich auf einen Menschen so verheerend auswirken können, wie der Verlust seiner Arbeit.

1. Gesellschaftswandel von Arbeit

Der noch am Anfang des 19. Jh. gemeinsame Bereich von Arbeit und Leben hat sich im Laufe der Industriegesellschaft der fünfziger- bis siebziger Jahren des letzten Jahrhunderts bereits zu einer Trennung entwickelt. Die Arbeitszeiten waren klar geregelt, und es entstanden Forschungen zu Arbeit und Freizeit. Beide Bereiche bekamen eine konträre Bedeutung und erschienen als völlig eigenständig und voneinander unabhängig. Der Mensch lebte bzw. lebt quasi in einem geteilten Alltag. Der Begriff Freizeit bedeutete seit damals 'Freiheit von den entfremdeten Formen der Erwerbsarbeit' und wurde für das menschliche Wohlbefin-

©2009 Copyright 'Pinel' Verlag, Berlin • Dynamische Psychiatrie • Dynamic Psychiatry

den immer wichtiger. 'Frei' beinhaltete das Leben und die Zeit außerhalb der vertraglich geregelten Arbeitszeit. Es verlangte aber auch vom Menschen, sich quasi in eine Berufs- und eine Privatperson aufzuspalten, wodurch auch das Denken, Fühlen und Handeln betroffen war.

Seit den achtziger Jahren des letzten Jahrhunderts fand innerhalb der Arbeitswelt ein Wandel von der Industriegesellschaft hin zu einer Dienstleistungsgesellschaft statt und ab den neunziger Jahren zusätzlich zu der sog. Kommunikations- und Informationsgesellschaft. Die Tätigkeitsfelder wandelten sich von der körperlichen Arbeit hin zu immer mehr Kopfarbeit d. h. von physischer Belastung hin zu Tätigkeiten mit stärkeren intellektuellen und psychischen Anforderungen und gleichzeitig auch von abhängiger Beschäftigung zu mehr Selbständigkeit und Freiberuflichkeit. Komplementär dazu gerieten immer mehr Zwänge und Pflichten in den Bereich der Freizeit. Die Erwerbsarbeit forderte mehr Autonomie, Selbstverantwortung und Selbstverwirklichung, die Freizeit wurde seitdem mehr von Zwänge und Pflichten bestimmt, was wiederum einen Boom an Freizeitindustrie (Medien, Sportangebote/Körperarbeit) zur Folge hatte.

Diese rapiden gesellschaftlichen Veränderungen bezüglich der Erwerbstätigkeit und damit der Existenzsicherung stellt erhebliche Anforderungen an die Flexibilität in der Identitätsfindung jedes Einzelnen.

Arbeit bleibt nach den Untersuchungen des Kopenhagener Instituts für Zukunftsforschung (2001) nach wie vor eine der obersten Prioritäten in unserem Leben. Gefühle von Pflicht oder die beruflichen Träume sind dabei nicht mehr so sehr die zentralen Motive für die Erwerbstätigkeit, es steht vielmehr der Wunsch nach einem größtmöglichen Grad an Selbstrealisierung verbunden mit dem Wunsch nach einem Gefühl von Werthaftigkeit und Zugehörigkeit zur Gemeinschaft an zentraler Stelle. Weniger wichtig dabei ist den Menschen unter 30Jahren die Verringerung der Arbeitszeiten.

2. Arbeit und Identität

Die berufliche Entwicklung eines Menschen steht im engen Zusammenhang mit den emotionalen, sozialen und intellektuellen Möglichkeiten, die ihm zur Verfügung standen und stehen, einer beruflichen Tätigkeit nachzugehen.

Nun ist in unserer christlich orientierten Gesellschaft immer noch tief der Gedanke verwurzelt, dass Arbeit als Last angesehen wird, die Gott dem Menschen auferlegt hat, als er nach dem Sündenfall Adam und Eva aus dem Paradies verwies. 'Verflucht sei der Acker um deinetwillen! Mit Mühsal sollst du dich von ihm nähren dein Leben lang.' (1. Mose 3, 17-19)

Diese negative Einstellung gegenüber der Arbeit finden wir auch bei FREUD und seinen Ausführungen zur Arbeit. FREUD (1927) hat seiner Triebtheorie entsprechend eine Auffassung von Arbeit entwickelt, in der diese als Realitätsprinzip einem Triebverzicht entspricht.

„Nur durch den Einfluss vorbildlicher Individuen, die sie als ihre Führer anerkennen, sind sie zu den Arbeitsleistungen und Entsagungen zu bewegen, auf welche der Bestand der Kultur angewiesen ist" (FREUD, 1925-1931, S.326).

Er führt weiter aus:

> Um es kurz zu fassen, es sind zwei weitverbreitete Eigenschaften der Menschen, die es verschulden, dass die kulturellen Einrichtungen nur durch ein gewisses Maß an Zwang gehalten werden können, nämlich, dass sie spontan nicht arbeitslustig sind und dass Argumente nichts gegen ihre Leidenschaften vermögen. (FREUD 1925-1931, S.329).

Nach FREUD stehen sich somit Lustprinzip und Arbeit antagonistisch gegenüber.

> Es scheint vielmehr, dass sich jede Kultur auf Zwang und Triebverzicht aufbauen muss; es scheint nicht einmal gesichert, dass beim Aufhören des Zwanges die Mehrzahl der menschlichen Individuen bereit sein wird, die Arbeitsleistung auf sich zu nehmen, deren es zur Gewinnung neuer Lebensgüter bedarf. (FREUD 1925-1931, S.328)

Dieser Widerspruch konnte nach Freud nie aufgelöst werden, da es bis dahin keine Kultur gegeben hat, die „Einrichtungen getroffen hatte", dass die Menschen bereitwillig „die Opfer an Arbeit und Triebbefriedigung für sie ... bringen, derer es zu ihrer Erhaltung bedarf" (ebd., S. 329). Nach Freuds Ansicht arbeitet der Mensch folglich nur aus der Lebensnotwendigkeit heraus, seine Aktivität wird dabei aus Triebenergie, d. h. im Fall der Arbeit aus Hunger und Sexualität gespeist.

Bereits LEWIN (1920) jedoch beschreibt Arbeit als etwas Identitätsstiftendes für den Menschen. Er stellt eine Beziehung her zwischen den 'zwei Gesichtern' der Arbeit, nämlich, dass sie einerseits Last und Notwendigkeit ist, andererseits dass Arbeit dem Individuum einen Sinn gibt.

> Arbeit ist einmal Mühe, Last, Kraftaufwand. ... Sie ist nichts als ein Mittel, ein Ding ohne eigenen Lebenswert, das Gewicht hat nur, weil es die Möglichkeit zum Leben schafft. ... Demgegenüber das andere Gesicht der Arbeit: Die Arbeit ist dem Menschen unentbehrlich. ... das Leben ohne Arbeit hohl und halb. ... Dieses Bedürfnis nach Arbeit ... gründet sich aus dem 'Lebenswert' der Arbeit. ... Diese Fähigkeit der Arbeit, dem individuellen Leben Sinn und Gewicht zu geben, wohnt irgendwie jeder Arbeit inne, ob sie schwer oder leicht, abwechslungsreich oder monoton ist, sofern sie nur keine Scheinleistung hervorbringt wie das sinnlose Hin- und Herstapeln von Holz in Gefängnishöfen. (LEWIN 1920, S.11f.)

Die beiden konträren Betrachtungsweisen der Bedeutung der Arbeit für den Menschen:

1. Arbeit ist Last und wird nur unter Zwang und den jeweiligen äußeren sozialen und politischen Lebensumständen und Möglichkeiten verrichtet,
2. Arbeit dient der Selbstverwirklichung des Menschen,

sind bis heute aktuell, und die Auseinandersetzung damit, wie diese für jeden Einzelnen und für die Gesellschaft in Einklang zu bringen sind, ist unumgänglich und notwendig.

Früher hing die berufliche Identität auch davon ab, in welcher Familie jemand geboren wurde, die Identität drückte sich häufig durch den Familiennahmen aus. Heute wird allgemein davon ausgegangen, dass der Beruf einen wesentlichen Aspekt der Identität eines Menschen ausmacht. Früher wie heute, antworten wir meist auf die Frage, wer wir sind, mit unserem Titel oder Beruf.

Jeder Mensch hat ein genuines Bedürfnis zu arbeiten. Von klein auf macht sich der Mensch in unserer Kultur Gedanken darüber, welchen Beruf er ergreifen möchte. Schon früh werden Kinder gefragt, was sie einmal werden möchten. Unser Schulsystem ist u.a. darauf ausgerichtet, den Menschen auf eine Berufsausbildung vorzubereiten.

Ist der Mensch erwachsen, dann ist sein Platz in der Gesellschaft wesentlich davon abhängig, welchen Beruf er hat und wie hoch sein Einkommen ist, welches er durch seine Arbeit erwirbt. Einen großen Teil seiner Lebenszeit verbringt der Erwachsene in der Regel am Arbeitsplatz. Dort steht er in der Regel nicht alleine, sondern arbeitet im Kontakt mit anderen Menschen, steht in Beziehung mit diesen, und ob die Zusammenarbeit erfreulich, produktiv, konstruktiv und erfüllend oder unerfreulich, monoton und destruktiv ist, macht einen großen Teil seines

Wohlbefindens und seiner gesellschaftlichen Rolle aus. Das bedeutet, dass Arbeit und Tätigsein immer auch eine Beziehung des Menschen zur Umwelt herstellt, dass der Mensch seine Identität u.a. über seine Arbeit definiert und dass seine Identität über seine Arbeit von der Gesellschaft definiert wird.

Frühe Identitätswissenschaftler haben den Aspekt von Raum und Zeit – wo arbeite ich, was habe ich bisher gemacht – und den Aspekt der Gruppe – mit wem arbeite ich, wie nehme ich dadurch Teil an der Gruppe und wie werde ich durch die Mitmenschen beurteilt – auf unterschiedlichen Ebenen in ihren Theorien berücksichtigt.

Nach ERIKSON drückt der Begriff 'Identität' „eine wechselseitige Beziehung aus, als er sowohl ein dauerndes inneres Sich-Selbst-Gleichsein wie ein dauerndes Teilhaben an bestimmten gruppenspezifischen Charakterzügen umfasst." (1997, S. 124)

Außerdem handelt es sich bei Identität einmal um ein „bewusstes Gefühl der individuellen Identität", andererseits um „das unbewusste Streben nach einer Kontinuität des persönlichen Charakters" (ERIKSON 1997, S. 124). ERIKSON unterteilt somit den Begriff der Identität bereits 1959 in einen unbewussten und einen bewussten Prozess.

GOFFMAN unterscheidet Identität in soziale und persönliche Identität. Dabei wird der Mensch sich seine soziale Identität einmal aus der 'latenten Rückschau' (GOFFMAN 1998, S.16) zuschreiben, wobei es sich dann um die 'virtuale soziale Identität' (S.16) handelt, andererseits besteht seine Identität aus den Kategorien und Attributen, die dem Menschen tatsächlich in seiner aktuellen Situation zugeschrieben werden können, wobei es sich dann um die 'aktuale soziale Identität' (GOFFMAN 1998, S.16) handelt. Unter persönlicher Identität versteht GOFFMAN die Einzigartigkeit einer Person, mit der er sich von anderen unterscheidet. Identität ist somit „die einzigartige Kombination von Daten der Lebensgeschichte, die mit Hilfe dieser Identitätsaufhänger an dem Individuum festgemacht wird [und mit denen] das Individuum von allen anderen differenziert werden kann." (GOFFMAN 1998, S. 74)

Für den Begriff der Identität eines Menschen ist m. E. neben der Reflexion seiner Vergangenheit und dem, wie sich der Mensch in der Gegenwart definiert, auch wesentlich, wie er sich in die Zukunft entwirft, wie es LEONTJEW bereits 1977 in seiner Theorie der Motive im Ansatz be-

rücksichtigt. LEONTJEW entwirf zwar kein Identitätsmodell, geht jedoch in seinen Abhandlungen über das Tätigsein auf die emotionale Ebene ein. Dabei geht er davon aus,

> dass die reale Basis der Persönlichkeit des Menschen die Gesamtheit der seiner Natur nach gesellschaftlichen Beziehungen zur Welt ist, aber der Beziehungen, die realisiert werden: sie werden realisiert durch seine Tätigkeit, genauer gesagt durch die Gesamtheit seiner mannigfaltigen Tätigkeiten. (LEONTJEW 1977, S. 77)

AMMON (1979/1982) beschreibt Identitätsentwicklung als einen lebenslang andauernden Prozess.

In seinem Entwurf eines dynamisch psychiatrischen Ich-Struktur-Konzepts (1979) beschreibt AMMON die Identität als die Funktion, die allen anderen zentralen Ich-Funktionen übergeordnet ist:

> Das Ich-Strukturmodell ist immer als ein Entwicklungsmodell zu verstehen, nämlich die Entwicklung der Ich-Identität, die wiederum durch die umgebende Gruppe zentral beeinflusst wird. Die Identität ist allen anderen zentralen Ich-Funktionen übergeordnet. ...
> Identität ist einmal zu verstehen als Gesamtpersönlichkeit, andererseits hat sie einen funktionalen Aspekt: Ich-Identität entsteht stets an der Grenze von Ich und Gruppe, d. h. sie entwickelt sich im Zusammenhang mit der jeweiligen Gruppendynamik und ist deshalb auch als ein energetisches Prinzip zu verstehen. Die Identität integriert und dynamisiert alle anderen Ich-Funktionen. (AMMON 1979)

Später führt er weiter aus:

> Identität ist das Bleibende in einer Persönlichkeit und sie ist gleichzeitig nichts Bleibendes. Identität ist ein Prozess, ein fortwährendes Suchen, eine fortwährende Entwicklung, die Spuren hinterlässt. ... Identität wird nicht in einem bestimmten Augenblick oder in einer bestimmten Lebensphase endgültig gefunden, sondern sie muss immer wieder neu gefunden werden. So gehört zur Identität immer das Fragen, die Frage an die anderen Menschen und die Frage an sich selbst. (AMMON 1982, S. 10).

AMMON (1986) führt explizit den Aspekt der Zukunftsvorstellungen und zukünftigen Möglichkeiten des Menschen in sein Identitätskonzept ein.

> Gleichzeitig rechne ich die potenziellen Möglichkeiten des Menschen zum Unbewussten, was die Zukunftsdimension des Unbewussten, den prozesshaften Charakter des Unbewussten und damit auch die Dimension der zukünftigen Zeit und zukünftiger Möglichkeiten in den Begriff der Identität einführt. (AMMON 1986, S. 94)

In welcher Beziehung Identitätsentwicklung und Arbeit zueinander stehen, wird in der neueren soziologischen und psychologischen Forschung sehr umfangreich diskutiert. Im Zusammenhang mit der immer

größer werdenden Arbeitslosigkeit, sind vor allem Jugendliche in besonderem Maße gefordert, da sie beim Entwurf ihrer Lebenskonzepte zwangsläufig mit der Frage nach ihrer momentanen und zukünftigen gesellschaftlichen Position und ihrer existentiellen Sicherung konfrontiert sind. BAETHGE (1990) verdeutlicht diese Brisanz, indem er sagt:

> Insofern stellt Arbeit als Erwerbsarbeit das bevorzugte Feld der Erfahrbarkeit von Gesellschaft dar, beinhaltet die Möglichkeit, seine eigene Abhängigkeit von anderen, seine Angewiesenheit auf sie und seine Fähigkeit zu gemeinschaftlichem Handeln und zur Solidarität, aber auch zu deren ständiger Gefährdung durch Konkurrenzbeziehungen aktiv zu erfahren. (S. 67)

In einer qualitativen Studie an 170 Jugendlichen zwischen 19 und 25 Jahren, um das Verhältnis dieser Jugendlichen zur Arbeit zu untersuchen, konnte BAETHGE trotz aller Strukturierungsschwierigkeiten und Unsicherheiten, mit denen sich diese Jugendlichen bzw. jungen Erwachsenen auseinander setzten, deutlich eine positive Einstellung zur Planung von Lebenskonzepten ausmachen.

> Tatsächlich lässt sich ... zeigen, dass trotz aller Orientierungsschwierigkeiten, des Nebeneinanders vielfältiger Ansprüche, Interessen und Perspektiven sowie eines beträchtlichen Maßes an Zweifel und Unsicherheit gegenüber der eigenen und der gesellschaftlichen Zukunft für die überwiegende Mehrheit von ihnen gilt, dass sie sehr wohl innere Gewichtung zwischen den verschiedenen Interessen- und Selbstdarstellungsdimensionen vornehmen, die den Charakter eines Lebenskonzeptes haben. (BAETHGE 1990, S. 70)

HOFF (1990) geht bei der Bestimmung von Identität von reflexiven und gleichzeitig komparativen Prozessen des Menschen in Zeit und Raum aus, und bezieht die Interdependenz von Arbeit und persönlichen biografischen Ereignissen mit ein. Durch Innensicht und Außensicht und gleichzeitiger Integration verschiedener Identitätsaspekten gelangt der Mensch zu einem spezifischen „Muster im Bewusstsein" von sich selbst „als Subjekt und/oder Objekt ... im Schnittpunkt von persönlicher Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft" unter besonderer Berücksichtigung der Erfahrung von „Einzigartigkeit oder auch Austauschbarkeit". (HOFF 1990, S. 12)

Somit gelangt der Mensch einerseits zu einem Bewusstsein von sich als Ganzem und seiner 'subjektiven »Verortung« in der Welt' (HOFF 1990, S.12), andererseits zu einem Bewusstsein von einer 'sozialen »Verortung« der eigenen Person'. (S.14)

Bedeutsam sind jedoch zwei weitere Bestimmungsmerkmale von Iden-

tität, da diese in Bezug auf das Berufsverlaufsmuster großen Schwankungen und Brüchen unterliegen können bzw. unterliegen:

1. „Identität als das Bewusstsein von innerer Konsistenz, d. h. von Gleichheit der eigenen Person mit sich selbst" (HOFF 1990, S.14)
2. „Identität als das Bewusstsein einer lebenslangen Kontinuität der eigenen Person" (HOFF 1990, S.15)

Die Erfahrung von Konsistenz als Einheitlichkeit unserer Person beruht auf der Integration auch unterschiedlicher Erfahrungen in den verschiedenen Lebensbereichen, z. B. Freizeit und Berufsleben. Gelingt diese Integration nicht, da die Erfahrungen in diesen beiden Bereichen zu divergent sind, kann das Gefühl der Konsistenz erheblich gefährdet sein. Gelingt es jedoch, in einem weiteren Schritt diese Divergenzen zu integrieren und sich somit aus dem Gefühl der Inkonsistenz zu befreien, führt dieses zu einem Identitätszuwachs.

Ähnliches gilt für das Bewusstsein der Kontinuität der eigenen Person. Ausgehend von der gegenwärtigen Situation versuchen wir durch Vergleich mit vergangenen und zukünftigen Bildern von uns ein Kontinuum in unserer Persönlichkeit herzustellen. Dabei ist die Entwicklung unseres Berufsverlaufs ein Parameter für die Einschätzung unserer inneren Kontinuität, wobei hier eine besonders starke Interdependenz zwischen äußeren Bedingungen und innerem Befinden besteht. Kommt es aufgrund äußerer Bedingungen zu Brüchen oder Krisen im Berufsverlauf, hat dies u. U. bezüglich des Gefühls der Kontinuität erhebliche Identitätskonflikte zur Folge, und umgekehrt kann es durch Kontinuitätsverlust zu Arbeitsstörungen kommen, die wiederum Brüche im Berufsverlauf hervorrufen können. Beide Situationen stellen jeweils eine hohe Integrationsanforderung an den Menschen. Erfahrung von Diskontinuität und Krisen können jedoch bei Überwindung identitätsstabilisierend sein.

Die Komplexität der Zusammenhänge von Arbeit und Identität sind wie wir sehen weitreichend und allein mit der soziologischen Forschung nicht befriedigend fassbar. Zu Beginn des 21. Jahrhunderts ist in diesem Zusammenhang immer häufiger von 'Work-Life-Balance' die Rede. Fragwürdig bleibt, ob in der Gegenüberstellung von 'work' und 'life' nicht weiterhin implizit suggeriert wird, wie früher in der Gegenüberstellung von Erwerbsarbeit und Freizeit, dass das eigentliche Leben, in dem Personen Sinnerfüllung und Selbstverwirklichung suchen, nur außerhalb

der Arbeit stattfindet. Auch wenn oder gerade weil wir im Zuge der veränderten Arbeitsbedingungen zunehmend möglichst viele Ressourcen, Fähigkeiten und Strebungen in den Dienst einer selbstverantwortlichen Arbeit stellen müssen, ist es notwendig und sinnvoll, sich Gedanken darüber zu machen, wie wir dann unser Privat- und Familienleben koordinieren und integrieren und mit unseren Familien und Partnern aushandeln.

Da andererseits schon seit ersten Untersuchungen vor 35 Jahren erfasst wurde, dass je restriktiver und anspruchsloser die Arbeitstätigkeit auf Dauer ist, auch die Freizeittätigkeiten entsprechend passiver, intellektuell und emotional ärmer werden, ist es umso notwendiger sich über das Identitätsstiftende in der Arbeit und das Tätigsein Gedanken zu machen.

3. Arbeit und Gruppe

Aufgrund seiner Erfahrungen und Forschungen innerhalb der Milieutherapie sagt AMMON:

> Arbeit und Tätigkeit machen den Menschen erst zum Menschen, geben ihm Ausdruck, die Möglichkeit zur Gestaltung, zur Selbsterfahrung, zur Kreativität, zur Auseinandersetzung und zum Miteinander mit anderen Menschen und Gruppen sowie Beziehungen zu gesellschaftlichen Prozessen. Es ist erst die Arbeit, die den Menschen zum Menschen gemacht hat. Mit Arbeit untrennbar verbunden ist die Gruppe. Arbeit macht die Gruppe zur Gruppe. (AMMON 1982)

Gerade die Arbeit ist es, die eine Gruppe zur Gruppe macht. Gruppen entstehen, wenn diese sich um ein Arbeitsprojekt herum bilden. In einer kreativ arbeitenden Gruppe werden die Projekte immer auch übergeordneten Zielen dienen, die über die Gruppengrenzen hinausweisen, also Ziele mit veränderndem, aufbauendem oder revolutionierendem Charakter – Schaffen von geistigen und menschlichen Werten, Infragestellen von bestehenden Strukturen usw.. Eine kreativ arbeitenden Gruppe zeichnet sich also dadurch aus, dass es immer um Tätigkeit und um gemeinsame Ziele geht, die von allen Gruppenmitgliedern als absolut ernst und wichtig angesehen werden und über das private und interne Interesse der Gruppe hinausgeht. Hierdurch öffnet die Arbeit den Gruppen den Weg zu anderen Gruppen und zur Gesellschaft hin.

Arbeit macht somit nicht nur die Gruppe zur Gruppe, sondern sie verbindet die Gruppe und die Gesellschaft. Der kreative Prozess der Schaf-

fung von Werten, die Einigung über das Arbeitsziel und der konkrete Weg zur Verwirklichung des Zieles schafft Beziehung, lebendige Gruppendynamik und einen sozialenergetischen Raum innerhalb der Gruppe.

Es ist damit nicht nur so, dass die Arbeit die Gruppe zur Gruppe macht, sondern auch umgekehrt, dass durch die Gruppe in ihrem kreativen Prozess auch immer wieder neue Arbeitsaufgaben geschaffen werden.

Das Schaffen neuer Werte und von Arbeitsprojekten innerhalb einer Gruppe hängt unmittelbar mit der Identität des Einzelnen zusammen und sie sind direkt mit dem zentralen Ich verbunden.

a) Arbeit und Gruppengrenzen

Entscheidend für eine kreative Gruppe ist, dass die Gruppengrenzen lebendig und beweglich bleiben. Gruppen, die sich um ein Arbeitsprojekt herum bilden, gewinnen ihre Grenzen durch das Arbeitsprojekt.

Fehlende oder diffuse Gruppengrenzen und starre bzw. überinstitutionalisierte Gruppengrenzen hat AMMON bereits 1973 als pathologische Kennzeichen toter bzw. destruktiver Gruppen beschrieben. Gruppen, die sich nach außen hin abschließen, sind Gruppen mit erstarrten Grenzen, ohne erfüllte Lebenszeit und somit mit einer toten Gruppendynamik. In beiden Fällen fehlt der Rahmen, um die Beziehungen der einzelnen Gruppenmitglieder zum Arbeitsprojekt infrage zu stellen oder eine Auseinandersetzung über das Projekt zu ermöglichen. Es kommt sonst nie zu einem wirklichen Lernprozess und damit auch nicht zu wirklichen Identitätsprozessen.

Für die konstruktive Entwicklung der Arbeit und für eine lebendige Existenz der Gruppe ist eine ständige Auseinandersetzung um die Gruppengrenzen von entscheidender Bedeutung.

b) Arbeit und 'zentrale Person'

Bei der zentralen Person oder 'zentralen Figur' handelt es sich nach REDL (1971) um das Gruppenmitglied, das die Leitungsfunktion ausübt. Aufgaben dieser Person müssen sein:

- Sie muss das Ziel der Gruppe in seiner Bedeutsamkeit vertreten, nur dann hat er eine gruppenbildende Kraft.

- Sie muss sich mit dem Arbeitsprojekt identifizieren.
- Sie muss dafür Sorge tragen, dass Lernfähigkeit und Kreativität der Gruppe gewährleistet sind.

Die Lernfähigkeit und damit die Identitätsentwicklung jedes Einzelnen in der Gruppe hängt wesentlich davon ab, dass seine Erfahrungen und ihre Lernschritte gesehen und als bedeutsam erachtet werden, dass eine Auseinandersetzung mit der zentralen Person stattfinden kann und dass Auseinandersetzung untereinander möglich ist. So können Grenzen nach innen gebildet werden, durch die die einzelnen Mitglieder sich voneinander unterscheiden und abgrenzen können. Erst an diesen Grenzen können Lernfähigkeit und Kreativität der Gruppenmitglieder sich entfalten.

c) Arbeit und unbewusste Gruppenprozesse

Eine Gruppe ist nur dann kreativ, lern- und arbeitsfähig, wenn sie sich auch über unbewusste Projektionen von Ängsten, Fantasien usw., sowie auch über unbewusste Erwartungen, Übertragungen und Gefühle immer wieder auseinandersetzt und sich gegen diese abgrenzt. Nur so kann sie kreativ bleiben und nicht in Arbeitsstörungen abgleiten.

Gerade unbearbeitete Omnipotenzvorstellungen, die sich bei Frustration sehr schnell in Gefühle von Hilflosigkeit und Ohnmacht wandeln, können jede Arbeit zum Erliegen bringen und die Gruppe zerstören, zumal diese Omnipotenzvorstellungen häufig mit einem Gefühl von endloser Zeit verbunden sind. Bei fehlenden inneren Grenzen drohen Arbeitsprojekte dann nie vollendet zu werden.

d) Arbeit und Hilfs-Ich-Funktionen

Für die konstruktive Zusammenarbeit der Gruppe ist es von besonderer Wichtigkeit, dass die einzelnen Mitglieder Hilfs-Ich-Funktionen für einander übernehmen. Dazu gehört auch, einzelnen Gruppenmitgliedern immer wieder Identitäts- und neue Arbeitsanforderungen zu stellen. Diese sind in der Regel mit Angst verbunden. Deshalb sollte im Laufe um die Auseinandersetzung um die Realisierung des Arbeitsprojektes diese Angst mit getragen und bewältigt werden.

e) Arbeit, Gruppenpositionen und Rollenerwartung

Wichtig in der Kommunikation untereinander ist ebenfalls, die verschie-

denen Gruppenpositionen, die sich im Laufe des Gruppenprozesses herausbilden, zu respektieren. Dazu gehören (nach Raoul SCHINDLER):

- die zentrale Person (die Alfas),
- die spezialisierten Fachleute (die Betas),
- die Schutzsuchenden (die Gammas),
- die Sündenböcke (die Omegas).

Wesentlich dabei ist, dass nicht die gleichen Personen in ihrer Rolle über längere Zeit fest gehalten werden. Durch starre Gruppenpositionen verliert die Gruppe ihre kreative Kraft.

Eine weitere wichtige Position ist die der sog. 'Grenzperson', dasjenige Gruppenmitglied, dass die Grenzen der Gruppe nach außen repräsentiert. Somit ist sie für die Gruppe von größter Bedeutung, da sie eine Öffnung der Gruppe nach außen darstellt und so sowohl neue Menschen und Ideen in die Gruppe hineinträgt, als auch für Bündnisse und Auseinandersetzung mit anderen gesellschaftlichen Gruppen sorgt.

Damit trägt die Grenzperson in hohem Maße zur unbewussten Auseinandersetzung der Gruppe um ihre Grenzen bei. Sie sollte in enger Beziehung zur zentralen Person stehen, die dafür sorgt, dass die Grenzperson einerseits nicht zum Sündenbock und andererseits nicht zu einer Gegnerperson außerhalb der Gruppe wird.

4. Arbeit und sozialenergetischer Austausch in der Gruppe

Zwischen den Dimensionen Arbeit, Gruppe und Persönlichkeit des einzelnen Menschen entsteht Kontakt und Auseinandersetzung und somit Sozialenergie. Diesem sozialenergetischen Feld können Persönlichkeits- und Identitätsstruktur entwachsen und es kann sich eine Ich-Struktur entwickeln und ausformen. Wobei eben erste Ich-Strukturen bereits innerhalb der Primärgruppe angelegt werden und die Art und Weise des Umgangs der Eltern mit der Arbeit eine wichtige Wirkung auf die Primärgruppendynamik ausübt – d. h. dass die Arbeitssituation der Eltern das gruppendynamische und sozialenergetische Feld der Familie beeinflusst.

Die Dimensionen Sozialenergie, Identität und Gruppe sind nicht voneinander zu trennen. Gruppendynamik ist erst dann konstruktiv, wenn sie Sozialenergie unter den Mitgliedern einer Gruppe hervorbringt. Sozialenergetischer Austausch erfordert auch immer Kontakt zu den unbewuss-

ten Anteilen eines Menschen, d. h. zu den unbewussten Wünschen, Erwartungen, Gefühlen und Zielen. Arbeitsprojekte, die das Unbewusste der Menschen auszuschalten verlangen, werden deshalb immer auch die Sozialenergie mindern. Somit ist die Entwicklung bzw. Erweiterung der Identität und das Realisieren konstruktiver Arbeitsziele mit dem Fließen von Sozialenergie gebunden.

Daraus ergibt sich, dass konstruktiv arbeitende Gruppen, da sie nicht immer alle Dimensionen voll erfüllen können, immer wieder erneut um Kreativität und Lebendigkeit ringen müssen.

5. Arbeit und Sozialenergie als Manifestation von Tätigkeit und als Vermittlungsfunktion für die Dimensionen Gruppe, Ich-Struktur und Gesellschaft

Die Gesellschaft ist eine Dimension, mit der der Mensch nicht unmittelbar kommunizieren kann, das konkrete Kommunikationsmittel ist die Arbeit im Sinne von Übersetzung des Tätigseins in Arbeit und Arbeitsprodukte. Ebenso kann auch Sozialenergie zwischen dem einzelnen Menschen und der Gesellschaft nicht direkt sondern nur vermittelt über die Arbeit und Arbeit von Gruppen entstehen.

Gesellschaftliche Strukturen und Prozesse haben andererseits keinen unmittelbaren Einfluss auf die Ich-Struktur, d. h. Gesellschaft kann nicht unmittelbar psychische Strukturen beim Menschen schaffen. Dazu werden gruppendynamische und sozialenergetische Prozesse benötigt, auf die gesellschaftliche Prozesse Einfluss nehmen in Form von Anerkennung und gesellschaftlichen Wert.

Somit kann gesagt werden, dass Arbeit, Sozialenergie und Gruppendynamik eine Transmitterfunktion für die Austauschprozesse zwischen Ich-Struktur und gesellschaftlichen Strukturen haben. Innerhalb der vier Dimensionen Mensch, Gruppe, Sozialenergie und Gesellschaft findet in beiden Richtungen ein ständiger Austausch statt.

Literatur

Ammon, G. (Hg.)(1979): Hdb d Dynam. Psychiatrie. Bd. 1. München: Reinhardt.

—— (1980). Dynamische Psychiatrie. München: Kindler.

—— (1982a). Arbeit und Gruppe.

—— (Hg.)(1982b): Hdb d Dynam. Psychiatrie. Bd. 2. München: Reinhardt.

—— (1982c). Das sozialenergetische Prinzip in der Dynamischen Psychiatrie. In: G. Ammon (Hg.): Hdb d Dynam. Psychiatrie. Bd. 2; S. 5-25. München: Reinhardt.

—— (1986). Der mehrdimensionale Mensch. München: Pinel.

Baethge, M. (1990): Arbeit und Identität bei Jugendlichen. E. Ulrich & Ch. Baitsch (Hrsg.), *Arbeit und Identität. Psychosozial 13, 3,* 67-79.

Erikson, E. (1997). Identität und Lebenszyklus. Frankfurt a.M.: Suhrkamp.

Freud, S. (1909-1913). Ratschläge für den Arzt bei der psychoanalytischen Behandlung. GW 8, 376-387. Frankfurt a.M.: Fischer.

—— (1940). Die Zukunft einer Illusion. GW 9:326-329. Frankfurt a.M.: Fischer.

Goffman, E. (1998): Stigma. Über Techniken der Bewältigung beschädigter Identität. Frankfurt a.M.: Suhrkamp.

Hoff, E.-H. (1990). Identität und Arbeit. In: E. Ulrich, Ch. Baitsch (Hg.): Arbeit und Identität. *Psychosozial* 13(3):7-25.

Leontjew, A. (1977). Tätigkeit, Bewusstsein, Persönlichkeit. In: T. Kussmann, (Hg.). Stuttgart: Klett.

Lewin, K. (1920). Die Sozialisierung des Taylor-Systems. *Schriftenreihe prakt. Sozialismus* 4:3-36.

Weitere Literatur bei der Autorin

Adresse
Ruth Lautenschläger • Meerscheidt-Str. 4 • 14057 Berlin •
ruth.lautenschlaeger@t-online.de

The Sense of Self and Suicidal Behaviour

Vito Zepinic (Sydney)

A suicide attempt is defined as a nonlethal, self-inflicted act with intended willingness to die. The mots found risk factors for a suicidal behaviour are interpersonal loss, interpersonal iscord, and accumulated stress. Suicide can be seen as an emergency attempt to maintain and/or restore a vulnerable and unhealthy self into internal cohesion and harmony, or only way out from damaged or even lost self. The disturbances of the self cause an individual's broken spirit and will to thrive, making the affective state flat and non expressive – inert, lifeless, empty, and vacuous.

Keywords: sense of self, inner conflicts, self-destruction

> There is only one serious philosophical problem: that is suicide.
> Albert Camus (1942): Myth and Sisyphus

Suicidal behaviour represents a serious public health problem. Identifying characteristics of persons at high risk for attempting or committing suicide expands the psychiatrist's reference in assessing suicidal potential. Suicidal ideation refers to a range of thoughts; from the idea that death would be welcome, to the immediate intent to kill oneself. It is of clinical benefit to explore the sense of self of the suicidal individual. The sense of self was a topic of interest throughout the nineteenth and twentieth centuries: explaining the meaning of life, of consistence, and relationships. At the end of the nineteenth century William JAMES conceived 'self' as awareness of the flow of inner life – the stream of consciousness – developing a psychological system which has since come to be known as the psychology of self.

However, it was Heinz KOHUT (1971, 1977) who systematically set about to investigate the concept of self and its importance to an individual's functioning. KOHUT was of the opinion that self is a permanent mental structure of a person's experience of him/herself, consisting of feelings, memories, and behaviour. He further stated that 'self' is the centre of an individual's psychological universe. He pointed out the importance of self as an intrapsychic structure.

The concept of self in its relationship to others leads to the growth of

©2009 Copyright 'Pinel' Verlag, Berlin • Dynamische Psychiatrie • Dynamic Psychiatry

self-esteem in an individual. Responses to and from others, that 'fit', evolve personal reality and one's emotional state. If responses evoke a positive emotional tone, 'a state of wellbeing', an individual feels endorsed about himself leading to the growth of self-esteem. However, many elements can cause disorders of self. The impact on the self can alter the structural and functional dimensions of self in many different ways, including the possibility of/or potential for self-destruction. The components of self can undergo changes, which result in a loss of functional integrity, effectivity, sense of self-worth, loss of autonomy, and so forth. When the basis of the self-structure and its organization is damaged, the result can be different forms and degrees of self-dissolution, fragmentation, disintegration, and 'implosive' self-destructiveness (suicidal behaviour).

Suicide can be seen as an emergency attempt to maintain and/or restore a vulnerable and unhealthy self into internal cohesion and harmony. Can suicidal behaviour be seen as a defense mechanism (splitting); compartmentalizing the experience of self and other such that continued integration is impossible? How is the individual's reality 'being tested' and is there an ability to distinguish, what values he/she has? Is the individual's reality intact in a particular situation but impaired due to inability to discharge tension? Is the individual driven by tension and impulses to the point where he/she is dangerous to the self? Does the individual see problems as having an internal origin, or are all difficulties externalized and blamed others in the environment? Is suicide the only 'way out' when an individual has a sense of weak, damaged or even lost self?

These and other associated questions are of interest in this essay, with the aim of finding relatedness between the sense of self and suicidal behaviour. To answer these questions with some degree of accuracy we need to rely on scientific data, regardless of the breadth of the literature. Otherwise, we are left to consider the conclusions based on speculation and supposition. In this paper, however, we can answer only a few of many fundamental questions raised regarding the connection between the sense of self and suicidal behaviour.

The following case illustrates an example of a suicidal patient with a damaged sense of self:

G. B. is 37 years old single individual who came for treatment due to

depression that has been troubling him for four years with three admissions to a psychiatric hospital He related his depression and suicidal behaviour to longstanding dissatisfaction with his employment (he has been a school teacher). His symptoms of depression include sadness, worry, and guilt, low self-esteem, hopelessness and helplessness, anxiety with fears of failure and being left alone, fits of crying, lack of energy, impaired ability to perform tasks, loss of interest and pleasure in almost all activities, and a history of suicidal attempts. He complained of self-doubt, feelings of worthlessness, inability to sleep, inability to work or concentrate, and hopelessness about the future. He felt that his accomplishments were meaningless and that he had driven his family to distraction by his repeated demands to comfort him.

The above-mentioned patient's suicidal behaviour could be described as a conscious human act of self-inflicted, self-intended cessation; act of self-induced annihilation. There is no doubt that suicide is a multidimensional phenomenon of psychic centrality. Throughout the history, suicide has been a controversial issue and differently defined. ESQUIROL (1838) declared that suicide is an act only committed by a mental patient in a moment of delusion. FREUD (1930) declared that suicide is an expression in human beings of instinctual destruction, which in turn is an interchangeable element of the death instinct. Looking at many other theories and definitions, it is commonly accepted that suicide is a final act of despair – of which the result is unknown – occurring after a battle between an unconscious death wish and a desire to live better, to love, and to be loved.

Whatever else suicide is, it is a conscious act, but on the other hand, the driving force is an unconscious process. Consciousness is important in understanding a complicated human act such as suicide. FREUD (1915) wrote that the assumption of the existence of something mental that is unconscious is necessary and legitimate. At any given moment consciousness includes only a small content, so that greater part of what we called conscious knowledge must be for very considerable periods of time, in a state of latency, that is to say of being physically unconscious. JAMES described self to be 'duplex', partly known and partly unknown, partly object and partly subject, that must have two aspects discriminated in it, of which we may call one 'Me' and another 'I'.

The assumptions of an unconscious is moreover a perfectly legitimate one, in as much as in postulating it, we are not departing a single step from the customary and generally accepted mode of thinking. Unconsciousness as a driving force is active, dynamic, and personal. It accepts that there are procedures for inferring the latent implications from manifest content in suicidal notes. It seems that the suicidal individual is only unaware (unconscious) of processes that influence the suicidal act, such as what would occur when he/she decides to end his/her own life, due to the mental constrictions of unbearable emotional pain, hopelessness, helplessness, distortion, and so forth.

Unconsciousness is 'high influence on' a dark recess of the care that must be illuminated if we want to understand its impact driving to an individual self-destruction. When the individual is confronted with the contradictions in behaviour, thought, perception, or affect, he/she regards the differences with bland denial and indifference. The experience of annihilation is described in FREUD's death instinct, where an individual finds a way of defending against this terror (annihilation) in splitting that lead to suicide. Splitting is an unconscious process that separates contradictory feelings: self-representation and self-valuation. As a fundamental cause of self-weakness, splitting prevents neutralization and drives self out of an essential source of energy for growth.

Jung stated that unconscious aspects of the self are experienced as 'outer' so that we 'happen to ourselves'. This concept of 'faithful mirrors' of intrapsychic dynamics was similar to KOHUT's concept of self-object or an intrapsychic phenomenon. MEARES (2005), in his book 'The Metaphor of Play', described various dimensions of self (awareness or consciousness, the shape of inner life, the sense of movement in inner life, and the quality or connectedness of inner life). He also stressed that the self is always suddenly changing. According to him, the self requires cohesion and continuity, making or creating individual's characteristic shapes and organization. This means that the self cannot only be an intrapsychic structure, as its development and evolution is influenced by extrapsychic perception as well.

We can conceptualize that disturbances of the self cause an individual's broken spirit and will to thrive, making the affective state flat and non expressive – inert, lifeless, empty, and vacuous. The empty self con-

sists of passivity, depressiveness and depletion in energy. There is identity diffusion, fragility, and a strong feeling of discontinuity, with severely disrupted interpersonal relationships. This can be illustrated in the following conversation between a therapist and patient during the therapy session:

T: So, you indicated that you experience a lot of negative thoughts toward yourself, with a serious degree of intensity. It might be helpful to address these thoughts directly.

P: I feel very worthless and that life is pointless. The thoughts of killing myself are everyday and every time as my life is miserable. I feel insecure and angry; disappointed with everything that happened to me.

T: Than seems to make you sad and full of despair.

P: Yes, I have no identity, I am nobody, and I feel like the only way to get rid of the pain is to kill myself, like I would be stopping the pain for my family and me.

KOHUT characterized the disturbances of self into primary (psychosis, borderline status, narcissistic personality disorder, and narcissistic behaviour disorder), or secondary (disturbances of the self within the spectrum of success and failure). Our patient described his self-weakness, damaged sense of self, despair and hopelessness.

Hopelessness is a key variable, along with stress and poor problem-solving skills, in a theoretical formulation of suicidal behaviour and is a common feature of depression. It is a system of cognitive schemata having a common element of negative expectations for the future; characterological pessimism and a state-like reaction of despair. Hopelessness is dissatisfaction with self, others and life; avoidance of hope, and anticipation of a future; dysfunctional attitudes and irrational beliefs. An individual with disturbed self faces 'brake apart'; a collapse in functioning and the self-structure buckles, breaks, shatters, and disintegrates. The individual experiences impact on self-functioning, attack on the spirit, broken power and control all of which produce submission and surrender. Discontinuity of self causes injury to the core of self-coherency; a loss in strength, energy, autonomy, and communication. Moreover, the destruction of the dimensions of self-structure results in disunion, or disjoining of its interrelated dimensions.

The disturbances of self cause an individual's destruction and

impairment in capacity, values, and goals. With deleterious and damaging affect in the self an individual faces with unresolved inner conflicts. We can talk, therefore, of cohesion – fragmentation continuum as the basis of disturbed self. The disturbances of self lead to a sense of separation, stasis, but also disintegration as a division within the structure. In this way there is a 'broken connection' within the past and present, causing 'fissure' in an individual's inner and outer life. In the traumatized self the sense of worth, stability, or orderliness in daily living is lost or profoundly altered in ways associated with a sense of disequilibrium.

It is undoubtedly that traumatic experience which has a powerful, deleterious effect on the formation sense of self. Many prominent trauma – psychopathology theories (McWILLIAMS, VAN DER KOLK, SIEGEL, WILSON, etc.) found that the longer the individual was exposed to the injurious environment, the more significant the damage of the sense of self would be. Traumatic experience can lead to the development of an aggressive, callous, self-destructive or distrustful personality style. This definitely interferes with the formulation of one's assumptive world and hostile attribution biases. Trauma driven interruptions can lead to mistrustful thinking and a variety of alter unhelpful thinking, aggression to self, and antisocial personality style.

T: You think that your life and pain would be resolved by killing yourself.

P: Yes! Look doc, life is pointless; we have more news about terror, violence, mistrust, abuse, etc. than positive examples. I am a perfectionist ... look at the Internet ... what you can find there ... pornography, drugs, even advice how to successfully kill yourself.

T: Dark sides of our lives are normal; however, we can also find many bright and quite enjoyable things as well.

P: Look, when I was a teacher I tried to do my job enthusiastically and respectfully. However, I was bullied by my colleagues even by my principal ... they have joked about my enthusiasm and professionalism.

Although the severity and depth of impact onto self varies greatly between individuals and is determined by many variables (age, resiliency, adequacy of support, etc.), traumatic experience wounds the sense of self. The self can be shattered and result in dissociation, and defensive constellations to protect narcissistic injuries and vulnerabilities. The con-

struct of self is central to internal organizing principles of psychological functioning and personality that establishes bases of self-worth (i.e. self-directed appraisals of the self as an object).

In pathogenic environments attachment is disturbed and instead of bringing psychic gain, it brings aversive results. The experience and expression of core affective phenomena meets with disruptive, non-facilitating responses from attachment figures. Authentic self-expression meets with other's anger or ridicule that elicits a second wave of emotional reactions: fear and shame. Disrupted attachment ties compromise self-integrity, leading to unbearable emotional states: experience of helplessness, hopelessness, loneliness, confusion, emptiness and despair, the 'black hole' of human emotional experience.

Compromised integrity of self results in 'self-at-worst' state: this is the individual at his/her most depleted, the sense of self essentially compromised, with no safety and thus no access to emotional resources. The attempts to escape the excruciating experience of this unbearable emotional state become the seeds of the development of a psychopathological condition – suicide. The individual comes to expect that any of his/her responses, other than suicide, will catastrophically threaten the integrity of self and/or of attachment ties. Over time any situation that threatens to arouse emotions is seen as the 'red signals affect' causing the self-at-worst scenario which underlies pathological functioning.

Those who suffer from lack of a sense of the self are afflicted with a sense of emptiness, which has a painful intensity. Such individuals often make desperate attempts to 'fill a gap', making further destructions and having 'nothing inside', no inner life. Overwhelmed by emptiness and desperation rush, the individuals make themselves exist in a chronic state of fear of living, or the fear of another failure and shame.

P: I think I am a total failure ... I have fear of failure so much that I do not institute any kind of plan for anything.

T: How do you mean 'fear of failure'?

P: Well, I could not even kill myself despite having a few suicidal attempts ... it throws me, you know, down into a hole, it is ... almost like my failure that was not able to do it.

T: Hmm ... you mentioned before feeling guilty not succeeding in your suicidal attempts.

P: Exactly! I feel that I put my family down ... if I succeeded the pain to my family would be over.

The above conversation illustrates that the patient does not have any stream of consciousness other than experiencing a sense of alienation from the environment and surroundings. As the sense of wellbeing is lost and replaced by a negative effect, an individual's negative feeling results in a negative personal evaluation. If such a vulnerable self is attached to an environment, for example involving ridicule and shame, it leads to a sense of invalidation and personal derealisation. The traumatic system can be quite quickly re-activated, reminding the individual of failure, despair, emptiness, and worthlessness. The triggered traumatic memory system is associated to similar situations and events, which have occurred in the past. Almost all psychoanalysts describing patients with depression and suicidality emphasize narcissistic vulnerability as triggering susceptibility to this syndrome. The basis of this vulnerability is related to fragile self-esteem, based on an experience of hopelessness and disappointment.

A sense of narcissistic injury predisposes an individual toward the experience of shame and anger. In general the anger is seen as triggered by narcissistic injury, loss, and a sense of helplessness. The aggression triggers conscious or unconscious guilt, which contributes to the self-punishing aspects of the individual's mood, the tendency to self-denigration, and self-defeating behaviour. The aggression is ultimately directed toward the self; toward aspects of the self identified with an ambivalently experienced others. Central dynamics of narcissistic vulnerability are sensitivity to rejection, perceived or actual loss causing significant disappointment, anger at self and others, with lowering of self-esteem, ashamed and vulnerable as he/she experienced him/herself as rejected by others.

P (tearfully): My teaching was a nightmare. No one has acknowledged what I did ... they did not respect me ...

T: It seems that you are convinced that no one saw how competent you were. When you are talking about it, I wonder are you so sure, really, that you were seen as badly as you imagine?

P: Yes, I used to see myself as powerless and my colleagues did not ever consult me about a fairly important matter. I felt so terrible about it.

In conclusion it is evident that failed emphatic responsiveness from others when needed to provide 'self-object functions' leads to deficit of self-cohesion. A self-object is an internalized experience that functions to invigorate or strengthen the self. Chronic experience of self-object failures produces an empty quality of depression. Affect states associated with depletion include feelings of being adrift in life; a lack of purpose or goals, and infrequent feelings of stopping further failure by committing suicide. Failures lead to disorders of the self, create frustration, and are prone to a degree of depletion that almost totally pervade the individual's life, which is characterized by a pronounced sense of emptiness that is experienced as thoughts that the world had turned its back on him/her. Self-destruction (suicide) is usually viewed as an alternative, a solution to a problem or a feeling of intense emotional pain that the patient feels is not resolvable by any other means.

To an individual with a disrupted sense of self, suicide is more about a desire not to live that it is a desire to kill him/herself. It is a specific disturbance of the sense of self, functioning, personal existence, or maladaptive forms of relatedness. The fundamental treatment goals should be directed towards restoration of a disrupted sense of self and personal being, and rebuilt sense of self-worth, to reduce 'attacks upon values', and restore awareness of other values, so that suicide is not seen as the only option or 'way out'.

Selbsterleben und Suizidalität

Die Suizidalität ist ein ernsthaftes soziales und therapeutisches Problem. Die Fähigkeit psychologische Merkmale der vom Suizid bzw. Suizidversuch bedrohten Personen zu identifizieren erweitert im Wesentlichen die Möglichkeiten der Vorbeugung. Das Erkennen des Zusammenhanges zwischen Selbsterleben und Suizidalität ist deswegen von großer klinischer Bedeutung. Dieser Zusammenhang wird von dem Autor des Artikels in seiner Dynamik analysiert. Ergänzend dazu werden Philosophie und Literatur, ebenso Psychologie des 19. und 20. Jh. hin zu gezogen hinsichtlich der Ergiebigkeit ihrer Erkenntnisse zum Thema des Selbst und seiner Wahrnehmung.

Integrität bzw. Kohäsion des wahrgenommenen Selbst bedrohende Faktoren sind nach Ansicht des Autors sowohl von der Innen- als auch von der Außenwelt herrührenden Traumatisierungen, welche eine schädigende und desintegrierende Wirkung auf das Selbstwertgefühl des Patienten zur Folge haben. Die Selbstvernichtung wird in einem derartigen Falle von dem Patienten als die einzig mögliche Alternative betrachtet, welche das unausstehliche, schmerzhafte Gefühl eines zerrissenen Selbst zu heilen vermag.

An dieser 'Lösung' sind äußere und innere, bewusste und unbewusste psychische Prozesse beteiligt, die in einer Paradoxie münden. Zwecks Erhalt der Integrität des Selbstgefühls wird die Existenz des Selbst geopfert. Der Selbstvernichtung gehen das Suizidgeschehen definierende Prozesse der Abspaltung und Verleugnung innerer und äußere Realität voraus, die als kränkend erlebt werden. Die Notwendigkeit dieser Abwehrmaßnahmen und ihre stimmige ätiologische Herleitung werden vom Autor im Rahmen der Darstellung verschiedener theoretischer Ansätze psychoanalytischer Schulen dargestellt und analysiert.

Als therapeutischen Maßnahmen, die in solchen Fällen zur Anwendung kommen sollten, schlägt der Autor des Artikels sowohl die individuell orientierte Analyse der psychodynamischen Zusammenhänge zwischen Selbsterleben und Suizidalität als auch empathische Reaktion (empathic responsiveness), den Wiederaufbau eines integrierten Selbsterlebens, des Selbstwertgefühls sowie eineUmstrukturierung des bisherigen Wertsystems des Patienten vor.

Der Artikel wird anhand von theoretischer Literatur und Zitaten aus der Praxis des Autors stammenden Falldarstellung illustriert.

(Hellmuth Cox)

References

Kohut, H (1971): The analysis of the self. New York: Internat. Univ. Press.

—— (1977): The restoration of the self. New York: Internat. Univ. Press.

Meares, R. (2005): The Metaphor of Play. London: Routledge.

Further literature at the author's

Dr Vito Zepinic • PO Box 440 • Burwood NSW 1805 • Sydney, Australia
Tel: (+61-2) 9747 0744 • Fax: 9747 0755 • E-mail: drvito@psychclinic.net

Defizitäre Angst und die Arzt-PatBezieBeziehung

Egon Fabian (München)

The author argues that information through the physician is not objective, but is imbedded in the relationship between the doctor and his patient. This relationship, in turn, includes unconscious transferential and countertransferential aspects, whose significance is undeniable, but of whose existence most physicians are unaware. Medical training emphasizes the exclusive transmission of 'objective' knowledge, but ignores the emotional and the unconscious world of both the patient and the physician himself. Thus, physicians with deficient anxiety are 'selected', who tend to delegate their own anxiety to their patients.

Keywords: doctor-patient relationship, deficient anxiety, delegated anxiety

Ein wesentlicher Teil der beruflichen Tätigkeit des Arztes besteht in der Information des Patienten. Die Tätigkeit des Informierens entfaltet sich parallel auf mehreren Niveaus. Erstens hat sie das Ziel, den Patienten mit genügend Wissen über seine Krankheit, deren Behandlung und die Nebenwirkungen, die damit verbunden sind, zu rüsten; sie gibt ihm, mit anderen Worten, eine K o m p e t e n z , die ihm ermöglicht, eigene Entscheidungen zu treffen bezüglich der Auswahl diagnostischer und therapeutischer Alternativen.

Zweitens bahnt sich zwischen dem Arzt und seinem Patienten eine Beziehung an, welche die eigentliche Matrix bildet, in der die sachlichen Informationen über Krankheit, Diagnostik und Behandlung eingebettet sind.

In früheren Zeiten, das dominierende Paradigma der Beziehung zwischen Arzt und Patient war 'vertikal' und gab dem Arzt absolute Autorität über die Behandlung, sozusagen über Leben und Tod des Patienten; dieser verkörperte das ignorante Objekt, von dem Gehorsam und pünktliche Einnahme der Medikamente (compliance) erwartet wurde.

Das Wort 'compliance' wird im Duden-Oxford (1990) mit 'Unterwerfung' übersetzt. Diagnosen und intime Details über den Patienten wurden unter ärztlichen Kollegen auf Latein kommuniziert, um 'unnötige'

Teile dieser Arbeit sind in der Zeitschrift Medicine and Law 2004 unter dem Titel 'Informed consent – or the physician's anxiety delegated to the patient' erschienen.

©2009 Copyright 'Pinel' Verlag, Berlin • Dynamische Psychiatrie • Dynamic Psychiatry

Irritationen und Störungen der Therapie zu vermeiden und den Laien aus der professionellen Geheimhaltung auszuschließen. Michael BALINT sprach von der 'apostolischen Funktion' des Arztes:

> Es war fast, als ob jeder Arzt eine Offenbarung darüber besäße, was das Rechte für seine Patienten sei, was sie also hoffen sollten, dulden müssten, und als ob es seine, des Arztes, heilige Pflicht sei, die Unwissenden und Ungläubigen unter den Patienten zu diesem seinem Glauben zu bekehren. (BALINT 1957, S. 290)

Dies ist nicht verwunderlich, wenn man bedenkt, dass der Arzt seit Urzeiten über Leben und Tod, über Schmerzen eine gewisse Macht hatte, oder den Verletzten oder Kranken in den Tod begleitete. Asklepios selbst war „in der Ilias weiter nichts als ein 'untadeliger Arzt'; zum Gott wurde er erst später" (KOELBING 1977, S. 50).

Dieses Beziehungsmuster entspricht der Unterwerfung des Sohnes unter der Autorität des Vaters – wobei dieser als strenger, gütiger, oder fürsorglicher Vater in Erscheinung tritt – bzw. Teilaspekte von all diesen in sich verkörpern kann. Der Arzt wird hier durchweg als männlich betrachtet; dies entspricht einer alten, in vielen Kulturen verinnerlichten Tradition (vgl. KOELBING 1977): Die Ärztin ist, kulturell gesehen, eine 'neue' Erscheinung.

In unserer Zeit wird im Zuge der Emanzipation des Patienten eine 'Demokratisierung' der Beziehung zwischen dem Fachmann/Arzt und dem Laien/Patienten zu etablieren, die auf Partnerschaft beruhen soll. Dies gilt besonders für die Psychotherapie, in der die partnerschaftliche Beziehung schon deshalb von besonderer Bedeutung ist, weil sie in der

Dialektik von Übertragung und 'realer' Beziehung zum wesentlichen Teil des therapeutischen Prozesses wird. Psychotherapie kann nur innerhalb von klaren Grenzen wirksam sein. Während starre, autoritäre Grenzen einem autoritären Umgang und Erziehungsstil in der Kindheit des Patienten entsprechen, wiederholen undeutliche Grenzen die 'laisser-faire' Einstellung gewisser Familien; beide wirken antitherapeutisch (HAWELLEK 1992). Dies ändert nichts an der Tatsache, das der Patient jenseits seiner durch die Krankheit verursachten Begrenzungen in jedem Fall die 'Verantwortung' über seine Taten und Entscheidungen tragen muss. Dies wird durch die klare Verteilung von Aufgaben und Rollen möglich.

Vor dem Hintergrund dieser Überlegungen gewinnt die Information

eine wichtige therapeutische und ethische Dimension. Manche autoritäre Einstellungen, die vom Patienten – oft unbewusst – Einsicht und Unterwerfung erwarten, sind jedoch noch in der Psychiatrie und allgemein in der Medizin vorhanden uns stellen gewissermaßen Reste der alten autoritären Arzt-Patient-Beziehung dar.

Die soziale Psychiatrie hat sich die partnerschaftliche Beziehung zwischen Arzt und Patient auf die Fahne geschrieben. Vertreter dieser Richtung, oder solche, die dadurch beeinflusst wurden, lehnen nicht nur den weißen Kittel ab, sondern auch den Gebrauch des Wortes Patient (stattdessen wird von Klienten gesprochen), befürworten manchmal das Duzen als Protest gegen den letzten Rest patriarchalischer Strukturen. Manche plädieren in letzter Zeit für die Zusendung eines Entlassungsberichtes nach der stationären Therapie an den Patienten. Doch damit wird m. E. nicht Partnerschaft, sondern die Verwischung der Grenzen erreicht, die insbesondere in der Beziehung Arzt-Patient zentrale Bedeutung haben: Zwar ist der Arzt oder der Psychotherapeut als Mensch seinem Patienten gleich, kraft seiner Funktionen und seiner Verantwortung hat er jedoch eine besondere Position der impliziten Autorität; diese zum Verschwinden zu bringen bedeutet nicht nur weitgehenden Verzicht auf ödipale Auseinandersetzungen, sondern auch die Gefahr der Grenzenlosigkeit, des 'Kumpelns', die dem therapeutischen Prozess abträglich ist.

Durch falsche oder übertriebene Gleichheits-Postulate werden unbewusste Dimensionen in der Beziehung Arzt-Patient ignoriert. Der Arzt ist nicht nur Fachmann, sondern auch wichtige Übertragungsfigur für den Patienten. Im Unbewussten besteht die 'Vertikalität' der Beziehung weiterhin, der Arzt wird nicht als Bruder und nicht als Partner in der Übertragung erlebt, sondern als Vater, die Ärztin als Mutter, deren 'Allmacht' Gefühle von Wut, Angst, Protest oder Ohnmacht hervorruft und damit alte, für die Therapie wichtige Erlebnisse und Konflikte heraufbeschwört. Damit sind also nicht nur ödipale, sondern auch prä-ödipale Aspekte der Beziehung in ihrer Bedeutung erkennbar. Die Missachtung dieser unbewussten Dimension ist gleichbedeutend mit einer Verarmung der Beziehung zwischen Arzt und Patient.

Der Fluss der Information zwischen dem Arzt und seinem Patienten ist jedoch eingebettet in eine Beziehung, welche, wie BALINT (1957) als erster herausgearbeitet hat, eine wichtige Rolle im Heilungsprozess

spielt. Sie beinhaltet die Konnotation einer väterlichen Beziehung und berührt tiefe emotionale Schichten und Konflikte früherer Erfahrungen. Dies gilt sowohl für den Patienten als auch für den behandelnden Arzt. Die verborgenen emotionalen Aspekte der Beziehung, die Übertragungen und Gegenübertragungen in all ihrer Komplexität haben einen deutlich Einfluss auf die Zusammenarbeit. Sie können auch die Informationsarbeit des Patienten und seine Zustimmung oder Ablehnung bestimmter Behandlungen erheblich beeinflussen. Der neuen Wissenschaft der Psychoneuroimmunologie verdanken wir wertvolle Kenntnisse über die Bedeutung des Faktors Beziehung (zwischen Arzt und Patient) für den immunologischen Aspekt der Krankheit und Gesundheit.

Das alte Placebo-Konzept, demgemäß der Arzt die Rolle eines 'Behandlers' innehat, der neutral bleibtw wenn er Medikamente verschreibt, ist obsolet geworden. Wir wissen heute, dass nicht nur der Psychotherapeut, sondern jeder Arzt, jeder Psychologe, ob tiefenpsychologisch oder verhaltenstherapeutisch tätig, kraft seiner Einwirkung auf den Patienten, einen entscheidenden Einfluss auf den gesamten Heilungsprozess ausübt, einschließlich der Wirkung der Medikamente. Keine medizinische Fachrichtung, bei der der Arzt dem Patienten Gesicht zu Gesicht begegnet, ist frei von dieser Komplexität.

Die unbewusste Dimension der Beziehung zwischen Arzt und Patient bekommt eine besondere Prägnanz angesichts der Tatsache, dass der Kranke in den meisten fällen, in denen er sich an den Arzt wendet, Angst hat: Angst vor einer schweren Krankheit, also auch Angst vor der Diagnose, die einem Urteil gleich kommt, und Angst vor dem Tod. In diesem Zusammenhang kommt dem Arzt die besondere Verantwortung zu, nämlich die Verantwortung, mit diesen Ängsten des Patienten umzugehen, d. h. sie zu verstehen, zu tragen und zu lindern. „Kaum einer kommt zum Nervenarzt, an dessen Mark nicht in offener oder heimlicher Weise Angst und Schuld nagen würden", schreibt Medard Boss (1962, S. 13f.). Und nicht nur zum Nervenarzt; Angst erscheint häufig unter dem Deckmantel anderer, somatischer bzw. psychosomatischer Beschwerden. Hier ist die Angst entweder kausal in der Ätiologie der Erkrankung beteiligt, oder kommt als sekundäre Angst – vor allem als Todesangst – reaktiv zustande.

Psychosomatische Beschwerden und Krankheiten machen einen gro-

ßen Anteil der Patienten in den Praxen und Krankenhäusern aus; zudem hat die Verfeinerung der Labortechniken und anderer apparativen Untersuchungsmethoden dazu geführt, dass immer größere Zahlen von Patienten durch die Warteräume kreisen, deren Ängste durch die medizinischen Prozeduren in 'somatische Bahnen' abgelenkt oder 'betäubt' werden. Auch die Ängste der Ärzte werden damit 'beruhigt' bzw. auf 'organische' Bahnen gelenkt. Dabei handelt es sich oft nicht um bewusste Ängste, die der Patient benennen kann, sondern um solche, die dem Patienten selbst nicht bewusst sind bzw. von als andere Gefühle 'maskiert' auftreten können.

Ist der Arzt, der den Patienten über Krankheit und Behandlung informiert, imstande, diese zu erkennen? Wie ist er für den Umgang mit solchen Ängsten ausgerüstet?

Um dazu fähig zu sein, muss der Arzt seine eigenen Ängste kennen: auch seine tieferen existentiellen Ängste, die jeder konkreteren Angst zugrunde liegen (FABIAN 2009a). Viele Ärzte sind aber dazu nicht imstande, weil sie ihre tieferen Ängste nicht spüren oder abwehren. Schon aus spezifisch beruflichen Gründen müssen sie auch Angst verdrängen, sonst könnten viele Ärzte nicht mit schwerkranken oder sterbenden Menschen arbeiten. Das Nichtspüren bzw. die tiefere Abwehr der Angst entspricht aber der von G. AMMON beschriebenen defizitären Angst; die Angst, (AMMON 1979; AMMON, FINKE, WOLFRUM 1998).

Gefühle wie Angst sind aber kein Thema im Lernkurrikulum der Universitäten. Auch das Unbewusste ist den Ärzten vom Studium her nicht vertraut; das Medizinstudium ist ausschließlich zur Vermittlung vom 'objektiven' Wissen konzipiert und betrachtet die Subjektivität und Emotionalität des kranken Menschen – wie auch des Arztes selber – als Störfaktoren. Der Arzt ist demnach im Umgang mit dem unter Angst leidenden Patienten meistens überfordert; oft kennt er die eigene tiefere Angst nicht. Das implizite Menschenbild, das der medizinischen Ausbildung zugrunde liegt, setzt einen emotional kühlen, objektiven Fachmann oder Wissenschaftler voraus, einen Experten, der unpersönlich den Ängsten des Patienten und den eigenen gegenüber steht (vgl. BURBIEL 1998).

Die Folge ist, dass solche Ärzte zwar selbst keine Angst verspüren, delegieren diese jedoch an andere Personen (auf ähnliche Weise, wie Men-

schen mit defizitärer Aggression unbewusst ihre Wut, oder ihre sadistischen Gefühle delegieren können). Aber auch sehr ängstliche Ärzte, die unter ihren bedrohlichen Ängsten leiden (im Sinne der von AMMON sog. destruktiven Angst) neigen dazu, ihre schwer beherrschbare Angst dem Patienten weiter zu delegieren.

Dieses Phänomen kommt zum Tragen auch in der Information des Patienten durch seinen Arzt. Im Folgenden werde ich anhand zweier klinischer Beispiele aus der eigenen Praxis versuchen zu zeigen, wie solche Prozesse hinter einer scheinbar 'korrekten' Fassade funktionieren:

B e i s p i e l 1. Eine junge Patientin, die längere Zeit unter störendem Husten litt, konsultierte einen bekannten Lungenspezialisten. Sie berichtete in ihrer Therapiesitzung, dass dieser ihr nach der Untersuchung mitteilte: *"Es sieht aus wie Asthma, aber es ist noch nicht hundertprozentig sicher"*. Die Patientin war sehr erschrocken und reagierte mit wochenlang dauernder Angst vor einer schweren, lebenslang andauernden Erkrankung bis, nach einigen zusätzlichen Untersuchungen und unterschiedlichen ärztlichen Meinungen, die Diagnose endgültig fallengelassen wurde.

In diesem Fall handelt es sich nicht um einen medizinischen Irrtum. In der Tat, Asthma kann e i n e der möglichen Differentialdiagnosen sein; aber der Arzt muss die verschiedenen Möglichkeiten für sich behalten so lange, bis sein Wissensstand ihm erlaubt, die bereits 'verdaute' Information dem Patienten weiter zu geben. Diesen interessiert nicht, welche Diagnose er haben k ö n n t e, sondern welche er tatsächlich hat. Es ist der Arzt, der das Gefühl der Unsicherheit und der Angst tolerieren muss, u.a. auch die unangenehme narzisstische Kränkung oder die Insuffizienzgefühle, die in der oft langwierigen oder vergeblichen Suche nach der präzisen Diagnostik impliziert sind. In diesem Fall, der keineswegs selten ist, delegiert er all diese Gefühle dem Patienten nach dem Motto: 'Du sollst unter den Zweifeln und den Ängsten leiden, nicht ich.'

B e i s p i e l 2. Ein Internist sagte dem älteren Patienten nach der Untersuchung: „Es sieht nicht gut aus. Es könnte u. a. auch Krebs sein, auch wenn es nicht sehr wahrscheinlich ist". Zum Glück für den Patienten wurde schließlich kein Tumor gefunden, aber der Patient berichtete, dass seine Zweifel und Ängste aus den nachfolgenden Tagen eine Hölle machten.

Die Bemerkung „Es ist nicht sehr wahrscheinlich" beruhigt nicht die Ängste des Patienten. Im Gegenteil: Es ist die 'Ankündigung' der Möglichkeit unter Krebs zu leiden, die bei ihm ankommt und neben den damit assoziierten Ängsten auch noch die zusätzliche Angst erweckt, man sage ihm nicht die Wahrheit. Auch in diesem Fall soll der Patient, und nicht sein Arzt, die Unsicherheiten und Ängste bis zum Abschluss der Diagnostik tragen. Das in der ärztlichen Praxis häufige 'Laut-denken' verbirgt die Ambivalenz die darin besteht, dass eine bedrohliche Diagnose einerseits als Möglichkeit einerseits mitgeteilt wird, andererseits wird der Patient 'beruhigt' mit der Bemerkung, es sei nicht sehr wahrscheinlich. Diese Ambivalenz verbirgt die unbewussten Ängste des Arztes, seine eigene Befürchtung, an Krebs zu erkranken, und diese delegiert er dem Patienten.

Viele andere Beispiele könnten angeführt werden. Freilich, die Pflicht des Arztes ist, den Patienten so ausführlich zu informieren, dass dieser die notwendigen diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen einsehen und ihnen zustimmen wird. Andererseits muss er auch die Wahrheit sagen. Die vollständige Information sollte den Patienten befähigen, das Reflektionsniveau, das zur 'informed consent' notwendig ist, zu erreichen. Aber die Qualität und schließlich auch der Effekt der Information hängen von den Nuancen ab, von der Mitteilung 'zwischen den Zeilen' – mit anderen Worten, von der Kongruenz zwischen dem konkreten und dem unbewussten Inhalt einer Information. Diese Kongruenz ist ihrerseits von den unbewussten Dimensionen der Beziehung zwischen dem Arzt und dem Patienten entscheidend beeinflusst.

Wenn man das oben Angeführte über die unbewusste 'Position' des Arztes, von dem der Patient einen 'väterlich', schützenden und tragenden Umgang mit der Angst erwartet (wenn nicht sogar die Befreiung von der Angst, wie etliche aktuelle Bücher über Angst versprechen – vgl. FABIAN 2009b), dann werden die Ausmaße der Kollusion zwischen diesen Erwartungen und der Realität der nicht verstandenen Angst, oder sogar der vom Arzt selber delegierten Angst vom selben Arzt vorstellbar.

Medizinisches Wissen ist nur ein Instrument, wenn auch ein notwendiges, das den Arzt in die Lage versetzt, seinen Beruf auszuüben. Ein wesentlicher Teil des ethischen Aspektes der ärztlichen Arbeit ist jedoch jenseits des professionellen Know-hows: Es ist die Pflicht, sich selber

kennenzulernen, seine eigenen, unbewussten Defizite und Konflikte. Dies betrifft nicht nur den Psychotherapeuten, dessen therapeutische Wirkung sich im Rahmen der zwischenmenschlichen Beziehung zum Patienten abspielt; auch für den 'somatischen' Arzt hat die Kenntnis der Übertragungs-Gegenübertragungsprozesse eine große Bedeutung. Diese werden aber erst zugänglich, wenn der Arzt sein eigenes Unbewusstes kennen lernt: seine unbewussten Konflikte, Einstellungen, seine eigenen Ängste und seine Abwehrmechanismen, die er im Umgang mit seinen Ängsten einsetzt.

Apollon, der Heilgott der Griechen, Vater des Asklepios, ist auch derjenige, in dessen Namen das Orakel in Delphi zu antworten pflegte: gnothi seauton, kenne dich selbst.

Deficient anxiety and the doctor-patient relationship

Egon Fabian (Munich)

Information of the patient by his physician is a central element of the daily work of the doctor. However, in order to enable the patient to achieve informed consent, it is necessary to widen the scope of medical knowledge by factors which most physicians ignore, such as transferential and countertransferential aspects. These are, in turn, embedded in the doctor-patient relationship, which plays, as BALINT first emphasized it early in 1957, an important role in the healing process.

Both oedipal and pre-oedipal levels can be discerned in the expectations of the patient facing his doctor. On the one hand, the latter embodies fatherly authority, on the other hand he is expected to understand and 'contain' the patient's anxieties when being faced with uncertainty or menacing diagnoses. Accordingly, the traditional 'vertical', authoritarian attitude towards the patient – expecting him to show obedience and compliance when accepting the decision of the doctor – tends, even though still present in subtle ways, to be gradually replaced by a 'democratic' understanding, mostly propagated by social psychiatry, which tends to blur the borders between specialist and patient and be, in the consequence, anti-therapeutic.

These considerations are of particular importance when the anxiety of the patient is concerned. Anxiety is involved not only in most, if not all,

psychiatric conditions, but it plays a central role in somatic or psychosomatic illness – both in their etiology and as a secondary affect deriving from older, existential anxiety intensified by the illness or the fear of it. But medical profession is poorly equipped in coping with the anguished patient. One reason for this unpreparedness is that medical training traditionally emphasizes the exclusive transmission of medical knowledge to the student, ignoring such 'disturbances' as subjective factors, feelings, and, above all, the unconscious of the patient as well as that of the physician. Thus, physicians with deficient anxiety are 'encouraged', i.e. persons who either do not perceive their anxiety, or tend to repress it. Instead, they delegate it to the patient.

Two short case histories illustrate how this happens in everyday practice: A young woman, who was informed about the 'possibility' of suffering from bronchial asthma, and an elderly man, whose doctor mentioned cancer among other possible diagnoses; both reacted by protracted anxiety, which was considerably intensified by the unconscious anxiety of the physician, delegated to them.

Genuine informed consent can only be achieved, when not only the concrete facts, but also the unconscious aspects of the relationship between the doctor and his patient are taken into consideration. The physician can only be able to contain the anxiety of the patient and support him with his uncertainties and fears, if he is prepared to face his own existential anxiety and the defence mechanisms he himself applies in coping with them.

Literatur

Ammon, G. (1979)(Hg): Hdb d Dynam. Psychiatrie; Bd. 1. München: Reinhardt.

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

Balint, M. (1957): Der Arzt, sein Patient und die Krankheit. Bern, Stuttgart: Huber.

Boss, M. (1962): Lebensangst, Schuldgefühle und psychotherapeutische Befreiung. Bern: Huber.

Burbiel, I. (1998): Das Menschenbild in der Dynamischen Psychiatrie als ethisches Prinzip der humanstrukturologischen Wissenschaft und Forschung. *Dyn. Psychiat.* 31:224-234

Duden-Oxford (1990). Großwörterbuch Englisch. Mannheim, Wien, Zürich: Duden

Fabian, E. (2009a): Angst und Aggression. Kulturelle Wurzeln und therapeutische

Implikationen. (geplant)

—— (2009b): Angst vor der Angst. (geplant)

Hawellek, Ch. (1992): Das Konzept der Grenzen. Zur Bedeutung eines Arbeitsbegriffs in Theorie

und Praxis der Therapie mit Kindern und Familien. Frankfurt a.M., Berlin: Peter Lang.
Koelbing, H. M. (1977): Arzt und Patient in der antiken Welt. Zürich, München: Artemis.

Adresse
Dr. med. (Univ. Tel-Aviv / Israel) Egon Fabian • Peter-Henlein-Str. 24 • 81549 München • E-Mail: efabian@klinik-menterschwaige.de.

Grußworte zum 40-jährigen Jubiläum des Berliner Lehr- und Forschungsinstitutes der DAP

Zum 40-jährigen Bestehen des Berliner Lehr- und Forschungsinstitutes der Deutschen Akademie für Psychoanalyse möchte ich dem Präsidium und den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern meine herzlichsten Glückwünsche aussprechen.

Die DAP widmet sich seit ihrer Gründung der Ausbildung, Forschung und Therapie nach der von Günter Ammon, gleichzeitig Gründer der Akademie, entwickelten Dynamischen Psychiatrie bzw. humanstrukturellen Psychoanalyse. Ziel der Einrichtung war, die psychoanalytische Ausbildung zu reformieren und die psychoanalytische Arbeit insgesamt zu verändern.

Seit Bestehen der DAP ist diese selbst als auch ihr Gründer in Fachkreise heftiger Kritik ausgesetzt gewesen. Gleichwohl hat die Akademie im Jahre 1999 die staatliche Anerkennung als Ausbildungsstätte nach dem Psychotherapeutengesetz erhalten. Dies und der Umstand, dass in diesem Jahr das 40. Gründungsjubiläum gefeiert werden kann, ist ein Beleg für das Engagement und das Durchhaltevermögen der Leitung und der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Akademie, einen als richtig erkannten Weg konsequent und allen Widrigkeiten zum Trotz weiter zu verfolgen.

Ich wünsche den Beschäftigten der Deutschen Akademie für Psychoanalyse und der Präsidentin, Frau Dr. Maria Ammon, die das Amt von ihrem Mann 1994 übernommen hat, viel Spaß bei den Jubiläumsfeierlichkeiten und für die Zukunft weiterhin viel Erfolg bei der Therapie psychisch kranker Menschen.

Monika Thiemen
Bezirksbürgermeisterin von Charlottenburg-Wilmersdorf

Dear Doctor Ammon,
Forty years, four decades, this is a long time, at least in a human's lifetime perspective. But, taking a historical perspective, forty years ago, when the training institute of the German academy of psychoanalysis was founded another process has been initiated as well. Many intellec-

©2009 Copyright 'Pinel' Verlag, Berlin • Dynamische Psychiatrie • Dynamic Psychiatry

tual circles in Europe were in unrest. Especially students demanded change. May be there were significant differences between expectations of young people in Paris, Frankfurt, Berlin, and Warszawa. But a process has been initiated and Europe has changed significantly.

Günter Ammon's approach and psychotherapy based on this process is a revolution in psychoanalysis in a certain sense. His ideas and methodology have been disseminated not only in Germany, but also on the other side of the iron curtain, long before the 80ies, the 'solidarnošž ', and the dismantling of the Berlin wall. Is it true that the Berlin wall and the iron curtain really existed?

I am happy to share jubilee excitation with all members of the institute, teachers, and students, and of course friends being one of them.

Let us hope that changes are still in progress and in future there will be no difference between psychotherapy learned and practiced by psychologists, physicians, and other professional psychotherapists.

Due to university activities I will not be able to join you in Berlin, please accept my best greeting of many happy returns.

Prof. Dr. habil. med. Jerzy Alexandrovics
Klinik Szpitala, Krakau, Vice President of WADP

Ich möchte der Berliner Gruppe die herzlichsten Glückwünsche zum vierzigjährigen Bestehen des Berliner Lehr- und Forschungsinstitutes für dynamische Psychiatrie und Gruppendynamik, dem Mutterinstitut aller DAP-Ausbildungsstätten, aussprechen und die wärmsten Grußworte an alle Mitarbeiter richten.

Eine Aufzählung der vielfältigen Verdienste und kreativen Innovationen, die zum größten Teil von Günther Ammon initiiert und von ihm und seinen Schülern in vielen einzelnen Schritten realisiert wurde, erübrigt sich, weil sie das Wesentliche an Günther Ammons Werk verfehlen müsste. Es erweist sich als vergeblich die teilweise heute bereits in das therapeutische Allgemeingut der Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik eingegangenen Praktiken, Behandlungsmethodiken, sozialen Strukturierungen von Stationen und Institutionen, die Erweiterung um andere Gruppentechniken, insbesondere die Milieutherapie und die Einführung der Nonverbalen Methoden wie Reiten, Tanzen, Musiktherapie und Theatertherapie bei gleichzeitiger Integration vieler bereits erprobter

Behandlungsansätze weil ihre Entfaltung von interdependenten Gruppenprozessen getragen schon spontan Keime neuer Identitätsbildung in sich birgt. Angetrieben ist dieser Prozess von ständig neu entstehenden Gruppen, deren Installierung in der Psychiatrie und Psychoanalyse schon mit der Gründung der Deutschen Gruppentherapeutischen Gesellschaft (DGG) durch Ammon 1969 heftigste wissenschaftliche Kontroversen vor allem mit orthodoxen psychoanalytischen Institutionen hervortrieb. Auf diese Weise kam es schließlich zu ständig organisch wachsenden und sich differenzierenden Gruppenkulturen, deren zukünftige Bedeutung z. B. in der Form von Großgruppenbildungen trotz des ihnen entgegengebrachten Misstrauens bislang kaum eingeschätzt werden kann. In diesem Sinne möge das Berliner Institut wachsen und gedeihen.

Dr. Rolf Schmidts
Mitarbeiter der Institute der Deutschen Akademie für Psychoanalyse und
Vorstandsmitgliedes des Fachverbandes der DAP

Liebe Frau Ammon,
ich möchte auf diesem Wege Ihnen persönlich, dem Lehrkörper und den Mitarbeitern des Instituts herzlich zu dem Jubiläum gratulieren. Sie alle haben mit großem Engagement – oft auch gegen heftige Widerstände aus meist irrationalen Abwehrkräften – die psychoanalytische Forschung, Lehre und Praxis wesentlich bereichert und dabei auch fachübergreifende sozial- und gesellschaftskritische Positionen erarbeitet und mutig vertreten. Das bedeutende Wirken von Günter Ammon ist durch das Forschungsinstitut der DAP würdig umgesetzt und fortgeführt worden.

Ich wünsche Ihnen von Herzen persönliches Wohlergehen und getragen von einer guten 'Sozialenergie' wünsche ich dem Institut und seinen Anhängern und Freunden auch für die Zukunft erfolgreiche Arbeit und wirkungsvolle Ausstrahlung in unsere Berufsszene und die Gesellschaft.
Mit Respekt und Anerkennung herzlich verbunden.
Ihr

Dr. Hans-Joachim Maaz
Vorsitzender der Gesellschaft für analytische Psychotherapie und Tiefenpsychologie (DGAPT e. V.), Vorsitzender des Choriner Instituts für Tiefenpsychologie und psychosoziale Prävention (CIT e. V.)

Herzliche Glückwünsche zum 40. jährigen Bestehen des Berliner Instituts dürfen wir im Namen der Deutschen Gesellschaft für Gruppendynamik und Gruppenpsychotherapie entrichten.

Vom Berliner Institut gingen die entscheidenden inhaltlichen und organisatorischen Impulse aus, eine andere als die bis dahin übliche psychoanalytische Denk- und Behandlungsweise zu entwickeln, auszubauen, zu lehren und zu praktizieren. Im Klima der Umbruchszeit der gerade viel besprochenen Studentenunruhen, mit dem Republikanischen Club ein Stockwerk unter dem Institut in nächster räumlicher Nähe, Hand in Hand mit an der Politik gerade gescheiterten Reformversuchen in der Karl-Bonhoeffer-Nervenklinik, kam es wohl auch zu einem ganz spezifischen gruppendynamischen Gemisch, das sowohl den Ausstieg Ammons aus dem Feld der damaligen deutschen Psychoanalyse beförderte und aus der ammonschen Praxis den Ort eines neuen Arbeitens machte, als auch zeitgleich zur Gründung der Deutschen Gruppenpsychotherapeutischen Gesellschaft (DGG) e.V. führte, die sich heute Deutsche Gesellschaft für Gruppendynamik und Gruppenpsychotherapie nennt.

Günter Ammon war von seinem 10-jährigen Studienaufenthalt an der Menninger Foundation noch nicht lange nach Berlin zurückgekehrt. Seine Veränderungsvorschläge an die DPV, die analytische Gruppenpsychotherapie als Behandlungsmethode offiziell einzuführen, wurden abgelehnt. Die Unzufriedenheit mit der herrschenden Psychoanalyse und der Protest gegen eine krank und gesund und andere Dichotomien bedienende und der eigenen Angstabwehr sich verschriebenen Psychiatrie gingen zusammen mit einer vorwärts drängende Begeisterung für andere Formen emanzipativ wirkender Behandlungsformen. Lehr- und Forschungsinstitut für Dynamische Psychiatrie und Gruppendynamik nannte sich das Institut als einziges von allen anderen, später hinzugekommenen Instituten der Deutschen Akademie für Psychoanalyse. Kommt es zum Verstehen der Gruppendynamik pathogener, maligner Prozesse, so kann auf die Macht erhaltenden festen Polarisierung zwischen gesund und krank, gut und böse verzichtet und oftmals zirkuläre Täter-Opfer-Dynamiken transzendiert werden. Solchermaßen die Gruppendynamik und die Widerspiegelungsprozesse zwischen Menschen und Gruppen nutzbar zu machen, wurde alsbald auch erklärtes Ziel der von Gisela Ammon begründeten Psychoanalytischen Kindergärten.

Es hatte eine Arbeit begonnen, die bis heute in ihrem präventiven Charakter noch nicht viel gesellschaftliche Akzeptanz und Wertschätzung erhalten hat, auch wenn das konsequente gruppendynamische Wahrnehmen, die allgegenwärtige Mühe, einem Bild vom Menschen zu folgen, das auch in als unbehandelbar geltenden Defiziten Anknüpfungspunkte für Arretierung auflösende Prozesse auszumachen sucht und Geduld aufbringt, einen Vorbildcharakter haben könnte.

Das Unternehmen, das im Berliner Institut begann, teilt mit anderen, ähnlichen Vorhaben die größere Vulnerabilität, größer – verglichen mit bürokratisch festen Strukturen und monetär kontrollierten, staatlich kontrollierten Einrichtungen. Es hat viele Angriffe von außen auf dieses Projekt gegeben, die ihrerseits natürlich wie immer auch Mitgründe im Innern haben.

Dass das Berliner Institut besteht, zu einem mittlerweile staatlich anerkannten Ausbildungs-institut geworden ist, dass es eine Dynamisch-Psychiatrische Klinik und ein weiteres großes Institut mit einem psychoanalytischen Kindergarten und therapeutischen Wohngemein-schaften in München gibt, bezeugt vielleicht die unbewusste Durchsetzungskraft humanitär-verantwortungsvoller Ideen. Dass dies im Geiste eines gewissen kompromisslosen Einsatzes für ein lebendiges Leben, ein Leben im je eigenen Recht des Menschen geschieht, wird wohl immer wieder neu erkämpft, geklärt, mit neuer Energie versehen werden müssen.

Wir fühlen uns mit dem Berliner Institut verbunden und freuen uns auf die weitere Zusammenarbeit.

Astrid Thome, Dr. Magret Schmolke (Vizepräsidentinnen DGG)
Renate Splete (Präsidentin DGG)

Liebe Freunde, liebe Mitarbeiter dieses Instituts, liebe Gäste und Kollegen, meine Damen und Herren!

Als Präsidentin der DGDP und insbesondere als Wahl- und Altberlinerin möchte ich dem Berliner LFI ganz herzlich zu seinem 40-jährigen Bestehen gratulieren. Besonders danken möchte ich all denen, die das Institut im Geiste Ammons in Lehre, Forschung, Ausbildung und Therapie fortgeführt haben und aktuell denen, die heute hier engagierte Mitarbeiter sind. In seinen Anfängen war dieses Institut seit 1970 meine geistige Heimat, die mir nie verloren gegangen ist.

In die frühen 70er Jahre fiel meine Ausbildungszeit und meine Tätigkeit als Analytikerin in Einzel-, Gruppen- und Milieutherapie, als Dozentin insbesondere der Geschichte der Dynamischen Psychiatrie, als Mitarbeiterin im Gruppendynamischen Fachbereich, im Psychoanalytischen Kindergarten, der Zeitschrift 'Dynamische Psychiatrie', als Organisationsleiterin mehrerer Internationaler Kongresse, als Assistentin des Lehrauftrages in Psychosomatik von Ammon an der FU Berlin, als Mitarbeiterin der Studien- und Arbeitsgruppen in Gießen, Heidelberg und Stuttgart und Mitstreiterin aller gesellschaftspolitischen Aktivitäten, die für ein Einsetzen für die therapeutische Behandlung auch psychiatrischer Patienten erforderlich und infolge der 68er Zeit damals möglich waren.

Ich kann nur beispielhaft einiges erwähnen. Es bestand – was mir besonders eindrucksvoll in Erinnerung ist – wissenschaftlicher Austausch und solidarischer Kontakt mit Basaglia, der damals die Öffnung der psychiatrischen Kliniken in Italien bewirkte. Es gab ein Mitwirken durch Stellungnahmen zur Psychiatrie-Enquete, die zu dieser Zeit von der Regierung erstellt wurde und bei weitem nicht ausreichte für die Kernprobleme der Psychiatrie.

Es gab hier in Berlin die erste große Demonstration für Psychiatriepatienten anlässlich der Entlassung von Prof. Flegel als ärztlicher Direktor der KBoN, der hier das Konzept der milieutherapeutischen Gemeinschaft verwirklichen wollte und auf vehementen Widerstand der orthodoxen Psychiatrie stieß. Ein Slogan der Demonstration war: „Valium hilft der Industrie, aber dem Patienten nie."

Es war eine sehr fundierte und gründliche – Ausbildung, die ich hier erhalten habe und ein umfassendes Betätigungsfeld. Man wurde als Ausbildungskandidat und Analytiker von Anfang an als ganzer Mensch gesehen und gefordert. Die Orientierung an Ammons ganzheitlicher Sicht vom Menschen in Krankheit und Gesundheit und in seinen gesellschaftlichen, kulturellen und historischen Verankerungen und Bezügen und den daraus resultierenden Zukunftsperspektiven eröffneten neue Denk- und Lernprozesse für jeden Einzelnen. Es war eine stetig geistig kreative Atmosphäre in diesem Institut. Ammon hat uns in seinen Seminaren mit einbezogen in die Weiterentwicklung und vertiefende Reflexion seiner Theorie und seiner therapeutischen Erfahrung.

Immer, wenn er z. B. den freudschen Begriff 'Libido' benutzte, sagte

er: „Wir brauchen diesen Begriff noch, aber er passt nicht mehr in unsere Theorie". Und dann wurde der Begriff 'Sozialenergie' geboren. So fühlte man sich stets am Puls der Geschichte der Psychoanalyse.

Ammon konnte sehr ernsthaft sein, aber auch spontan, voller Humor, Lebendigkeit und Lebensfreude. Nach anregenden Seminaren, daran erinnere ich mich noch ganz besonders, bin ich oft noch lange durch den nächtlichen Grunewald gefahren, um alles auf mich wirken und das Erlebte nachklingen zu lassen.

Besonders wichtig für meine und unser aller Arbeit ab den 80er Jahren in München, insbesondere für die kunsttherapeutischen, nonverbalen Therapiemethoden waren die Klausuren und Klausurtagungen in Paestum. Von Anfang an waren hier künstlerische Inszenierungen und Darbietungen integriert. Mitgewirkt habe ich selbst beim musikalisch begleiteten Tanztheater 'Der Kugelmensch' von Plato und beim 'Labyrinthtanz', bei dem der tänzerisch dargestellte Kampf mit dem Minotaurus den Kampf mit dem destruktiven Krankheitspotential symbolisierte. Es gab Theateraufführungen des Berliner und Münchner Institutes und am Ende jeder Klausurtagung eine tänzerische, musikalische oder Theaterdarstellung des Gruppenprozesses jeder Selbsterfahrungsgruppe. Natürlich machte und macht die Einbettung in das antike Tempelgelände aus Paestum einen ganz besonderen Ort.

Was mich von Anfang an besonders angezogen hat, war, dass ethisches und auch philosophisches Denken zentral in die Ausbildung und Arbeit einbezogen war, was tragende Basis der Identität jedes Menschen und besonders jedes Therapeuten ist oder sein sollte.

Ich habe bald die Psychiatrie kennengelernt und fand in diesem Institut im Verständnis der psychodynamischen und gruppendynamischen Genese und Therapiemöglichkeit der Dynamischen Psychiatrie das, was ich schon während meines Medizinstudiums gesucht hatte: die Psychiatriepatienten im weiterführenden Sinne Pinels von den Fesseln des Nicht-verstanden-werdens, des Endogenitäts-Verständnisses und der Geisel der symptom-unterdrückenden Psychopharmakologie zu befreien. So segensreich Psychopharmaka in basaler Dosierung sein können, so fatal haben sie in hoher Dosierung, in der sie angewendet werden, die in der Psychiatrie Tätigen behindert, weiter über die Bedeutung und Ursache psychopathologischer Symptomatik nachzudenken bzw. sich im zwi-

schenmenschlichen oder gar therapeutischen Kontakt auf diese Patienten einzulassen.

Ich lernte in diesen Jahren die Psychiatrie und das, was man 'Wachsäle' nennt, sehr genau kennen. Ich hatte meine Stelle zur Facharztausbildung bei Prof. Flegel in der KBoN bekommen.

Schon am dritten Tag saßen wir jungen Ärzte – viele auch aus der Sozialpsychiatrie kommend – mit interessierten Beschäftigungstherapeuten auf dem Rasen vor der internistischen Abteilung und lasen das Buch 'Schizophrenie und Familie' und diskutierten darüber.

Das blieb nicht unbemerkt, denn wir wurden von der internistischen Chefärztin aus dem ersten Stock eifrig fotografiert und als Ahndung wurde kurze Zeit später einer Kollegin die Probezeit nicht verlängert. Ab diesem Zeitpunkt trafen wir uns regelmäßig außerhalb der Klinik.

Prof. Flegel musste gehen und von diesem Institut waren zeitweilig sieben Ärzte in der KBoN tätig. Viele davon begannen mit Einzel- oder Gruppentherapien auf ihren Stationen, was regelmäßig nicht ungeahndet blieb.

Ich selbst arbeitete über 2 Jahre als Assistenzärztin in einer Außenstelle der KBoN in Berlin-Tegel für alkoholkranke Patienten. Hier errichtete ich – bald mit Dr. Pohl zusammen ab 1971, eine dynamisch-psychiatrische Abteilung, deren Struktur in den Grundzügen bereits unserer heutigen Klinik ähnelte. Es gab eine Großgruppe in Form einer sog. täglichen Stationsvollversammlung, es gab zwei therapeutische Gruppen, die 'Kleingruppen' hießen und die Beschäftigungstherapie entwickelte sich durch die regelmäßigen Teamsitzungen im Ansatz zu einer Milieutherapie.

Nach etwa einem halben Jahr saß ich am Schreibtisch über meinen Patientenkurven und plötzlich wurde mir klar, dass ich kein Valium mehr verordnete, was ich zu Anfang regelmäßig bei der Aufnahme der Patienten wegen ihrer Entzugssymptome getan hatte. Als ich darüber nachdachte, wurde mir klar, was passiert war. Die therapeutische Situation der Station war tragend geworden. Die Patienten der Station wählten regelmäßig einen Stationssprecher.

Gleich nach der Aufnahme führte er am Nachmittag die neuen Patienten durch die Station und erklärte ihnen alles, so dass sie am nächsten Tag schon in der Vollversammlung die therapeutische Gruppe benannten, in die sie aufgenommen werden wollten, wie auch ihr Interesse an

der Beschäftigungs- bzw. Milieutherapie.

Das sofortige Eingebettetsein in den therapeutischen Kontakt hatte die Entzugserscheinungen anstelle der Medikamente aufgefangen. Dies festigte meine Überzeugung, dass ein therapeutisches Setting, wenn der Patient sich ihm öffnet, Medikamente abbauen bzw. ganz ersetzen kann.

Im Sommer 1973 hatte ich Urlaub und Dr. Pohl erkrankte für mehrere Wochen. Die Patienten hielten die therapeutischen Sitzungen ohne ärztliche Leitung über vier Wochen aufrecht, was uns über alle Maßen erstaunte.

Wir hatten mit großen Widerständen zu kämpfen, so dass der Weg so gehen musste, wie er ging: mit dem Aufbau eigener dynamisch-psychiatrischer Kliniken, die in München verwirklicht werden konnten.

Im letzten Jahr meiner Arbeit in der KBoN – eine anschließend von mir beantragte Halbtagsstelle bekam ich natürlich nicht genehmigt – begann ich mit alkoholkranken Patientinnen auf einer sog. mittelfristigen Abteilung mit einer – was die Ausnahme war – sehr kooperativen Chefärztin im Haupthaus eine Gruppentherapie aufzubauen.

Eines Tages kam eine ca. 75-jährige Patientin von der benachbarten Abteilung für chronisch Kranke zu uns in diese Gruppe. Als die Sitzung zu Ende war, ging sie an mir vorbei und bemerkte – fast eher vor sich hin sprechend: „Hier wurde mal menschlich gesprochen." Dieser Satz berührte mich sehr und ich begann umgehend mit dem Aufbau einer therapeutischen Gruppe auf der chronischen Abteilung. Diese Patientin sprach als erste. Sie war mit 5-6 Jahren nicht als Patientin, sondern als Waisenkind in die Klinik gekommen. Als einzigen Besitz hatte sie zwei kleine Ohrringe, die sie sehr liebte. Als sie gleich nach der Aufnahme gebadet wurde, wurden die Ohrringe abgenommen. Sie hatte sie nie wiederbekommen. Es war deutlich, dass dies ihr einziger persönlicher Besitz gewesen war und sie hatte in all den Jahren nicht den Raum gefunden, darüber zu sprechen und zu trauern. Das ist eine Geschichte, eine sensible und traurige. Es gab auch andere, aber im Sinne und der Hoffnung, dass der Humanisierungsprozess der Psychiatrie fortschreiten wird und nicht mehr aufzuhalten ist, möchte ich es bei dieser Geschichte belassen.

Nur eines noch: Als Psychiater erhielt man mit seinem Gehalt eine finanzielle 'Gefahrenzulage', wenn man in einer psychiatrischen Klinik arbeitete.

Die Psychiatrieerfahrung dieser Zeit – wie man sich vorstellen kann – festigte meine therapeutische Motivation.

Ich möchte an dieser Stelle Ammon noch einmal danken für seinen Mut und seine Unerschrockenheit, mit der er von der Richtigkeit und therapeutischen Wirksamkeit psychodynamischen Denkens in der Entstehung und Behandlung auch primär psychotisch strukturierter Patienten überzeugt war und sich für deren Anwendung in der Psychiatrie einsetzte und damit die Spaltung zwischen Psychoanalyse und Psychiatrie mahnend aufdeckte und einen bedeutsamen Beitrag zu ihrer Integration leistete.

Er war, vertieft durch seine 10-jährige. Arbeit in der Menninger-Foundation in den USA, in seinem Denken und seiner therapeutischen Konzeption seiner Zeit (besonders hier in Deutschland) voraus.

Die neuen Entwicklungen, die von leitenden Chefärzten in Deutschland gerade bei dem Symposium der 'Menterschwaige-Therapiegespräche' an Ammons 90. Geburtstag am 9. Mai diesen Jahres in München vorgetragen wurden, geben Ammon Recht. Hier werden Wege beschritten, die Ammon schon vor 40 Jahren gegangen ist und deren Anerkennung und Durchsetzung er hart erkämpfen musste.

Ich wünsche dem Institut viel Erfolg für sein Weiterbestehen, seine Weiterentwicklung, den Mitarbeitern ein offenes Miteinander, das fundierte Arbeit und Zukunftsperspektiven mit Möglichkeiten, Fähigkeiten und auch Grenzen jedes Einzelnen in Einklang zu bringen versteht.

Ich danke ganz besonders Frau Maria Ammon für ihre Arbeit als wissenschaftliche Leiterin dieses Instituts, als Präsidentin der DAP, für ihr bedeutsames Wirken im Rahmen der WADP und als therapeutische Geschäftsführerin und leitende Mitarbeiterin der Klinik Menterschwaige sowie ihre Klausurtagungen in Paestum und ihre Offenheit hier für in- und ausländische Gäste.

Ich danke Frau von Bülow für ihre wissenschaftliche, therapeutische und Ausbildungstätigkeit, die sie zur tragenden Säule dieses Institutes hat werden lassen. Ich danke allen langjährigen Mitarbeitern, die ich seit langem kennen – und schätzen gelernt habe wie auch allen für mich neuen Menschen, die hier wirken; außerdem allen Patienten und Ausbildungskandidaten, die diesem Institut ihr Vertrauen schenken.

Ingeborg Urspruch
Präsidentin der Deutschen Gesellschaft für Dynamische Psychiatrie (DGDP)

Im Namen des Trägervereins für freie und therapeutische Wohngemeinschaften der Dynamischen Psychiatrie möchte ich dem Berliner Lehr- und Forschungsinstitut und allen Mitarbeitern zum 40-jährigen Bestehen gratulieren.

Da mein besonderes Interesse immer der Prävention galt, entwickelte sich darüber ein reger Austausch und die Zusammenarbeit mit unserem Berliner 'Mutterinstitut' unter der Leitung von Günter Ammon und später von Maria Ammon. Aus einem gruppendynamischen Prozess auf Wunsch der Patienten der Klinik Menterschwaige und in Zusammenarbeit mit Günter Ammon und anderen Mitarbeitern wurde der Trägerverein für Wohngemeinschaften gegründet. Die Wohngemeinschaften sind Teil des Behandlungsspektrums und dienen der Vorbeugung von Krankheiten und der Nachsorge, ebenso der Entwicklung und Erforschung neuer Lebensformen. Ich danke für die gute Zusammenarbeit und wünsche Ihnen weiterhin viel Erfolg.

Dr. phil. Gertraud Reitz
Vorsitzende des Trägervereins für Freie und Therapeutische Wohngemeinschaften der Dynamischen Psychiatrie, Mitarbeiterin der DAP und DGG

Meine sehr verehrten Damen und Herren, liebe Frau Dr. Ammon,
ich freue mich – mehr noch, ich fühle mich geehrt, anlässlich dieses Jubiläums, des 40-jährigen Bestehens des Berliner Institutes der Deutschen Akademie für Psychoanalyse, einige Worte sprechen zu dürfen.

Als Gründer und Leiter des jüngsten Institutes im Verbund bzw. Kooperationskreis der DAP überbringe ich Ihnen zu allererst aus Düsseldorf die herzlichsten Glückwünsche zum Jubiläum!

Die DAP schrieb auch in Düsseldorf Geschichte: Am 18. Januar 1975 wurde das ehemalige Düsseldorfer Lehr- und Forschungsinstitut der DAP gegründet, Mitte der 80er Jahre musste es leider geschlossen werden, aber seit dem Jahre 2000 gibt es eine Arbeitsgruppe Düsseldorf der DAP und seit dem Jahre 2003, also seit fünf Jahren, gibt es das Lehr- und Forschungsinstitut für Gruppendynamik und analytische Organisationsberatung in Düsseldorf – ohne das Berliner Institut und seine Mitglieder hätte das Düsseldorfer Institut nie gegründet werden können!

Was wäre die Psychiatrie, was wäre die Psychoanalyse und ihre Entwicklung in den letzten 50 Jahren ohne Günter Ammon! Auch wenn man

ihn nicht so häufig zitiert, wie es seine Forschungen verdienten, trotzdem lassen sich seine Erkenntnisse und Forschungsergebnisse überall in der einschlägigen Fachliteratur finden und viele moderne Theorien wurzeln in seinen Grundlagen.

Und ohne Günter Ammon hätte die Auseinandersetzung um Psychiatrie, um tote und lebensfeindliche Strukturen in ihr nicht oder sehr viel später stattgefunden; mit Sicherheit war er in Deutschland der aktivste Vertreter der Patienten, dabei hat er auch nie die Auseinandersetzung mit der Tradition gescheut.

Für mich persönlich am bedeutsamsten ist seine Erkenntnis über die Strukturbildung durch Gruppendynamik. Seine diesbezüglichen Forschungsergebnisse waren der Zeit weit voraus, sein Bild vom mehrdimensionalen Mensch, seine Beschreibung der Identität in vielen Ebenen und Dimensionen zeichnen ihn nicht nur als Psychoanalytiker und Arzt aus, sie erweitern sein Schaffen um eine großartige philosophische Dimension, die erst mit zunehmender Einbeziehung der Erkenntnisse aus der Holismustheorie in die Sozialforschung als richtungweisend für ein Verständnis von Identität erkannt werden können.

Wie Teilhard de Chardin treffend beschrieben hat, beschäftigt sich eben der Durchschnittsmensch nur mit Dingen, die schon einmal da waren – für Künftiges und Kreatives fehlt die Fantasie.

Günter Ammon aber war bestimmt kein Durchschnittsmensch. So ist auch das von ihm gegründete Berliner Institut kein durchschnittliches psychoanalytisches Institut, vielmehr ist es – so möchte ich sagen – eine Speerspitze der Kreativität psychoanalytischen und gruppendynamischen Wirkens und dabei Bewahrer von wichtigem therapeutischen aber auch bildungstheoretischem Gut.

Wer sich mit dem Themenkreis nicht nur bildungskonservativ beschäftigt, weiß, wie fortgeschritten und seiner Zeit voraus sich der Erkenntnisstand an den Instituten der Deutschen Akademie für Psychoanalyse zeigt.

Ich wünsche Ihnen, liebe Frau Dr. Ammon und ich wünsche Ihnen liebe Mitarbeiter und Mitglieder dieses Institutes weiterhin eine erfolgreiche und fruchtbare Arbeit, ich wünsche Ihnen Leidenschaft für Ihre Bereiche und Gelassenheit im Umgang mit Neid und Eifersucht. Vor allem aber wünsche ich Ihnen, dass Sie viele Menschen mit Ihren wichtigen

Erkenntnissen und Sichtweisen erreichen können. Und uns allen wünsche ich eine schöne und gemeinsame Zukunft!

Rudolf Selinger
Leiter des Düsseldorfer Lehr- und Forschungsinstitutes für Gruppendynamik und Analytische Organisationsberatung

40 Jahre Berliner Lehr- und Forschungsinstitut der Deutschen Akademie für Psychoanalyse

Am Samstag, dem 21. Juni 2008 feierte das Berliner Lehr- und Forschungsinstitut mit einem Symposium zum Thema 'Identität und Gruppe' sein 40-jähriges Bestehen.

Frau Dr. Maria Ammon hatte gemeinsam mit der Berliner Institutsgruppe zu diesem Jubiläum eingeladen. In das Haus der Kirche waren Mitarbeiter und Freunde, Vertreter der Fachgesellschaften DGG und DGDP, des Münchner LFI der DAP, des Trägervereins der Wohngemeinschaften für Dynamische Psychiatrie in München, der Klinik Menterschwaige in München und des Düsseldorfer Institutes für Gruppendynamik und Organisationsberatung gekommen.

Grußworte [in dieser Ausgabe abgedruckt] hatten gesandt die Bezirksbürgermeisterin von Charlottenburg-Wilmersdorf, Frau Monika Thiemen, Prof. Jerzy Alexandrovics aus Krakau, Dr. H. J. Maaz, der Vorsitzende der Gesellschaft für analytische Psychotherapie und Tiefenpsychologie.

Persönliche Glückwünsche und Würdigungen überbrachten für die Deutsche Akademie für Psychoanalyse Dr. med. Rolf Schmidts, für die DGG sprach Frau Dipl.-Psych. Astrid Thome, Frau Ingeborg Urspruch gratulierte als Präsidentin der DGDP und erzählte sehr bewegend aus den Gründungszeiten des Institutes mit seinem revolutionären Geist und Günter Ammons Einsatz für die therapeutische Behandlung psychiatrischer Patienten, die kreative Atmosphäre und das Erleben der Weiterentwicklung der humanstrukturellen Psychoanalyse. 'So fühlte man sich stets am Puls der Geschichte der Psychoanalyse.' Dr. Egon Fabian, überbrachte die Glückwünsche der Klinik für Dynamische Psychiatrie in München.

Frau Dr. Gertraud Reitz sprach als Vorsitzende des Trägervereins der Wohngemeinschaften der Dynamischen Psychiatrie und betonte den regen Austausch und die gute Zusammenarbeit, Herr Rudolf Selinger gratulierte als Leiter des Düsseldorfer Lehr- und Forschungsinstitutes für Gruppendynamik und analytische Organisationsberatung und würdigte besonders die Erkenntnisse Ammons über die Strukturbildung durch Gruppendynamik, dessen 'Forschungsergebnisse seiner Zeit weit voraus waren'.

In den Worten der Gratulanten wurde die Institutsgeschichte lebendig, eingebettet in den politischen und gesellschaftlichen Auf- und Umbruch seit 1968, die Auseinandersetzungen Ammons mit der menschen- und entwicklungsfeindlichen Psychiatrie der damaligen Zeit, die Entwicklung seiner Theorie in den verschiedenen Dimensionen und immer wieder der anregende und geistig fruchtbare Austausch in der Gruppe.

In den Vorträgen des Symposiums spiegelten sich die verschiedenen Dimensionen in Theorie und Praxis der Institutsgeschichte wieder. Dr. Maria Ammon sprach zum Leitthema des Symposiums 'Identität und Gruppe' in seiner Bedeutung für den Einzelnen und die Gesellschaft, Dr. Ilse Burbiel würdigte in ihrem Vortrag Günter Ammons Leben und Werk, Dipl.-Psych. Gabriele von Bülow stellte die Geschichte des Berliner Lehr- und Forschungsinstitutes vor in ihrer Beziehung zu den gesellschaftlichen Umbrüchen und Auseinandersetzungen in Politik, Psychiatrie und Psychoanalyse. Professor Raymond Battegay stellte die Bedeutung der Psychoanalyse und Gruppenpsychotherapie zur Festigung des Selbst in der modernen Gesellschaft in das Zentrum seiner Betrachtungen. Dr. Johannes Kreissl sprach über die Bedeutung des gruppendynamischen Konzeptes für die Arbeit mit Menschen in verschiedenen Lebensphasen. Den humanstrukturellen Tanz und das Tanztheater als nonverbale kreativierende Methoden stellten Dr. Bianca Schütz und Dipl.-Psych. Petra Kiem vor. Dr. Reimer Hinrichs sprach über Zeit und Psyche: zur Genese und Dynamik der subjektiven Zeitwahrnehmung. Zum Abschluss des Symposiums referierte Dipl.-Psych. Ruth Lautenschläger zum Thema 'Arbeit und Identität'.

Frau Franziska von Wendland erfreute und berührte mit Klavierstücken von Bach und Schubert die Zuhörer.

Anschließend an das Symposium waren die Gäste zu einem Sektemp-

fang in die frisch renovierten, festlich geschmückten Institutsräume eingeladen. Bei einem üppigen Buffet und gelöster und freundschaftlicher Atmosphäre mit guten Gesprächen und Gitarrenuntermalung mit Liedern aus den 68ern klang der Nachmittag aus.

Eine Dampferfahrt auf der Spree durch das nächtlich sommerliche Berlin gab diesen erfüllten und kontaktvollen Tag einen wunderbaren Abschluss.

Petra Kiem

Dr. M. Ammon, Dr. E. Fabian

G. von Bülow, F. Schmidts, Dr. I. Burbiel

Prof. Dr. R. Battegay

I. Urspruch

Dr. J. Kreissl

Weltkongress der World Psychiatric Association (WPA) 2008

Erwin Lessner (München)

Unter dem Titel 'Science and humanism: for a person-centered psychiatry' fand der 14. Weltkongress der WPA vom 20.-25.September 2008 in Prag statt. Zu diesem Treffen hatten sich über 7000 Psychiater in Prag versammelt.

Der Kongress stand ganz im Zeichen der 'Psychiatrie der Person', die von Juan Mezzich, dem von 2005 bis 2008 amtierenden Präsidenten der WPA, als eine humanistische Psychiatrie nach vorn gebracht worden ist. Psychiatrie der Person bedeutet eine Psychiatrie, die nicht nur den Menschenrechten verpflichtet ist, sondern den kranken Menschen auch in seinen persönlichen Zielen, Gefühlen und seiner Religiosität ernstnimmt; die ihn nicht nur aus seiner Krankheit, sondern von seinem gesamten konstruktiven Potenzial her begreift und fördert. Die Amtsperiode von Prof. Mezzich, der mit unserer Akademie seit langem durch eine geistige Nähe und Freundschaft verbunden ist, ging auf diesem Kongress zuende. Sein Nachfolger ist der vor drei Jahren gewählte italienischen Prof. Mario Maj aus Bologna.

Die Deutsche Akademie für Psychoanalyse war hier in Prag mit zehn Beiträgen in drei verschiedenen Symposia vertreten: Dem Symposium über die Integration nichtsprachlicher Therapieformen in Psychiatrie und Psychotherapie, dem Symposium über das gemeinsame Anliegen von 'Psychiatrie der Person' und Dynamischer Psychiatrie sowie einem Symposium über Gewalt in der globalisierten Welt.

Florence Quartier wird neue Leiterin der WPA-Sektion 'Psychoanalytische Psychiatrie'

Auf diesem Kongress übernahm Florence Quartier aus Genf den Vorsitz der Sektion 'Psychoanalytische Psychiatrie' in der Weltgesellschaft für Psychiatrie (WPA). Frau Quartier legte ihre Vorstellungen über die Verwendung psychoanalytischer Konzepte in der Psychiatrie dar, die sie bereits auf dem Petersburger Kongress 2007 der WADP/DAP entwickelt hat. Diese richtungweisenden Vorstellungen möchte ich im Folgenden in Auszügen wiedergeben. Frau Quartier traf schon im Titel ihres Vortrags die Feststellung, dass die stationäre Behandlung schizophrener Patienten notwendig sei, um eine Chronifizierung der Krankheit zu vermeiden.

Sie setzt sich im Folgenden mit der Aufnahmeprozedur an psychiatrischen Kliniken auseinander und fordert vom Psychiater ein hohes Maß an Sensibilität dem Kranken gegenüber. Auch wenn er diesen schon zigmal aufgenommen hat, sollte er sich fragen: Was will er mir h e u t e sagen? Gibt es bei d i e s e r Aufnahme ein neues Element im Vergleich zu den vorangegangenen? Was hat sich an der Qualität des therapeutischen Bündnisses verändert?

Die Suche nach neuen Elementen in der Therapiegeschichte dieses Patienten entspricht ganz und gar dem psychoanalytischen Vorgehen und zeugt nicht nur von therapeutischem Optimismus, sondern davon, dass der Therapeut sich stellvertretend für den Patienten auf die Seite von dessen Hoffnungen stellt und damit seine gesunde, positive Entwicklungslinie aufrechterhält.

Ausgehend von der hypothetisch-deduktiven Denkmethodik und dem kreativen Wissenschaftsverständnis Freuds setzt sich Florence Quartier mit der psychiatrischen Auffassung der Chronifizierung der Schizophrenie auseinander. Freud, so Quartier, hätte sich nie auf eine blinde Annahme der Chronifizierung eingelassen. Er konnte sich an bestimmten Punkten von einer Denkweise abwenden und für neue Ideen öffnen.

> Im vorliegenden Fall der Schizophrenie haben wir es mit einem sehr komplexen und reichhaltigen Prozess zu tun, über dessen Ursachen und Folgen wir noch vieles nicht wissen, der uns aber inspirieren kann.
>
> Warum?
>
> Weil das Konzept der Chronifizierung ernstlich in Frage gestellt werden muss, angesichts der Ausdehnung des Wissens beispielsweise auf den Gebieten der Neurobiologie und Psychopharmakologie. In der klinischen Praxis hilft das Chronifizierungskonzept nicht, eine Spezifizierung in der psychiatrischen Behandlung herbeizuführen. Es tendiert dazu, Patienten aus einem Fürsorgenetzwerk auszuschließen. Deshalb sind wir verpflichtet, dieses Konzept zu überprüfen, um einen Weg für neue Ideen zu öffnen.

Am sehr alltäglichen Beispiel eines schizophrenen Patienten, der seine verschriebenen Mittel nicht mehr genommen hat und nun, agitiert und halluzinierend, zum wiederholten Mal in die Klinik eingeliefert wird, entwickelt Florence Quartier dann ihre Ideen zu einer sensibilisierten Vorgehensweise, die vorgefasste Meinungen über den Patienten vermeidet. Zum Beispiel würde sie sich dafür interessieren, ob der Patient mit dem Absetzen der Medikamente den Wunsch hegt, seine Krankheit zu überwinden.

> Wäre dies der Fall, dann hätten wir es mit einer neuen Situation zu tun: dass der Patient, wie jeder Langzeitpatient, von Zeit zu Zeit gegen die Behandlung rebelliert, ist nichts Außergewöhnliches. Aber ist er auch spontan gekommen, auf der Suche nach Schutz und Obhut? Dann sieht es nicht so aus, dass er sich fürchtet, gezwungen zu werden, seine Medikamente einzunehmen. Das könnte ein neuer Ansatz sein, ihm auf der Suche nach seinem Weg zu helfen, und dies ist nicht die Einstellung eines chronischen Patienten, der keine Initiative mehr hat. Und dieser Umstand kann als therapeutischer Hebel benutzt werden!
>
> Wenn der Patient sich geweigert hat, seine Medikamente einzunehmen, lie-

> gen in der Regel einige sehr persönliche und intime Gründe vor, die ins Spiel kommen: das können quälende Ängste vor etwas Unbekanntem, das im Körper vor sich geht, sein. Manchmal wird das sehr deutlich ausgedrückt als unerträgliche Gefühle, dass die Medikation auf »den Verstand« wirkt. Und diese intimen Elemente sind ein anderer therapeutischer Hebel.
>
> Meine Methode ist präzise: Jenseits der Wiederholung ... versuche ich neue Elemente zu entdecken, die diese Klinikeinlieferung von anderen in der Geschichte des Patienten unterscheiden. ... Diese Arbeitsweise ist direkt von der Psychoanalyse übernommen und kann voll in der Psychiatrie angewendet werden. Sie erfordert Aufmerksamkeit, äußerste Offenheit und die Entschlossenheit, sich von lange aufrechterhaltenen Ideen loszureißen.

1. Quartier stellt nicht nur Forderungen an die Psychiater, sie zieht auch deren Belastungen und Entmutigungen in Betracht und macht Vorschläge: diesen vorzubeugen:
2. die Psychiater sollten normalerweise in einem multidisziplinären Team arbeiten und sich nicht nur auf die Patienten konzentrieren, die manifeste Symptome produzieren oder gerade Probleme machen, sondern auch über die anderen sprechen,
3. genügend Wert auf tägliche Übung, insbesondere auf das Interview, zu legen,
4. sich die Zeit zu nehmen, sich auch im einzelnen in jedes Interview zu vertiefen
5. und sich eine Einstellung anzugewöhnen, die aufmerksam, geöffnet und neugierig ist unter Berücksichtigung sich widersprechender Elemente.

Sie regt an zur Erforschung von Begleiterscheinungen von Langzeiterkrankungen und vor allem dazu, die Lebensperspektive junger psychotischer Patienten im Auge zu behalten: Sie nicht in Isolation und Einsamkeit absinken zu lassen; ihnen zu helfen, den Kontakt zum Alltagsleben aufrechtzuerhalten, weiter auf ihre körperliche Gesundheit und ihr Äußeres zu achten, ihre eigenen Talente kennen zu lernen und auch, wie gleichaltrige 'Gesunde', Partner zu finden und mit ihrer Sexualität zu experimentieren.

Sie ruft dazu auf, in allen Behandlungsformen Chronifizierung zu bekämpfen, da diese in ihrem Kern eine Tendenz bildet, Patienten ihrer Menschlichkeit zu berauben.

Quelle und Zitate aus dem Beitrag von Dr. Florence Quartier zur Eröffnung des Symposiums 'Between in and outpatient treatment, from counter-attitude to counter-transferential elements' beim 15. WADP-Kongress in St. Petersburg 2007