

Dynamische Psychiatrie

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

Begründet von
founded by
Günter Ammon

Vol. 47. Jahrgang

2014•2-3
Nr. 262-263

Dynamic Psychiatry

Multidisciplinary Approach in Treatment of Mental Disorders 1

Maria Ammon (Berlin)

Dynamische Psychiatrie, ein integratives theoretisches und praktisches multidisziplinäres Behandlungskonzept

Gerald Hüther (Göttingen)

Lifelong Plasticity of the Human Brain and its Implications for the Prevention and Treatment of Mental Disorders

Raymond Battegay (Basel)

Comprehensive Therapeutic Approach to Psychic Disorders. Reality or Wishful Thinking?

Ingeborg Urspruch (München)

Friedensfähigkeit des Menschen und der Menschheit

Margit Schmolke, Nataly Hoffmann (München)

Umgang mit Widerspiegelungsphänomenen in der psychoanalytischen Supervision

Hermes Andreas Kick (Mannheim)

Trauma and Reconciliation

Petr Morozov (Moscow)

From Psychopathology to Biological Correlates (Kandinsky-Clémambault Syndrome)

Inhalt • Contents

Maria Ammon (Berlin)

Dynamische Psychiatrie, ein integratives theoretisches und praktisches multidisziplinäres Behandlungskonzept	89
Summary	102

Gerald Hüther (Göttingen)

Lifelong Plasticity of the Human Brain and its Implications for the Prevention and Treatment of Mental Disorders	108
Summary	124

Raymond Battegay (Basel)

Comprehensive Therapeutic Approach to Psychic Disorders. Reality or Wishful Thinking?	126
Summary	133

Ingeborg Urspruch (München)

Friedensfähigkeit des Menschen und der Menschheit	136
Peace Ability and Capability of the Individual and Humankind (Summary)	148

Margit Schmolke, Nataly Hoffmann (München)

Umgang mit Widerspiegelungsphänomenen in der psychoanalytischen Supervision	153
Dealing With Mirror Phenomena in Psychoanalytic Supervision (Summary)	162

Hermes Andreas Kick (Mannheim)

Trauma and Reconciliation. Border Situations as Risk and Opportunity in Multidisciplinary Treatment Approach	166
Summary	177
Trauma und Versöhnung. Grenzsituationen als Wagnis und Chance im multidisziplinären Behandlungsansatz (Zusammenfassung von Hellmuth Cox, Freising)	178

Petr Morozov (Moscow, Russia)

From Psychopathology to Biological Correlates (Kandinsky-Clérambault Syndrome)	182
Summary	192

Richard M. Billow (Great Neck, NY, USA)

Testing Reality and Reality Testing in Group Treatment (and Elsewhere)	195
Summary	202
Grenznaustesten ('testing reality') und Realitätsprüfung in der Gruppentherapie (und anderswo) (Zusammenfassung von Erwin Leßner, München)	205

Erwin Leßner (München)

Die gesellschaftliche Verantwortung des Psychoanalytikers im neuen Kapitalismus	209
The Social Responsibility of a Psychoanalyst in the New Capitalism (Summary)	218

Buchbesprechung: Ursula Gast, Pascal Wabnitz: Dissoziative Störungen erkennen und behandeln (Gabriele Himmelreich, Berlin)

222

Buchbesprechung: Otto F. Kernberg: Liebe und Aggression. Eine unzertrennliche Beziehung (Gabriele Himmelreich, Berlin)

224

Nachruf: Professor Modest Mikhailovich Kabanov (1926-2013)

227

Dynamische Psychiatrie, ein integratives theoretisches und praktisches multidisziplinäres Behandlungskonzept

Maria Ammon (Berlin)

The integrative model for psychiatric-psychotherapeutic treatment in Dynamic Psychiatry comprises multidisciplinary features and approaches: The integrative centre is the holistic view of a person as an individual human being, influenced by the dynamics of the surrounded groups. The author will present the theoretical conception of human development and the therapeutic conception and intervention methods of Dynamic Psychiatry as an integrative treatment concept. The integrative moments are of special interest not to become an eclectic approach, since Günter Ammon considered the eclecticism especially within the psychiatric, psychotherapeutic and psychosomatic treatment as a great problem for the treatment of personality disorders in particular, he always intended, on the background of his multi-dimensional-integrative research and treatment approach, to integrate newest results from the interdisciplinary research into the treatment of psychiatric patients.

Keywords: integrative dynamic-psychiatric treatment concept, social energetic field, personality structure model, Dynamic Psychiatry, method integration, psychotherapy sciences

Günter AMMON hat bereits 1982 darauf hingewiesen (S. 27), dass die Vielzahl von Methoden und Theorien zur Erklärung von psychischen Phänomenen einer integrativen Wissenschaftstheorie und Behandlungswissenschaft bedarf.

Inzwischen haben verschiedene Entwicklungen zu einer mehr integrativen Tendenz in der Psychotherapie geführt wie

- a) eine unübersichtliche Vielfalt von Therapieangeboten mit Vor- und Nachteilen,
- b) keine der Theorien ist für alle Probleme anwendbar,
- c) die Ähnlichkeit in den Forschungsergebnissen bei der Therapieeffektivität,
- d) die Suche nach verbindenden Komponenten wie z. B. Affektivitäts-, Kognitions- und Verhaltensregulation, die alle Therapieschulen im Zentrum haben, die Wichtigkeit der therapeutischen Beziehung und die spezielle Charakteristika der Patienten,
- e) die soziopolitischen Notwendigkeiten wie wirtschaftliche, soziale und politische Einflüsse von Krankenkassen, Patientengruppen, Regierungsprogrammen u. a..

Eine wichtige Forderung für eine integrative Psychotherapietheorie ist die Notwendigkeit einer gemeinsamen Sprache. Des Weiteren sollten gemeinsame therapeutische Prinzipien festgelegt werden: d.h. Es sollte eine Interaktion von Kognition, Affekt und Verhalten gegeben sein, die Rolle des Unbewussten und die Bedeutung von Übertragung und Gegenübertragung integriert sein. Die Ziele der Therapie sollten definiert sein und eine konfliktlösende Perspektive der Realität sollte gegeben sein.

BEITMAN, GOLDFRIED, NORCROSS (1989) fordern für die Integration von Psychotherapie nicht nur eine übergeordnete klinische Theorie, sondern auch eine integrative Theorie für die Persönlichkeit und die Psychopathologie.

Hier möchte ich kurz auf den Unterschied zwischen Eklektizismus und Methodenintegration eingehen. LAZARUS (1967, 1981, 1984) unterscheidet zwischen einem technischen und theoretischen Eklektizismus, wobei der theoretische sich auf verschiedene Systeme bezieht, die epistemologisch und ontologisch nicht zusammen passen müssen. Der technische wiederum bedingt verschiedene Anwendungsmöglichkeiten aus verschiedenen Ansätzen ohne sie den Theorien zuzuordnen. Bei der Methodenintegration ist der Eklektizismus eine mögliche Komponente, um klinische Methoden aus verschiedenen Quellen zu integrieren. Integration hat allerdings eine höhere theoretische Bedeutung, um etwas neu zu gestalten, um eine übergeordnete Ebene, um eine Art metatheoretisches Framework zu definieren. Inzwischen werden viele Bemühungen in den verschiedenen Behandlungsrichtungen unternommen, um verschiedene Ansätze zusammen zu führen und zu integrieren.

Im Folgenden möchte ich die Methodenintegration aus Sicht der psychodynamischen Psychotherapie darstellen. Die psychodynamische Psychotherapie bietet ein vielfältiges Konzept von seelischen Zusammenhängen an, diese psychischen Gegenstandsbildungen (SALBER 1965), Theorien und Methoden gehen von der Lebenspraxis aus und sind immer offen, sie gehen ineinander über und sind wie Sprachen übersetzbare und transformierbar. Die Wende zur Sprache, dem ‘Linguistic turn’ in der Wissenschaftsphilosophie solle es möglich machen, die verschiedenen Therapierichtungen sich gegenseitig zu übersetzen und dabei ihre Begrenztheit und Eigenheit zu bewahren (S. 24). Hier fordert HARDT (2005), dass wenn man die vielfältigen Methoden oder Gegenstandsbil-

dungen integrieren will, man nicht von einem akademischen Überblick ausgehen sollte, sondern komplett Gegenstandsbildungen von Lebensformen mit Grunderfahrungen und Lebensproblemen in Beziehungen setzen sollte. Dieser ‘Linguistic turn’ in der Psychotherapie hin zur Lebenspraxis bedeutet eine ‘praxeologische Wende’. So wird der ‘Linguistic turn’ in der Behandlung zum ‘neo-pragmatic turn’ (RORTY 1967).

Diese Wende zur Praxis bedeutet, dass durch die psychischen Gegenstandsbildungen die alltägliche Praxis transformiert wird. Wenn wir die Psychotherapie als eine Lebensform ansehen, dann heißt dies auch Respekt vor den unterschiedlichen Lebensformen zu haben und sich Gleichgesinnte zu suchen, die dieses Denken teilen. Es ermöglicht aber auch eine Verständigung über die Schulengrenzen hinaus. KRIZ fordert 2005 in seinen Kernthesen zur Methodenintegration, die

Integrationsrealität nicht dem Zufall oder gar eklektischen Dilettantismus zu überlassen, sondern sich [... ihr] wissenschaftlich und organisatorisch stärker zuzuwenden. (DOHLUS 2006, S. 36).

Nach KÜCHENHOFF führt eine integrative Therapie

Behandlungselemente nicht einfach zusammen, um von den gemeinsamen Kräften zu profitieren, sondern es entstehen neue Modelle. Die integrative Therapie baut ganzheitliche Konzepte auf, diese können ihre Wurzeln in bekannten Elementen haben, aber sie gehen vollständig in der Integration auf, ein ganzheitliches Konzept wird neu gebildet. (2009, S. 13-14)

Er spricht von einem integrativen Prozess, der von der Methodenvielfalt am Anfang ausgeht, dann durch den Eklektizismus eine Kombination von Methoden auswählt. Durch die Synergie werden die Spezifika der einzelnen Elemente genutzt und zum Schluss werden diese Elemente zu einem neuen Ganzen integriert. Voraussetzungen für Integrationsprozesse sind nach ihm die Bereitschaft zur Kooperation, Neugier, die Kenntnis des Anderen und die Achtung vor dem Anderen, Kompetenz und Verzicht auf Omnipotenz und die Abstinenz von berufspolitischen Glau-benskriegen.

Die von ihm geforderte Metatheorie soll die unterschiedlichen Methoden aufeinander beziehen und in einem strukturellen Zusammenhang bringen und deutlich werden lassen, welche Elemente welche Wirkung ausüben auf die gesamte Struktur. Auch er fordert eine gemeinsame Sprache, die nach ihm kreativ, neuartig und emotional sein muss.

Das Mentalisierungsmodell versteht sich ebenfalls als ein integratives

Modell, das wissenschaftliche Erkenntnisse aus verschiedenen Disziplinen einschließt; es versteht sich nicht als abgeschlossen, sondern als eine Art ‘Work-in-progress’ (SCHULTZ-VENRATH 2013). Es versteht sich weiter als eine Weiterentwicklung der relationalen Psychoanalyse und der Intersubjektivitätspychologie und versucht fortwährend interdisziplinäre Ergebnisse der Affektforschung und Affektregulation der klinischen Bindungstheorie, Neurobiologie, soziale Kognitionsansätze, Autismusforschung, weiter entwickelte Alexithymiekonzepte und weiterentwickelte psychodynamische Psychotherapien, Psychoanalyse und Gruppenanalyse zu integrieren (FONAGY et al. 2012). Mentalisieren versteht sich als ein „metakognitives Phänomen in dem Sinne, dass sich das Wort auf die Fähigkeit bezieht, Gedanken und Handlungen zu interpretieren“ (HOLMES 2009, S. 63) und stellt dadurch ein übergeordnet integratives Phänomen dar.

Es ergeben sich nach HOLMES (2012, vgl. S. 12) fünf verschiedene Ebenen des Mentalisierens:

- selbst mentalisieren: sich der eigenen Gefühle bewusst sein,
- andere mentalisieren: Bewusstheit über die Gefühle des/der anderen,
- selbst mit anderen mentalisieren: was der andere in Bezug auf einen selbst fühlen könnte,
- andere mit selbst mentalisieren: was der andere in Bezug auf einen selbst fühlen könnte,
- selbst und andere mentalisieren: in der Lage sein, die Interaktion zwischen sich selbst und anderen von einem neutralen Standpunkt aus zu verstehen.

PETZOLD, SIEPER (2006) sprechen von einem ‘integrativen Paradigma’ in der Psychotherapie, das sich als ‘Humantherapie’ versteht. Dieses würde aus drei Leitperspektiven bestehen: der Theorie, die an der Psychologie, Sozial-, Bio-, und Neurowissenschaft orientiert ist, der Praxis/ Praxeologie, die auf der klinischen Erfahrung beruht und der Selbsterfahrung. Es sollte ein biopsychosozial-ökologisches Modell aus diesen Leitperspektiven gebildet werden, das eine schulenübergreifende Konzeptentwicklung ermöglicht hin zu einer systematischen Methodenintegration, die multitheoretische und multipraxelogische Herangehensweisen integriert.

Trotz der Forderung nach übergreifenden Theorien wie dies in der Literatur deutlich wird, ist aufgrund der Vielzahl der Theorie- und Me-

thodenansätze keine wirklich integrierte Wissenschaftstheorie vorliegend, die sowohl die nicht rationalen Bereiche wie Unterbewusstes, Mythos und Religion, philosophische, kulturwissenschaftliche, politisch-sozialwissenschaftliche und naturwissenschaftliche Perspektiven und die Vielzahl der psychischen Prozesse und Strukturen integrieren kann.

Nach AMMON (1982, S. 27) sollte für eine Methodenintegration in der Psychotherapie der Mensch der Maßstab sein, mit einem Verständnis für psychische Erkrankungen, aber auch für konstruktiv kreative Entwicklungsmöglichkeiten. Dies sollte in einem Persönlichkeitsmodell integriert sein. So sagt er bereits 1982 (S. 39-41), hier sollten Psychiatrie, Psychologie, Medizin, Pädagogik, Philosophie, Linguistik, Religionswissenschaften, Soziologie, Politologie, Rechtswissenschaft und neurophysiologische Erkenntnisse integriert sein. D.h. auch Psychotherapeuten sollten in ihrer gesamten Persönlichkeit im Rahmen einer breit gefächerten Ausbildung ausgebildet werden.

AMMON spricht sich also für eine Methodenintegration in der Psychotherapie aus, die die Erkenntnisse verschiedener Wissenschaftszweige, aber auch Aspekte verschiedener therapeutischer Schulen integriert und dies insgesamt unter ein zentrales Prinzip stellt, dem ganzheitlich formulierten Menschenbild. Ein Methodenintegrationsmodell sollte an seiner Nützlichkeit für den Menschen gemessen werden, d.h. ihn besser zu verstehen und bessere Heilungsmöglichkeiten zu entwickeln.

Das theoretische Modell sollte nach AMMON nie endgültig systematisiert oder gar starr sein, sondern es sollte ein offenes System sein mit der Möglichkeit nach Veränderung und ständigen Integrationsprozessen. Er sagt hier selbst (1994):

Die Integration muss sich zeigen durch einen neuen Denkansatz, eine neue Konzeption, eine Alternative zu bisherigem Denken über die gleichen klinischen Tatbestände. In einem solchen Rahmen habe ich die Dynamische Psychiatrie als eigenständiges integriertes Wissenschaftsmodell entwickelt.

An die Stelle des Triebmodells der traditionellen Psychoanalyse ist das Modell der Sozialenergie als Energie aus der Gruppe getreten, an die Stelle des topographischen Modells vom Ich, Es, Über-Ich das [... Humanstrukturmodell]. (S. 158).

[AMMON sagt hier weiter:] Auch ist es uns gelungen, in dieses Denkmodell die moderne Hirnhemisphärenforschung zu integrieren. (S. 158)

Dynamische Psychiatrie bedeutet Integration eines weiterentwickelten psychoanalytischen Persönlichkeitsstrukturkonzeptes in der Psychiatrie,

gemeinsam mit einem gruppodynamischen energetischen Feldansatz, sozialen und Umweltumgebungen, Bindungstheorie, Affektforschung und Mentalisierungskonzepten, neurologischen und neurowissenschaftlichen Erkenntnissen u. a.. In diesem Sinne bedeutet sie einen multidimensionalen Ansatz.

Des Weiteren bezieht sie Erkenntnisse anderer Wissenschaftsdisziplinen mit ein wie die Psychiatrie, Psychoanalyse, die Psychologie, Neurophysiologie, Gruppodynamik, Psychosomatik, Philosophie, Pädagogik, Soziologie, Anthropologie und Rechtswissenschaft. Um die verschiedenen psychotherapeutischen Methoden und wissenschaftlichen Erkenntnisse in der psychiatrischen Behandlung zu integrieren, braucht die Dynamische Psychiatrie ein zuverlässiges theoretisches Konzept als Basis.

Darauf möchte ich im Folgenden eingehen.

Die zentralen theoretischen Grundkonzeptionen des methodenintegrativen Ansatzes in der Dynamischen Psychiatrie sind an erster Stelle das Konzept der Sozialenergie, des Weiteren das Persönlichkeitsstrukturmodell im Zusammenhang mit dem Identitätskonzept. Sozialenergie wird als psychische Energie aus der Gruppe verstanden, die der Mensch für seine Entwicklung lebensnotwendig braucht. AMMON sagt hierzu:

Die integrative Funktion der Sozialenergie schafft eine innere Einheit zwischen psychischer Energie und psychischer Struktur; sie schafft die Einheit und Unterschiedenheit von Individuum und Umwelt bzw. Einzelnen und Gruppe. ()

Dabei fließen sowohl interpersonelle Geschehnisse im Hier-und-jetzt, als auch die lebensgeschichtlichen Erfahrungen in der Sozialenergie zusammen. Sozialenergie bedeutet

Kontakt, Auseinandersetzung, Geborgenheit, Verlässlichkeit, Liebe, [...] Forderungen an die Identität, [...] Forderungen und Aufforderungen zum Tun, zur Tätigkeit und zur Aufgabe. (1986, S. 106).

Die sozialenergetischen Austauschprozesse in der Primärgruppe sind dabei ausschlaggebend für die Entwicklung der Persönlichkeitsstruktur und damit der Identität eines Menschen.

Das sozialenergetische Gruppenverständnis der Dynamischen Psychiatrie basiert 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 menschli-

che Entwicklung passiert durch die Auseinandersetzung und das Zusammenspiel von gruppendifnamischen und interindividuellen Prozessen.

AMMON sagt hierzu:

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. (1988, S. 284)

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.

Eine konstruktive sozialenergetische Gruppendifnamik 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 Gruppendifnamik 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 Gruppendifnamik 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.

Ein weiteres wesentliches integratives theoretisches Modell in der Dynamischen Psychiatrie ist das Ich-Struktur- oder Persönlichkeitsstrukturmodell.

AMMON entwickelte sein eigenes Persönlichkeitsverständnis, das er als Persönlichkeitsmodell 1979(a) vorstellte. Dabei sieht er die Persönlichkeitsstrukturologie als eine Abstraktion von energetischen, dynamischen, strukturellen und genetischen Prozessen. Er definiert die Persönlichkeitsstruktur des Menschen als ein Geflecht von primären, sekundären und zentralen Persönlichkeitsfunktionen. Die primären Persönlichkeitsfunktionen umfassen alle biologischen und neurophysiologischen Bereiche des

Menschen, wie das zentrale Nervensystem, die endokrinen Systeme, die Funktionen der Sinnesorgane.

Die primären Persönlichkeitsfunktionen schließen alle biologischen und neurophysiologischen Funktionen des Menschen ein: das zentrale Nervensystem, das endokrine System und die Sinnesorgane.

Die sekundären Persönlichkeitsfunktionen sind ‘die funktionalen Träger der Persönlichkeit’ (AMMON 1995), sie bestimmen den Verhaltensbereich des Menschen und sind hauptsächlich auf das Bewusste zentriert.

Den Kern der Persönlichkeit bilden die zentralen Humanfunktionen, die im Unbewussten verankert sind wie Aggression, Kreativität, Sexualität, Narzissmus, Angst, Ich-Abgrenzung usw.. Die Persönlichkeitsfunktion der Identität hat hier eine übergeordnete Bedeutung. Sie hat die Aufgabe, alle Persönlichkeitsfunktionen zu dynamisieren, zu integrieren und in Beziehung zueinander zu setzen und macht insgesamt die Persönlichkeit des Menschen aus.

Die Identität ist in diesem Sinne die integrative zentrale Kraft der Persönlichkeit. Sie ist sowohl als integrierende Funktion wie auch als Gesamtstruktur zu verstehen. Sie ist generell das zentrale integrierende Moment der Dynamischen Psychiatrie Günter AMMONS, sowohl in der theoretischen Konzeption, im Menschenbild, als auch in der Behandlungstheorie als Ziel jeglicher Entwicklung. Sie macht die augenblickliche Ganzheit der Persönlichkeit aus und befindet sich in ständiger Entwicklung. Die Identität kann konstruktive, destruktive und defizitäre Tendenzen zeigen.

Vom Persönlichkeitsstrukturverständnis her versteht Ammon Krankheit als eine Desintegration der Persönlichkeitsfunktionen mit defizitären und destruktiven Ausprägungen. Er hat dies auch an einer anderen Stelle als das ‘Loch im Ich’ bezeichnet (AMMON 1974, S. 203). Persönlichkeitsstrukturell gesehen hat er damit ein unitäres Krankheitsverständnis postuliert, d.h. alle schwereren vorödipalen psychischen Erkrankungen zeigen ein Defizit in der Persönlichkeitsstruktur, das mit unterschiedlicher Symptomatik gefüllt wird. Gesundheit wird verstanden als Ausdruck der Humanfunktionen hin zu ihren konstruktiven lebensbejahenden Möglichkeiten. Krankheit und Gesundheit werden immer in einem prozesshaften Geschehen gesehen und sind auf einem gleitenden Spektrum angeordnet. AMMON spricht hier von dem “gleitenden Spektrum der

archaischen Ich-Krankheiten” (AMMON 1979b, S. 276), d.h. Diagnose und Krankheitsgeschehen sind immer auch veränderbar.

Die Persönlichkeitsstrukturologie schließt ein prozesshaftes Denken mit ständigen Entwicklungsmöglichkeiten von multidimensionalen funktionalen und prozesshaften Änderungen ein. Übergeordnet steht in der Dynamischen Psychiatrie als integratives theoretisches Konzept das ganzheitliche mehrdimensionale Menschenbild, in dem Körper, Geist und Seele eine Einheit bilden. Der Mensch wird verstanden als individuelles Wesen mit einem Bedürfnis nach Identität und Selbstverwirklichung.

Nach AMMON hat das ganzheitliche Menschenbild viele Dimensionen: “nämlich Kreativität, Zeit und Zeiterleben, Krankheit, Arbeit und Tätigsein, Androgynität, Körper und Körpererleben und Religiosität im weitesten Sinne” (AMMON 1986, S. 15). Auch hier kommt der Integration der verschiedenen Dimensionen im Kern der Persönlichkeit eine zentrale Bedeutung zu. Die Gruppe ist dabei die integrierende Kraft mit ihren sozialenergetischen gruppendiffusiven Feldern.

Ich möchte nun zum integrativen behandlungsmethodischen Ansatz in der Dynamischen Psychiatrie kommen. Wie oben dargestellt sind die Sozialenergie, die Persönlichkeitsstruktur mit dem Bereich des Unbewussten, ein prozesshaftes Entwicklungsverständnis, Identität und Gruppe, die Geistigkeit und Körperlichkeit des Menschen multidimensionale theoretische ganzheitliche Dimensionen, die in die Behandlungskonzeption zu integrieren sind. So kann ein individuelles Behandlungskonzept entwickelt werden, das den vielfältigen Aspekten des Menschen entspricht.

Das therapeutische Konzept basiert auf dem Verständnis, dass das menschliche Leben ein Prozess ist, dass sowohl Gesundheit als auch Krankheit als auch Arbeit, Liebe, genauso wie psychische, biologische und soziale Möglichkeiten und Erkrankungen ein Prozess sind. So sind Menschen immer in Entwicklungsprozessen zu verstehen. Konsequenterweise muss auch die Diagnose prozesshaft verstanden werden in Verbindung sowohl mit biologischen, psychologischen als auch sozialen Prozessen. Des Weiteren mit integrativen und desintegrativen Prozessen.

Betont wird die Notwendigkeit einer sogenannten Gesundheitsdiagnostik, d.h. es sollen bei den biologischen und psychologischen Untersuchungen besonders die gesunden Anteile des Menschen untersucht wer-

den, wie seine Fähigkeiten, seine Interessen, seine körperliche Gesundheit, seine Begabungen und Intelligenz, aber auch seine Lebenserfahrungen und seine Gruppenbezüge.

Für die Behandlung sind vier Prozesse wesentlich: der Prozess der Diagnose, ein prozesshaftes Behandlungsprogramm, der psychische Prozess des Patienten und Supervision als ein Lernprozess für das behandelnde Team.

Das gruppendifnamische Prinzip ist für die Behandlung in der Dynamischen Psychiatrie grundlegend. Mit dem Verständnis, der kranke Mensch ist ein Ausdruck einer kommunikationsgestörten kranken Gruppe, die er verinnerlichte, kann er in einer entsprechenden Gruppe auch wieder gesunden.

Für die dynamisch-psychiatrische Klinik heißt dies, dass das gesamte Team von Krankenschwestern, Sozialarbeitern, psychotherapeutisch ausgebildeten Psychiatern und Psychologen bis hin zur Verwaltung und zum Küchenpersonal in die Behandlung als sozialenergetisches Feld mit einbezogen wird. Die Behandlungsmethodik reicht von Einzeltherapie, Gruppenpsychotherapie, gruppendifnamischer Milieutherapie mit der Arbeit über das dritte Objekt bis hin zu den nonverbalen Therapieformen wie humanstrukturelle Tanztherapie, Theater-, Musik-, Mal- und Kunst-, Sport- und Reittherapie und speziellen Interessengruppen.

Die praxeologische Konsequenz für einen integrierten multidisziplinären Ansatz in der Dynamischen Psychiatrie heißt, die verschiedenen therapeutischen Methoden, die für einen Patienten während der Behandlung angesetzt werden zusammenzuführen. Dies wird durch wöchentliche multidisziplinäre Teammeetings für jeden Patienten umgesetzt. Dies bedeutet, dass die verschiedenen Psychotherapeuten wie Einzel-, Gruppen- und Milieutherapeuten und die verschiedenen nonverbalen Therapeuten, wie Kunst-, Musik-, Tanztherapeuten und andere, aber auch der medizinische Bereich mit Internist und Krankenpfleger, die Psychologen der Diagnostikabteilung, der Sozialarbeiter zusammentreffen und die verschiedenen Aspekte der Patienten zusammenführen. Auf diese Weise erhält jeder Patient einen individuellen Raum, in dem die verschiedenen persönlichen, sozialen und therapeutischen Bereiche von ihm betrachtet und integriert werden können. Hier können Entwicklungen, aber auch Schwierigkeiten für ihn aufgezeigt werden. D.h. die Entwicklungen in

den verschiedenen Therapien werden herausgearbeitet. Der individuelle Therapieplan zusammen mit den Therapiezielen und die Diagnose wird überprüft, die biologischen und körperlichen Aspekte zusammen mit der Medikation wird genau betrachtet, Splitting und Übertragungs- und Gegenübertragungsprozesse werden diskutiert.

Aber auch gruppendiffusiv dynamische Aspekte wie Stellung in der Gruppe, Kontaktfähigkeit, Interessen, Zukunftsvorstellungen und Lebensentwürfe, soziale Realitäten, kulturelle und religiöse Bedürfnisse genauso wie die Familiendynamik und Arbeitssituation mit den Fähigkeiten oder Schwierigkeiten des Patienten, mit realen Anforderungen umgehen zu können haben betrachtet und zusammengebracht zu werden. All diese Bereiche eines Patienten haben für weitere therapeutische Konsequenzen und für die weitere Entwicklung in der Zusammenführung betrachtet zu werden. Es ist weiterhin wichtig, immer die Trennung aus der Behandlung mit zu bedenken und einzubeziehen.

Und es ist auch wichtig, dass für jeden Patienten ein individuelles spezifisches therapeutisches Programm erstellt wird, das seiner Persönlichkeit und seiner Persönlichkeitsstruktur entspricht.

Des weiteren stellen die Integrationskonferenzen, insbesondere zum Ende der Behandlung, die multidisziplinären Vernetzungssitzungen, die Supervisionsarbeit mit den Therapeuten, die spezielle Kontrollarbeit mit dem Milieutheraapeuten und die Großgruppe wichtige praxeologische Integrationspunkte für das gesamte Behandlungskonzept und für den Persönlichkeitsintegrationsprozess eines jeden Patienten dar. Die multidisziplinären Sitzungen sind tägliche Vernetzungstreffen des Teams, bei denen die täglichen Prozesse zusammengebracht werden.

In den Integrationskonferenzen, die in gewissen Zeitabständen während des therapeutischen Prozesses eines jeden Patienten zusammentreten, werden die verschiedenen Therapeuten wie Mal-, Reit-, Milieutheraapeut aber auch der behandelnde Psychiater, Einzel- und Gruppentherapeut, des weiteren Sozialarbeiter und Psychologen aus der Diagnostik mit den laufenden Testuntersuchungen eine Zusammenführung der verschiedenen Entwicklungsbereiche wie psychisch, körperlich und geistig, aber auch Arretierungen im Bereich der Persönlichkeitsstruktur zusammenführen, um mit den Patienten seine weiteren Therapieziele und Möglichkeiten diskutieren.

Bei den täglichen Supervisionssitzungen in der dynamisch-psychiatrischen Klinik arbeitet das Team nicht nur mit den Phänomenen der Gegenübertragung und des Widerstandes, sondern es werden auch die unterschiedlichen Aspekte des therapeutischen Spektrums der einzelnen Patienten zusammengeführt. Anliegen ist immer, die verschiedenen therapeutischen Strategien zusammenzuführen zu einem Ganzen, um immer wieder dem Patienten eine Integration der verschiedenen Erfahrungen zu ermöglichen und Spaltungsprozesse zu lösen.

Für die Supervision und die multidisziplinären Treffen ist es notwendig einen gemeinsamen Raum für Reflektion und Mentalisierung aufzubauen, das heißt es muss eine gemeinsame Sprache gefunden werden trotz der verschiedenen Behandlungsansätze. D.h. es muss ein gemeinsames Unbewusstes sozialenergetisches Feld aufgebaut werden in dem die verschiedenen Ansätze und die unbewussten Aspekte und Familien-dynamiken der Patienten widergespiegelt und reflektiert werden können. Es hat ein gemeinsames Paradigma gefunden zu werden trotz der divergenten Ansätze und Menschenbildsvorstellungen, um alle Dimensionen und Disziplinen integrieren zu können. Jedes gruppendifferentielle und Persönlichkeits-split-off bedeutet ein sozialenergetisches Split-off und dies bedeutet für die Behandlung eine unintegrierte Persönlichkeitsentwicklung für den Patienten.

Insbesondere in der Milieutherapie zeigt der Patient multidisziplinäre Aspekte seiner Persönlichkeit, die für den Patienten gespiegelt werden müssen, so dass diese Erlebnisse in seine Persönlichkeit integrieren kann. Die Tanztherapie ist ein integratives Moment selbst, sie integriert Bewusstes und Unbewusstes, Körper, Seele und Geist.

Die Großgruppe von allen Patienten und Mitarbeitern repräsentiert das gesamte therapeutische Geflecht der Klinik und stellt dadurch einen weiteren Integrationspunkt im therapeutischen Geschehen eines einzelnen dar. Die therapeutische Effektivität hängt davon ab, wieviel Sozialenergie ein therapeutisches Team zur Verfügung stellen kann. In der dynamisch-psychiatrischen Behandlung bilden verschiedene Therapeuten ein sozialenergetisches Netz um den Patienten. Deshalb hat das Team zweimal wöchentlich eine eigene gruppendifferentielle Sitzung um Kontakt und Austausch aufzubauen.

Die therapeutische Aufgabe, das Ziel einer dynamisch-psychiatrischen

Psychotherapie ist immer Identitäts- und Humanisierungstherapie, d.h. dass der Mensch sich wieder kontaktfähig zu sich selbst und zu anderen Menschen entwickeln kann. Dies bedeutet, dass seine kreativen Kräfte und seine integrativen Kräfte zu stärken sind und die Auseinandersetzung mit den destruktiven und defizitären Persönlichkeitsausprägungen insbesondere mit der destruktiven Aggression, der destruktiven Angst und dem destruktiven Narzissmus.

Von besonderer Bedeutung ist für die integrative Persönlichkeitsentwicklung der Trennungsprozess am Ende der Behandlung, bei der die Patienten aktiviert und unterstützt werden, um die erfahrenen Entwicklungen und positive, konstruktive Persönlichkeitsaspekte sowie zwischenmenschliche Kontakte in ihre eigene Identität zu integrieren.

Zum Schluss kann gesagt werden: in der Dynamischen Psychiatrie ist es wichtig, dass die Persönlichkeit und Identität des Patienten im Mittelpunkt der Therapie stehen, d.h. welche Bedürfnisse, Ziele, Sinn und Aufgaben im Leben er finden und realisieren kann und seine integrativen Kräfte zu stärken. Dies ist von besonderer Bedeutung bei der Behandlung von Patienten mit Persönlichkeitsstörungen, die in ihrer Kernpersönlichkeit eine gespalten Struktur zeigen. Für sie würde ein eklektizistisches Behandlungskonzept weitere Desintegration bedeuten.

Zusammenfassend können folgende Punkte für die Dynamische Psychiatrie als ein integratives Modell für eine multidisziplinäre psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung dargestellt werden:

1. Sie hat ein zugrundeliegendes Menschenbild. Es ist ein ganzheitliches Menschenbild, das den Menschen als ein primär 'gruppendynamisch bestimmtes, individuelles Wesen' mit einem Bedürfnis nach Identität und Selbstverwirklichung versteht.
2. Sie hat eine zugrundeliegende Theorie. Es handelt sich dabei um ein Entwicklungsmodell, das die Persönlichkeitsstrukturologie als ein zentrales integratives Konzept versteht. Hierzu gehört das Identitätsprinzip, die Persönlichkeitsstrukturologie als Persönlichkeitstheorie, die Lehre von der Sozialenergie, die Spektraltheorie und das dynamische Denken, und zentral das gruppendynamische Prinzip.
3. Im Bereich der Therapie handelt sich um ein gruppendynamisches mehrdimensionales Behandlungsspektrum, das immer die Integration in den Mittelpunkt stellt.
4. Die direkte therapeutische Intervention geschieht in einem Netz von

behandelnden therapeutischen Teammitgliedern und der Großgruppe genau so wie mit dem gruppendifnamischen Prinzip der Supervision als Integrationsarbeit. Das Therapieziel dabei ist immer die Identität mit einem therapeutischen Bündnis zwischen Patient und Therapeut und einer partnerschaftlichen Haltung des Therapeuten dem Patienten gegenüber.

5. Die Dynamische Psychiatrie bezieht Erkenntnisse anderer Wissenschaftsdisziplinen mit ein wie die Psychiatrie, Psychoanalyse, Psychologie, Neurophysiologie, Gruppendifnamik, Psychosomatik, Philosophie, Pädagogik, Soziologie, Anthropologie und Rechtswissenschaft.
6. Das hauptsächliche integrative Moment der Dynamischen Psychiatrie ist der Mensch. Der Mensch steht im Mittelpunkt und wird sowohl als Teil wie auch Diener der Gruppe angesehen, den die Gruppe aber auch fördert und heilt (vgl. AMMON 1982, S. 39-40).

Wie wir gesehen haben, bedeutet Dynamische Psychiatrie ein integratives Behandlungsparadigma für psychisch kranke Patienten, welches zu einer Identitäts- und Kontakttherapie führt. Es bedeutet ein mehrdimensionales biopsychosozial-ökologisches Modell mit einem mehrdimensionalen metatheoretischen und praxeologischen integrativen Behandlungskonzept, das in unserem Verständnis einen echten interdisziplinären Ansatz bedeutet, der immer offen ist für Entwicklung und weitere integrative Möglichkeiten, die für die Behandlung unserer Patienten die notwendig sein werden in unserer sich so schnell wandelnden Welt.

Summary

In 1982 Günter AMMON already pointed out that the variety of methods and theories for the explanation of psychic phenomena need an inclusive philosophy of scientific theory and treatment sciences.

Since LAZARUS (1967) several authors have distinguished between eclecticism and integration in psychotherapeutic treatment and science. They demand to overcome therapeutic as well as scientific eclecticism by a method integration, which is able to create a common theoretical language. It should enable communication across the borders of psychotherapeutic schools. The concept of mentalization (FONAGY et al. 2012) is also an integrative model, which is integrating interdisciplinary research results. All these efforts tend to improve psychotherapeutic

treatment and treatment sciences.

Despite these calls for meta-theories, due to the variety of theoretical and methodological approaches there exists no truly integrated science theory which is able to integrate both the non-rational areas such as the role of the unconscious, myth and religion and philosophical, cultural, political social and scientific perspectives and the variety of mental processes and structures.

According to AMMON (1982, S. 27) the benchmark for an integration of methods in psychotherapy should be the human itself. AMMON therefore calls for an integration of methods in psychotherapy that integrates the findings of various branches of science, but also aspects of various therapeutic schools under a central principle: the holistically formulated human image. A methodological integration model should be measured by its usefulness to humans, i.e. to understand them better and to develop better treatments available.

Referring to integration, AMMON points out in 1994,

The integration must be demonstrated by a new approach of thinking, a new conception, an alternative to previous thinking concerning the same clinical facts. In such a framework I have developed Dynamic Psychiatry as an independent integrated model of science. Instead of the drive model of traditional psychoanalysis, I have put the model of social energy from within the group, and instead of the topographic model of it, ego and super-ego, we have the personality structure model. (p. 158)

[AMMON further notes:] We are also successful in integrating modern brain hemisphere research into this model. (p. 158)

To integrate different psychotherapeutic methods in psychiatric treatment it needs to have a theoretical concept as a basis to rely on.

AMMON developed his own understanding of personality which he has introduced 1979(a). His personality structure model is a holistic concept of personality where the biological, psychological, and behavioral and spiritual aspects of man should be considered. In his understanding, the personality structure model is considered as an abstraction of energetic, dynamic, structural, and genetic processes. Human personality structure is understood as a net of primary, secondary, and central personality functions.

The primary personality functions include all biological and neurophysiologic areas of man, as the central neural system, the endocrine system, and the system of the sense organs.

The secondary personality functions are the “functional carriers of personality” (AMMON 1995,), they determine the behavioral area of man and are mainly concentrated in the consciousness.

Identity is the central integrating moment of Dynamic Psychiatry; both in the theoretical conception, in the image of man and in the theory of treatment as the goal of each development. Identity means the actual totality of the personality being in constant development. Identity can show constructive, destructive and deficient tendencies.

Starting from this personality structural understanding, mental illness is defined as a disintegration of personality functions with deficient and destructive expressions. In the personality structural approach all severe pre-oedipal psychic diseases show a deficit in the personality structure which is filled with different symptomatology. AMMON called this “the hole in the ego” (AMMON 1974, p. 203) Mental health is understood as an expression of personality functions towards their constructive optimistic possibilities. Health and illness are always considered in a processual course of events being arranged on “a gliding spectrum of archaic ego-diseases”, i.e. diagnosis and course of illness can always change (AMMON 1979b, p. 276).

The consequences for treatment is shown in the therapeutic concept of Dynamic Psychiatry. It is based on the understanding of human life as a process including health and disease but also work, love, as well as psychic, biological and social potentialities and also disease. Human beings have to be understood as always being in processes of development. Consequently, diagnosis must also be understood in a processual way.

For treatment four processes are essential: the process of diagnosis, a processual treatment program, the psychic process of the patient, and supervision as a process of learning for the treating team. For each patient a special therapeutic program is provided, which corresponds with his personality and personality structure.

Important points of integration for the entire treatment concept are integration conferences, supervisions with therapists, special control work with milieu therapists and the plenary group.

In the integration conferences, the respective therapists, social workers and psychologists from the diagnostic department compile the different aspects of development, psychic, physical, and spiritual parts of the

patient's personality but also difficulties and arrests in the development of his personality structure in order to discuss the patient's further goals and possibilities.

The therapeutic efficacy depends on the social energy which a therapeutic team is able to provide. For the treatment of patients with diseases of the personality structure, various therapists build a social-energetic net around the patient.

Task and goal of Dynamic Psychiatric therapy is always an identity and humanizing therapy, that means to make a person again able to have contact with himself and with other persons. It also means to strengthen his creative and integrating powers.

It is important that personality and identity of the patient are in the centre of therapy, i.e. what needs, goals, sense and tasks in life he may find and realize.

In summarizing, the following points of view can be presented for Dynamic Psychiatry as an integrative model for psychiatric psychotherapeutic treatment:

- The basic image of man is holistic, defining human as a 'group-dynamically determined individual human being' with a need for identity and self-realization.
- Dynamic Psychiatry has a basic theory. It is a development model which understands personality structure as a central integrative concept. This comprises the identity principle, the personality structure as personality theory, the theory of social energy and in the center of all theories the group dynamic principle.
- In the field of therapy, it has a group-dynamic multidimensional treatment spectrum which places integration into the center of consideration.
- The direct therapeutic intervention takes place in a net of therapeutic team members and the plenary group as well as with the groupdynamic principle of supervision as integrating work. The aim of therapy is always the identity with the therapeutic alliance between patient and therapist and an attitude of partnership of the therapist towards the patient.
- Dynamic Psychiatry includes findings of other scientific branches, such as psychiatry, psychoanalysis, psychology, neurophysiology, group-dynamics psychosomatics, philosophy, pedagogics, sociology, anthropology, and law.

- The most important integrative moment of Dynamic Psychiatry is the human being. He is the center, being considered part of the group as well as servant of the group, and so he will be supported and healed in the group (AMMON 1982, S. 39-40).

Dynamic Psychiatry means a multidimensional biopsychosocial environmental model with a multidimensional meta-theoretical and praxeological integrative treatment approach, this means a true interdisciplinary approach, which is always open to development and integrative possibilities that will be necessary for the treatment of our patients in our so fast changing world.

Literatur

- Ammon, G. (1974): Das narzisstische Defizit als Problem der psychoanalytischen Behandlungs-technik. *Dynamische Psychiatrie* 7:201-215.
- (1979a): Entwurf eines dynamisch-psychiatrischen Ich-Struktur-Konzepts; S. 95-159. In: G. Ammon (Hg.): Hdb Dynam. Psychiatrie 1. München: Reinhardt.
- (1979b): Der Symbiosekomplex und das gleitende Spektrum der archaischen Ich-Krankheiten; S. 276- 294. In: G. Ammon (Hg.): Hdb Dynam. Psychiatrie 1. München: Reinhardt.
- (1982): Methodenintegration aus der Sicht der Dynamischen Psychiatrie; S. 25-48. In: G. Ammon (Hg.): Hdb Dynam. Psychiatrie 2. München: Reinhardt.
- (1986): Der mehrdimensionale Mensch. München: Pinel.
- (1988): Das Prinzip der Sozialenergie im holistischen Denken der Dynamischen Psychiatrie; S. 279-301. In: G. Ammon (Hg.): Vorträge 1969-1988. München: Pinel.
- (1994): Zur Methodenintegration in der Psychotherapie. *Dynamische Psychiatrie* 27:149-170.
- (1995):
- Beitman, B. D.; Goldfried, M. R.; Norcross, J. C. (1989): The movement toward integrating the psychotherapies: An Overview. *American Journal of Psychiatry* 146(2):138-147.
- Fonagy, P.; Bateman, A.; Lutyen, P. (2012): Introduction and Overview; pp. 3-42. In: A. Bateman, P. Fonagy (ed.): *Handbook of mentalizing in mental health practice*. Washington DC, London: Am Psychiatric Publ.
- Dohlus, B. (2005): Zur Podiumsdiskussion 'Methodenintegration' Kernthesen von Prof. Dr. Jürgen Kriz; S. 36-38. In: →Kammer für psychologische Psychotherapeuten ...
- Hardt, J. (2005): Methodenintegration aus Sicht der psychodynamischen Psychotherapie; S. 20-26. In: →Kammer für psychologische Psychotherapeuten ...
- Kammer für psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten im Land Berlin (Hg.) (2006): Kammertagungsbericht 'Einheitliches Berufsbild und Vielfalt des Vorgehens'; 2. Berliner Landespsychotherapeutentag. Heidelberg: Psychotherapeutenverlag.
- Holmes, J. (2009): Mentalisieren in psychoanalytischer Sicht: Was ist neu?; S. 62-86. In: J. G. Allen, P. Fonagy (Hg.). *Mentalisierungsgestützte Theapie*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- (2012): Sichere Bindung und psychodynamische Therapie. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Küchenhoff, J. (2009): Der integrative Prozess in der Psychotherapie: Methodenvielfalt – Synergismus – Integration. *Schweizer Archiv für Neurologie und Psychiatrie* 160(1):12-19.
- Lazarus, A. (1967): In support of technical eclecticism. *Psychological Report* 21:415-416.

- (1981): The Practice of multimodal therapy: systematic, comprehensive and effective psychotherapy. New York: McGraw-Hill.
- (1984): Multimodal therapy. In: R. J. Corsini (ed.): Current psychotherapies. Itasca: Peacock.
- Petzold, H.; Orth, I.; Sieper, J. (2006): Erkenntnikritische, entwicklungspsychologische, neurobiologische und agogische Positionen der 'Integrativen Therapie' als 'Entwicklungstherapie'; S. 627-713. In: H. Petzold, P. Schay W. Scheiblich (Hg.): Integrative Suchtarbeit. Innovative Modelle, Praxisstrategien und Evaluation. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Rorty, R. (1967): The linguistic turn: recent essays in philosophical method. Chicago: Univ. Chicago Press.
- Salber, W. (1965): Der psychische Gegenstand. Bonn: Bouvier.
- Schultz-Venrath, U. (2013): Das Mentalisierungsmodell – ein neues Paradigma (Abschn. 2.3); S. 63-64. In: Schultz-Venrath, U.: Lehrbuch Mentalisierung. Stuttgart: Klett-Cotta.

Prof. Dr. Maria Ammon • c/o Institut der DAP • Kantstr. 120 • 10625 Berlin •
DAPBerlin@aol.com

Lifelong Plasticity of the Human Brain and its Implications for the Prevention and Treatment of Mental Disorders

Gerald Hüther (Göttingen)

The recognition and general acceptance of the human brain's ability to reorganize its neuronal connectivity throughout lifetime is the most important breakthrough in 21st century neuroscience. It became the most provocative challenge for all conceptualizations of mental disorders, made under the earlier assumption of a more or less unchangeable neuronal connectivity. This lifelong experience-dependent plasticity of the human brain will be described in this contribution and the consequences of this novel perspective for the prevention and the treatment of mental disorders will be discussed.

Keywords: mental disorders, neuroplasticity, prevention, stress, vulnerability.

The unique plasticity of the human brain

By far the most significant finding in the field of neurobiological research in recent years is what we refer today as experience-dependent or use-dependent plasticity: It is the discovery that the neuronal and synaptic connections in the human brain can be altered. The complexity of these connections and their stabilization depend to a far greater extent than previously believed on how, or rather, for which purpose, an individual uses his brain, the goals pursued, the experiences made in the course of his life, the models used for orientation, the factors which provide emotional stability and a sense of commitment. All this is shaped by an individual's family relationships, the abilities passed on to him and the guiding ideals and the goals conveyed by the thoughts and aims, by the myths, legends and belief systems of the particular culture in which a person grows up. The neuronal connectivity patterns in the human brain are continuously adjusted to these social and cultural factors, at least in all those areas which are shaped and structured postnatally. In other words, the individual human brain in its mature state is a social construct.

Therefore, it is not astonishing that neuroscientists by their modern imaging techniques are able to identify numerous differences between the brains of differently encultured and socialized subjects at both, the structural and the functional level. These differences are most pronounced in the very slowly developing higher cortical association areas. Examples of such use dependent adaptive modifications and reorganizations of neuronal connectivity have been observed throughout lifetime, even in the brains of elderly subjects. The degree of brain plasticity is of course highest at younger ages, but the networks and connections between nerve cells can apparently be restructured and adjusted to new demands throughout lifetime. A prerequisite for such experience-dependent changes is the activation of the emotional centers (limbic system).

This leads to the release of trophic, hormone-like substances, which stimulate the growth and the reorganization of nerve cell contacts and connections. Such emotional activation, i.e. situations which 'go deeply under the skin', are most often experienced during childhood and adolescence, but much less frequently during adulthood, when a person has learned to master almost all challenges of daily life routinely.

The most important triggers for the adaptive modification and reorganization of neuronal networks and synaptic circuitry at any age are the problems encountered and the experiences made by an individual in the course of the so called stress-response. Therefore, the first part of this contribution will focus on the adaptive self-organization of neuronal connectivity through the mastery of challenges and of stressful experiences. In the second part, the impact of these novel insights on our current conceptualization of psychiatric disorders, is described and some suggestions on future prevention and treatment strategies for psychiatric patients are presented.

1. Stress and the experience-dependent organization of neuronal connectivity

Current stress research is characterized by fascinating insights into the mechanisms involved in the activation and the regulation of the neuro-endocrine stress response and the consequences of this activation on the body and the brain. This progress is contrasted by a considerable degree of conceptual confusion. Until now, a generally accepted concept of

stress is still elusive. Initially the term ‘stress’ was used synonymous to ‘stressor’ and no clear distinction was made between this stimulus and the reaction to it, the ‘stress-response’. This concept has now been replaced by the recognition that stimulus and response cannot be regarded as two independent, stable entities but rather represent two closely linked components mutually affecting each other in the course of the stress-reaction-process.

This conceptualization explicitly implies important aspects, such as the character of the strain, the appraisal and the psychological as well as the emotional changes which occur in the course of this process. It implies that, if an individual is able to terminate a certain stressor by his own efforts, a controllable stress response is elicited, whereas an uncontrollable stress response is initiated when no adequate coping strategies are available or can be applied to terminate the stressor.

Controllable stress experiences stabilize neuronal networks involved in successful coping strategies

A controllable stress response is typically elicited when an individual has the subjective feeling that a certain demand or challenge can be met in principle by its own action but when this action is not (yet) ready, efficient or adequate enough to avoid the activation of his central stress responsive systems. The initial stages of the controllable and the uncontrollable stress response are identical. Both start with the recognition of a novel, unexpected, challenging or threatening stimulus which causes the generation of a nonspecific pattern of arousal in the associative cortex and in the limbic structures.

Through descending excitatory efferences, this activation is propagated to lower brain structures, especially to the central noradrenergic system. If the stressor is felt to be uncontrollable, the arousal of the higher cortical and limbic brain structures will not only persist but is even potentiated by the increased firing of noradrenergic afferences. Above a certain threshold, the sum of excitatory cortical and limbic, as well as of noradrenergic inputs to the neurosecretory hypothalamic nuclei will ultimately stimulate the release of corticotropin releasing hormone and vasopressin, and thus, activate the HPA-system and stimulate adrenal glucocorticoid secretion. However, if the stressor is felt to be control-

lable, the nonspecific pattern of arousal in the associative cortex will be funnelled into a specific activation of those neuronal pathways and circuits which are involved in the behavioral response to that stressor.

Under these conditions, the enhanced noradrenergic output acts to facilitate the neuronal pathways activated in the course of this response. The reverberatory stimulation of the central stress responsive systems is no longer propagated, and the HPA-system is not at all or only slightly stimulated. Therefore, the controllable stress response may be regarded as an incompletely built up activation of the central stress responsive systems. It is characterized by a preferential activation of the central and the peripheral noradrenergic system.

Due to its extensive projections and the fact that adrenergic receptors are expressed not only by neurons but also by glial and endothelial cells, the central noradrenergic system is capable of modulating a great number of different brain functions:

Stimulation of neuronal adrenoreceptors increases the signal-to-noise ratio of cortical information processing, and contributes to the gating and to the facilitation of neuronal output patterns. Stimulation of adrenergic receptors of cerebral blood vessels leads to enhanced perfusion, increased brain glucose uptake and elevated energy metabolism. Activation of astrocytic adrenoreceptors stimulates glycogenolysis and the release of glucose and lactate as well as the formation and the release of various neurotrophic factors. Through these different effects, the increased noradrenergic output in the course of a controllable stress response contributes to the stabilization and facilitation of those neuronal pathways and connections which are activated in response to a certain controllable stressor.

Repeated exposure to one and the same controllable stressor will thus lead to the successive facilitation of the neuronal circuitry involved in the behavioral responding. The noradrenaline-mediated stimulation of the synthesis and the release of neurotrophic factors by astrocytes will additionally favor structural adaptations through experience-dependent plasticity. Such stepwise adaptive modifications of the neuronal circuitry will automatically be triggered in the course of the controllable stress response until the original stressor can be adequately met by an efficient response.

Evidently, controllable stress of very complex and diverse character is a prerequisite for the optimal expression of the individual's genetic potential and for the elaboration of a high complex neuronal circuitry in the brain. An impressive illustration of the complex and persistent effects of multiple experiences of many different controllable stress responses on brain structure and brain function are the influences of 'enriched environments' on the development of the cortex of young experimental animals. Enriched environments provide many different stimuli which are novel and which can be explored. Rats which had grown up under such complex stimulatory environments show a thicker cortex, enhanced vascularization, elevated number of glial cells, enlarged dendritic trees of pyramidal neurons, and an increased density of synapses in the cortex. Additionally, in adulthood, they show diminished anxiety in novel environments and an increased response of their HPA-system under conditions of severe stress.

Uncontrollable stress experiences destabilize already established neuronal networks

An uncontrollable stress response is elicited when the activation of the central stress sensitive systems cannot be terminated by an individual's own efforts, because his previously acquired strategies of appraisal and coping are not appropriate or cannot be employed. Under such conditions, the initial arousal of cortical and limbic structures will persist and contribute to escalate the reverbatory activation of the central stress responsive systems culminating in the activation of the HPA-system and adrenal glucocorticoid secretion. Because of their lipophilicity, circulating glucocorticoids can easily enter the brain and bind to the glucocorticoid receptors expressed by neurons and glial cells.

As in the periphery, it is their main function to attenuate the activation of immediate stress responsive systems and to prevent these initial reactions from overshooting. However, glucocorticoids do not directly suppress the immediate central responses in the course of the stress response, e.g., the release of excitatory amino acids or of monoamines.

Instead, most actions of glucocorticoids in the brain are delayed and involve changes at the level of gene expression. These alterations have longer-lasting consequences on neuronal and glial cell function and

metabolism. Certain functions will be affected in a way such that the targets of the immediate stress response are better protected against the potential damage caused by an overshooting future activation. This is achieved at several different levels: through the suppression of c-AMP-formation in response to adrenergic stimulation, through compromising cerebral energy mobilization or through the reduced formation of neurotrophic factors, growth of processes and synaptogenesis.

Glucocorticoids have been shown to potentiate the glutamate-induced damage to neurons and their dendrites and are therefore able to interrupt the neuronal circuits involved in the initiation and propagation of the central stress response. The hippocampal pyramidal neurons are endowed with the highest density of glucocorticoid receptors and are therefore especially vulnerable to long-lasting elevations of circulating glucocorticoids caused by the uncontrollable stress. Also the noradrenergic axons and nerve terminals in the cortex appear to be particularly susceptible under such conditions and tend to retract and to degenerate. At the behavioral level, high concentrations of circulating glucocorticoids have been shown to facilitate the extinction of previously acquired reactions.

The common feature of all these different effects caused by the activation of the HPA-system in the course of the uncontrollable stress response is their destabilizing influence on the previously established neuronal connectivity. The facilitation and stabilization of neuronal circuitry triggered in the course of previous controllable stress response is thus opposed, attenuated or even reversed in the course of an long-lasting uncontrollable stress. The destabilization of the previously established neuronal connectivity in cortical and limbic brain structures may lead to fundamental changes in cognition, emotion and behavior and, at least in the adult brain, may be a prerequisite for the acquisition of novel patterns of appraisal and coping and for the reorganization of the neuronal connectivity in cortical and limbic associative networks.

Throughout life, the repeated experience of the controllability of stressors is normally alternated by feelings of loss of control. The central adaptations resulting from the repeated exposure to controllable stressors are thus at least partly destabilized during periods when the loss of control is experienced. The activation of the central stress responsive systems by repeated experiences of controllable stress facilitates neuronal

circuits and synaptic connections mainly through the activation of the central noradrenergic system. The neuroendocrine changes associated with the experience of uncontrollable stress, on the other hand, favor synaptic regression and the destabilization of previously established synaptic pathways and neuronal circuits. As long as the activation of the central stress system can be terminated by a cognitive, emotional or behavioral reaction, the neuronal circuits involved in this response become facilitated.

If no cognitive, emotional or behavioral responses are available to terminate the activation of the central stress response system, the underlying neuronal networks become destabilized. This may provide novel opportunities for the reorganization of neuronal circuits and the acquisition of novel coping strategies for a more efficient control of the novel environmental demands. But more often such destabilization processes pave the way into the manifestation of various kinds of psychopathologies.

Realization and appraisal of stressful problems and the choice of adequate coping strategies are subjective phenomena which are guided by previous subjective experience

The nature of what an individual considers life threatening, stressful challenges changes together with, and as a result of his improving sensory cognitive and intellectual realization of, and interaction with, the outside world. In infants, a stress response is initially only elicited in situations that demand the satisfaction of a basic need. Later, the central stress-responsive systems are most frequently activated by the recognition of certain social and cultural rules which prohibit the satisfaction of such a need. In the course of their socialization, individuals develop additional needs which are no longer basic but culturally acquired.

The strategies which are chosen by an individual to meet each one of these challenges are strictly dependent on his previous experiences. ‘Successful’ behavioral strategies, i.e. the neuronal networks involved in the activation and execution of certain cognitive, emotional or behavioral reactions which make a certain type of stressor subjectively controllable, become increasingly reinforced and facilitated. Inadequate strategies which repeatedly fail to suppress and to silence the central stress respon-

sive systems will either be eliminated or will become a constant source of dysregulation. By this self-optimization process, the cognitive, behavioral and emotional reactivity of an individual is fitted in a stepwise, trial-and-error manner to its changing environmental demands.

All newborns possess a certain repertoire of behavioral reactions which are activated in the course of, or together with, the activation of the central stress responsive systems when their homeostasis is threatened by cold, hunger, thirst etc. Thus, they all make the repeated early experience that their reactions are suited to terminate the central responses elicited by stressful experiences. This early recognition of the controllability of a stressor by an own action is one of the earliest associative learning experiences of a child and it has a strong imprinting impact on the developing brain. It is the prerequisite for the acquisition of an ever increasing repertoire of more and more specific and refined behavioral strategies for the control of stressors.

This repeated experience of the controllability of stress is a prerequisite for the acquisition of behavioral strategies which allow an individual to act and not simply to react. The more successful these actions are, the more will the neuronal pathways and synaptic connections involved in a certain type of adaptive behavior become strengthened and efficient coping skills for certain types of stressors be developed. The ability to deal successfully with stressors strengthens the self-esteem and feelings of self-efficacy as much as the range of problem-solving skills of an individual. Consequently, the experience of the controllability of problems is the predominating experience and the driving force for the later development of those individuals of a social group which, within the socio-cultural and age-specific context of this group, will become the most successful, the most clever, but not necessarily the most flexible and the most stable ones.

Such personal qualities emerge already at rather young ages. They can only be developed on the basis of secure stable affectual relationships during early childhood and favorable temperamental attributes. It is important, that stressful experiences are encountered at a time and in a way that allows the feeling of the controllability of stress to increase through appropriate responses. Reinforcing interactions with and responses from other people are important prerequisites for the promotion of self-confi-

dence and self-esteem. A child's ability to cope successfully with stress is therefore never due to the buffering effect of some supportive factor. Rather it is determined by the chain of sequential experiences made under the prevailing conditions of a given familial and socio-cultural context.

Subjective experiences and the quality of early affectional relationships have long lasting impacts on brain development and behavior

Secure emotional relationships between the child and its caregivers are of uttermost importance for the integration of novel experiences into the already existing patterns of neuronal connectivity in the developing brain. When a new stimulus reaches the brain, it will elicit a certain kind of arousal in the associative networks. If this arousal pattern is identical with the pattern of arousal formed by the activation of already established neuronal connections, founded by earlier experiences, the new stimulus will be reorganized as already known and responded as usual, i.e., routinely.

If the novel arousal pattern is at least a bit similar to the already existing patterns formed by earlier experiences, it may be integrated into these old patterns and will thus become stabilized as an extended, more complex pattern of neuronal activity. This is the way, how children, and adults, learn. If this integration is impossible, because the novel arousal pattern is too strange and cannot be associated with any already existing pattern, the child may either neglect the challenge or, if the stimulus or the problem is large enough and does not disappear, activate an emergency reaction.

All mammals process such very old, genetically programmed emergency reactions: fight, flight, and if neither the activation of one or the other does solve the problem, freezing. The latter is associated with a so-called uncontrollable stress response, which causes a massive and long-lasting release of stress hormones which may cause destabilization of already existing neuronal connections and hamper the formation of new ones. Under such condition of helplessness, nothing can be learned and already stored knowledge cannot be activated and the respective neuronal connectivity patterns may even get lost permanently.

Secure emotional relationships provide the most potent protection

against such overload and its consequences on the brain. They act to resilience the stress-system under conditions of massive arousal by too strange experiences or too strong stimulation. In the other extreme, when the novel stimulus is not very strong, secure emotional relationships act as ‘emotional enhancers of arousal’. The child is thus encouraged and motivated in its attempts to realize and integrate a novel, otherwise too weak, stimulus. If such support by secure attachment relationships are not available to a child, it is easily either flooded by an overload of stimuli, no stable activation patterns can then be formed and integrated in the brain structures, or it is insufficiently aroused, and therefore no sufficiently strong activation patterns are build up and can be integrated in the brain. Therefore, the quality of the relationship to its caregivers may either favor or hamper the acquisition of own knowledge and competence by the child and affect the complexity of the structural maturation of its brain in a beneficial or detrimental manner.

It is during the first three years of life when the vast majority of synapses is produced. The number of synapses increases with astonishing rapidity until about the age three years and then steadily declines throughout the first decade of life. A child’s brain becomes super-dense, with twice as many synapses as it will eventually need. Brain development is, then, a process of pruning, i.e. use-dependent structuring. This is why early experience is so crucial: those neuronal networks and synaptic pathways that have been stabilized by virtue of repeated early experience tend to become permanent; the synapses that are not used often enough tend to be eliminated. In this way early experiences, positive or negative, have a decisive impact on how the brain is wired.

Compared to other primates, the maturation of the human brain, especially of the higher frontocortical brain regions, is enormously prolonged in our species. It reaches a much higher degree of complexity and is much more affected by early experiences, by use- and disuse- dependent plasticity. The most delicate neuronal networks of the frontal cortex are the sites where the most complex, most sophisticated and the most human-specific brain functions will be generated: goal-oriented behavior and motivation, self-concept, and self-efficacy, impulse-control, consciousness, and the ability to transcend own thoughts and intentions into larger contexts.

Also the ability to feel what others feel, and to experience feelings of connectedness, peace and love are generated by the most intricate neuronal networks located in the frontal, frontoorbital, cortex. These networks and the abilities mediated by them are not preformed by an inherited genetic program. They all must be acquired, stabilized, and facilitated by experience dependent plasticity, i.e., by education, socialization, and enculturation.

Genetically driven are only the enormous offerings made in individual brain areas, including the frontal cortex, at certain periods in the form of an overproduction of neuronal dendritic and axonal processes and an overabundance of synaptic contacts, critical periods. How many and which of these offerings can be maintained and become integrated into larger functional networks is dependent on their stabilizing inputs, i.e. the complexity of experiences made by a child during these early critical periods of brain development. But the most complex and most slowly developing neuronal networks in the frontal cortex are not only vulnerable to the lack of stabilizing inputs. They are at least as vulnerable to overstimulation and to the destabilizing influences mediated by ascending projections from subcortical, limbic, hypothalamic, and brain stem, stress-sensitive systems. The enduring activation of an uncontrollable stress response will seriously hamper and suppress the elaboration and stabilization of the complex neuronal and synaptic connections in higher cortical association areas.

If a child experiences constant stress and anxiety, e.g. from not being able to structure and understand the world around it, or from the absence of grown-ups relieving the anxiety, the structuring of the brain risk be destabilized and regressing. Instead of structures enabling problem solving, the experience of own inability and incompetence is then structurally anchored in the developing brain. The part of the brain that is particularly open to the outside influences is the frontal cortex in which the experiences of learning and socialization are structured.

2. A neurobiological view on the conceptualization of psychiatric disorders

The development of the human brain is much less (pre-)determined by genes than previously thought. Our brain is a self-organizing, open sys-

tem, characterized by an enormous degree of experience-dependent plasticity. Especially in the higher brain regions, the connections between nerve cells are structured by use and disuse, i.e. by activity patterns which are generated in the brain by sensory inputs. The more complex the situations we learn to deal with, the more sophisticated are the experiences we make, and the larger will be the degree of connectivity formed between the nerve cells in our higher brain centers.

It is paramount for the development of the brain, and thus for the ability to internalize emotional, social and intellectual knowledge, that the child is surrounded by grown-ups that help it relieve anxiety and stress by teaching it how to master problem solving in challenging situations thus creating new experiences. Since the brain cannot stimulate itself to develop the needed functionality, and the child won't know how to, the child depends on the grown-ups around it to provide the stimuli. Secure emotional relations with the primary care takers are therefore so important.

Aversive early relational experiences increase the vulnerability and predisposition for mental disorders in later life

During early childhood, aversive or insecure attachment relationships are the most important trigger for the activation of uncontrollable stress-responses. Therefore, insecurely attached children are unable to develop a highly complex neuronal and synaptic connectivity in their brain, especially in the frontal cortex. They have difficulties to acquire a broad spectrum of different coping strategies, to maintain a high level of creativity and curiosity, to constructively interact with others, and to develop feelings of connectedness, love, and peace. Instead such emotionally labile children will tend to use and facilitate various less sophisticated, pseudo-autonomous, egocentric, and even autistic behavioral strategies. They have difficulties to feel what others feel and to accept social rules. They are unable to control their impulses and they tend to various forms of violent destructive behavior. Because of their poorly developed self-concept and their lack of self-efficacy, such children can easily be manipulated by 'strong others'. Therefore all totalitarian regimes have always made special affords to systematically disrupt the formation of secure early attachment relationships between mothers and their children.

Already during childhood, such children rarely enjoy unworried playing especially together with others. They are not deeply rooted in their own body, and lack the feeling of connectedness with others and with nature. Their feeling of faith and trust is poorly developed and therefore they make special efforts to gain control. Some of them develop very successful strategies to adjust their own feelings and behaviour to the expectations and demands of others. Some learn quite perfectly to dominate or manipulate others. Both coping strategies and the underlying neuronal networks become the more facilitated, the more often they are experienced as successful by the respective child.

For a certain period in their life and under social and cultural conditions which favor the suppression of own feelings and desire as well as the manipulation and domination of other persons for the achievement of a high social status, such strategies may temporarily appear to be rather adaptive and successful. Self-neglect, self-manipulation, egocentricity, and masochism are then regarded to be as 'normal' as corruption, careerism, the strive for power, and domination or sadism.

However, the acquisition and facilitation of such strategies to regain control will earlier or later lose its adaptive value. This is usually experienced rather late by all these subjects who apply such strategies most successfully in a given society. All those, who experience their attempts to regain control over their environment as unsuccessful, are left behind with the feeling of personal failure, of helplessness, and experience a long lasting uncontrollable activation of their stress-responsive neuronal networks and their HPA-System. Some of them develop some kind of chronic somatic disorders. They become sick and somehow the respective somatic disease may be regarded as the only one coping strategy, that was found by their body and which terminates this persisting, life-threatening uncontrollable stress experience.

Another, also unconsciously discovered strategy to terminate this uncontrollable stress response may be found by the brain of individual persons itself by a process of self-organization and reorganization. In the cause of this process, one or the other of an already existing neuronal network will become activated and may then act to dominate not only the behaviour of the respective person, but also its cognitions and emotions.

The manifestation of mental disorders as self-organized reorganization and stabilization of neuronal connectivity in the face of uncontrollability and helplessness

The acute response of the brain under conditions when a stressful experience cannot be terminated by an already established and stabilized coping strategy is regression. Under such conditions, the arousal of neuronal networks in the higher cortical regions, especially in the prefrontal cortex, exaggerates to such a degree, that no specific neuronal connection can be activated to terminate the stress by an adequate behavioral response. Under such conditions, the more stable connections in the deeper and older brain regions remain the only ones that can be activated. Most stable are the so called emergency response patterns in the brain stem. Their activation leads to the most primitive coping behaviors: fight, if this is not possible, flight, and under conditions where neither fight nor flight is possible, freezing.

None of these primitive emergency reactions can be activated for longer periods. Eventually, some other neuronal network and behavioural response will earlier or later become activated. If it elicits a behavioral response which is somehow suited to terminate the stress and helplessness, the respective neuronal connections will become facilitated and stabilized like any other successfully applied coping strategy. Then however the thoughts, the feelings and the behavior of the respective person will increasingly become and his or her behavior will increasingly be guided and dominated by the suchwise stabilized neuronal network.

This state is then called psychopathology or mental disorder. The respective network responsible for these mental states will differ between individuals. It may lead to a symptomatology called obsessive-compulsive-disorders in some individuals, in others to addictive disorders, to manic or depressive symptoms, panic disorders, psychotic states etc..

Which kind of symptoms will prevail, depends on the kind of network that became activated and tuned out to be suited to somehow terminate the state of uncontrollability and helplessness for this specific person. Someone who made already the experience that alcohol consumption may be helpful in difficult situations, is likely to manifest an alcohol-addiction, and someone who successfully applied strategies of control

already earlier is more likely predisposed to manifest an obsessive-compulsive-disorders.

Impact of this neurobiological perspective on the prevention and treatment of mental disorders

As long as mental disorders are conceptualized as manifestations of certain genetic traits and of metabolic or transmitter imbalances resulting from such genetic predispositions, the search for effective strategies for the prevention of such disorders is *a priori* limited. At best, some strategies may be developed to earlier diagnostics in order to start psychopharmacological or psychotherapeutic treatments somewhat earlier. From the neurobiological perspective presented here however, the connectivity the connectivity of the human brain appears much less determined by genes. Instead, the human brain is much better described as a self-organizing, open system characterized by an enormous degree of experience-dependent plasticity.

In order to enfold this potential, negative aversive experiences must be avoided already during early childhood. The more complex the situations a child learns to deal with, the more sophisticated are the experiences it makes, and the stronger will be the degree of connectivity established between the nerve cells in its higher brain centres. The broader of come will then be the spectrum of different coping strategies to cope with certain stressors in later life.

The uttermost prerequisite for the unfolding of this potential is security and predictability of the experiences made during childhood in the relation to other persons, especially its primary caregivers. One of the most negative experiences made already by many children and by some persons also in later life is their instrumentalization as objects by other persons. In order to pave the way to a culture of non-violence and participation, particular efforts must therefore be made to strengthen the relationship between parents and their children as early as possible, i.e. already during pregnancy and to protect children against insecurity, anxiety, and stress during early childhood.

Since most parents are not aware of the sculpturing influences of their own relationships on the developing brains of their children, education programs may help and should be installed to overcome this deficit.

These programs should aim to strengthen the affectual relationship between parents and their children, to inform the public about the negative influence of psychosocial and other stressors on brain development, and to help to prevent distortions of the relationship between parents and their children by aversive, traumatic or neglecting experiences. Particular affords must be made to support secure attachment relationships and the feeling of emotional stability in our children, if we want to create a more peaceful world. Only then human subjects will have a chance to unfold their full potential.

It will certainly take time to establish such prevention programs worldwide. Currently, all prognoses still predict a massive increase of mental disorders, especially of anxiety related and depressive disorders in the highly industrialized countries. Therefore, it is also worthwhile to assess current treatment strategies for persons suffering from mental disorders under this novel neurobiological perspective. One of the most promising developments in this field is an increasing loss of faith and believes in the further progress of psychopharmacological approaches for the treatment of psychiatric disorders.

At the same time psychotherapeutic treatments become increasingly recognized to initiate and to support reorganization processes in the client's brain in a much more specific and predictive way compared to psychopharmacological treatments. And, most interesting, the efficacy of psychotherapeutic interventions is primarily dependent on the quality of the relationship between the individual patient and her or his therapist. The psychotherapeutic approach and networks applied play a much less important role than previously thought. Consequently, psychotherapists should be able to apply large spectrum of psychotherapeutic interventions. They may then choose treatment strategies according to the specific needs and requirements of each client.

Less fruitful from a neurobiological perspective appears the increasing pressure to focus psychotherapeutic interventions on the symptoms developed by individual patients and to accurately define and classily these symptoms as specific mental disorders. If the human brain is a highly plastic and adaptive organ, it is simply impossible to accurately define and classily these symptoms as specific mental disorders. If the neuronal connectivity in the human brain is shaped by experience-dependent

plasticity and self-organization, no clear cut borders can exist between various kinds of mental disorders. Instead, each person suffers in a specific, individual manner and develops his or her specific connectivity of neuronal networks. The ideas that something like a normal standard human brain exist ought to be replaced by the fact, that each person has its own unique brain.

Summary

The most important finding made in the field of neurobiological research during the last decade is the discovery of the enormous experience-dependent plasticity of the human brain. The elaboration and stabilization of synaptic connectivity, and therefore the complexity of neuronal networks in the higher brain centers depend to a far greater extent than previously believed on how, or rather, for which purpose, an individual uses his brain, the goals pursued, the experiences made in the course of his life, the models used for orientation, the values providing stability and eliciting a sense of commitment.

The transmission and internalization of culture-specific abilities and of culture-specific values is achieved primarily during childhood by non-verbal communication, mirror neuron system, imitation learning, as well as by implicit and explicit experiences, reward system, avoidance and reinforcement learning.

Therefore the structural and functional organization of the human brain is crucially determined by social and cultural factors. Especially the frontal cortex with its highly complex neuronal networks involved in executive functions, evaluation and decision making must be conceptualized as a social, culturally shaped construct.

Secure affectual relationships and a broad spectrum of different challenges and an experience of mastery are required to stabilize sufficiently complex networks and internal representations for metacognitive competences in the brain. This delicate process of experience-dependent organization of neuronal connectivity is seriously and often also persistently hampered or prematurely terminated by uncontrollable stress experiences. This danger ought to be minimized by education programs aiming at the implementation of values of connectedness to others and to

nature during the period of brain maturation, when the frontocortical circuitry for such metacognitive competences is established.

References

This contribution is a comprehension and a framework constructed on the basis of numerous original articles that have been published in the field of brain research, developmental neurobiology, and psychology in recent years. For the sake of clarity, citations of original work and references to related articles are not included here. The following reviews may serve as guidance to these original references.

Bibliography

- Eisenberg, L. (1995): The social construction of the human brain. *Am. J. Psychiatry* 152:1563-1575.
- Giedd, J. N.; Blumenthal, J.; Jeffries, N.O. et al. (1999): Brain development during childhood and adolescence: a longitudinal MRT study. *Nature Neuroscience* 2(10):861-863.
- Hüther, G. (1996): The central adaptation syndrome. *Progress in Neurobiology* 23:569-612.
- (1998): Stress and the adaptive self-organization of neuronal connectivity during early childhood. *Int. J. Devl. Neuroscience* 16:297-306.
- (2006): The compassionate brain. Boston: Trumpeter.
- Hüther, G.; Doering, S.; Rüger, U.; Rüther, E.; Schüssler, G. (1999): The stress reaction process and the adaptive modification and reorganization of neuronal networks. *Psychiatry Research* 39:83-95.
- Liu, D.; Diorio, J.; Day, J. C.; Francis, D. D.; Meaney, M. J. (2000): Maternal care, hippocampal synaptogenesis, and cognitive development in rats. *Nature Neurosci* 3:799-806.
- Gerald Hüther, Prof. f. Neurobiologie • Univ. Göttingen • Von-Siebold-Str. 5 • 37075 Göttingen • ghuethe@gwdg.de

Comprehensive Therapeutic Approach to Psychic Disorders. Reality or Wishful Thinking?

Raymond Battegay (Basel)

The necessity to abandon hypnosis in favor of an analytical procedure can now be seen only as a too conclusive act in the face of latest requirements on psychoanalysis. Maintaining the elucidated character of the analysis, was only accessible on the condition by turning demonstrable the personality of the therapist in therapeutic dialogue in form of countertransference, so that any persuasion was excluded. The acceptance of neuroscientific findings was to make the verifiability of the changes in scientifically guided practices apparently experienced. The third moment a comprehensive approach must be prepared to at last, was the increasingly growing preference of narcissistic disorders, which makes inevitable the extensive presence of the therapist because of early neglecting of patients.

Keywords: hypnosis, psychoanalysis, four historical blows, dynamic psychiatry, narcissistic disturbances, counter-transference

Within volume 16 (SE) of his ‘Introductory lectures on psychoanalysis’ (part 3, 1916-1917), in lecture 27 with the title ‘Analytic therapy’ (pp. 448-463), FREUD describes on pages 450-451 his view of the difference between hypnotic treatment and psychoanalytic therapy:

Hypnotic treatment seeks to cover up and gloss over something in mental life; analytic treatment seeks to expose and get rid of something. The former acts like a cosmetic, the latter like surgery. The former makes use of suggestion in order to forbid the symptoms; it strengthens the repressions, but, apart from that, leaves all the processes that have led to the formation of the symptoms unaltered. Analytic treatment makes its impact further back towards the roots, where the conflicts are, which gave rise to the symptoms, and uses suggestion in order to alter the outcome of those conflicts. Hypnotic treatment leaves the patient inert and unchanged, and for that reason, too, equally unable to resist any occasion for falling ill. An analytic treatment demands from both doctor and patient the accomplishment of serious work, which is employed in lifting internal resistances. Through the overcoming of these resistances the patient's mental life is permanently changed, is raised to a high level of development and remains protected against fresh possibilities of falling ill. This work of overcoming suggestion is the essential function of analytic treatment; the patient has to accomplish it and the doctor makes this possible for him with the help of suggestion operating in an educative sense. For that reason psychoanalytic treatment has justly been described as a kind of after-education. (FREUD 1963, pp. 450-451)

With these simple introductory words, Sigmund FREUD indicated how to encourage people who begin psychoanalysis. They receive a framework that may help them to understand that not only the therapist, but also they themselves have to become active to achieve promising results. FREUD himself, with his enormous knowledge and writings, provided the basis for deep insight into what in our conscious and unconscious life and subsequently influences our life. In his New introductory lectures (1932/1933) he writes of the psychoses:

It is here, indeed, that hope for the future lies: the possibility that our knowledge of the operation of the hormones [...] may give us the means of successfully combating the quantitative factors of the illnesses. But we are far from that today. (FREUD 1964, p. 154)

This remark of FREUD shows that he saw the human being as a psychosomatic entity, in which all of what can be seen as mental is at the same time also somatic.

In his lecture 'A difficulty in the path of psychoanalysis' (vol. 17 SE) FREUD's statements on psychoanalysis, says among other things:

As is well known, psychoanalysis is concerned with the elucidation and removal of what are called nervous disorders. A starting-point had to be found from which to approach this problem, and it was decided to look for it in the instinctual life of the mind. Hypothesis about the instincts in man came to form the basis, therefore, of our conception of nervous disease. (FREUD 1955,)

At another place in this lecture he writes:

Our therapeutic efforts have their greatest success with a certain class of neuroses which proceed from a conflict between the ego-instincts and the sexual instincts. For in human beings it may happen that the demands of the sexual instincts, whose reach of course extends far beyond the individual, seem to the ego to constitute a danger which threatens its self-preservation or its self-esteem. The ego then assumes the defensive, denies the sexual instincts the satisfaction they desire and forces them into those by-paths by parts of substitutive satisfaction which become manifest as nervous symptoms. The psychoanalytic method of treatment is then able to work through this process of repression to revision and to bring about a better solution of the conflict, one that is compatible with health [...]. The condition in which the ego retains the libido, called by us 'narcissism,' in reference to the greek legend of the youth Narcissus who was in love with his own reflection. Thus in our view the individual advances from narcissism to object-love. But we do not believe that the whole of the libido ever passes over from the ego to objects. A certain quantity of libido is always retained in the ego. (FREUD 1955,)

FREUD recognized that human experience can successfully be achieved by consequent psychoanalysis. When an individual is in analysis, we can't simply apply the same scheme. Rather in the first sessions we have to evaluate the kind of personality she/he has. If, for example, he/she is obsessive or has a tendency to depression or has a very strong superego or is narcissistically disturbed and always feels that others disregard her/him; or he/she if they tend to grandiosity, which is often a compensation of missing confidence in themselves, a psychoanalyst has to adapt to a certain degree to the character of the patient.

As FREUD (vol. 17 SE, pp. 135-144) writes, in the 16th century, when COPERNICUS discovered, that the earth is not the centre of the world, humanity as a whole received a blow. A second blow for human beings was the result of the research of Charles DARWIN, who found that the human being in his physical structure and his mental dispositions is a descendent of animals. A third blow occurred with psychoanalysis, which proved that the human being is not master of himself, but also dependent on his unconscious mind. At the end of the 20th and the beginning of the 21st century came a fourth blow, that mind and body can no longer be separated. A book written by the Nobel Prize winner Eric R. KANDEL together with Thomas M. JESSELL and James H. SCHWARTZ (2000) explains the newest scientific results, through which they proved, that what in former times was called mental or somatic is in reality an entity. SCHWARTZ writes:

Modern thinking about consciousness is materialistic: Neuroscientists and philosophers now take for granted that all biologic phenomena, including consciousness, are properties of matter. This physical stance breaks with the tradition of dualism stemming from ancient greek philosophy. (SCHWARTZ 2000,)

This knowledge makes it difficult to believe what is commonly thought in the monotheistic religions, that the human soul is eternal. Now we can only say that humans live on in the genes of the following generations. But perhaps all humans could think that, through each encounter with another human, at least a certain image remains in his/her unconscious. Despite the last blow mentioned above we could therefore say that we may have the chance to live on in the conscious and unconscious memory of other humans. The psychoanalyst knows that her/his words and gestures are perceived through the ears and eyes of the analysed person

and through this influences the emotions of the whole human being. Naturally the patient also influences the analyst and may even activate a countertransference.

Psychoanalysis is always a deeply experienced relationship between the analyst and the analysed person. It demands frankness of the person who has decided to undergo this procedure, which has the aim to explore not only conscious ideas, but also unconscious spheres. It is therefore the task of the psychoanalyst to interpret the dreams and the defence-mechanisms and to discover unconscious emotional and intellectual complexes that may have disturbed the subjects well-being in life and professional work and may have lead him off on false tracks in his life. Certainly the technique of psychoanalysis can still be used profitably today. But because of the modern developments in our knowledge about the functions of the brain and the influence of the different theories about the functioning of psyche by numerous authors (e.g. Alfred ADLER 1920, C.G. JUNG 1945, Heinz KONUT 1971, Otto F. KERNBERG 1980, D.W. WINNICOTT 1965, Günter AMMON 1973, Gaetano BENEDETTI 1964, Raymond BATTEGAY 1971 and others) and the discoveries of the Nobel Prize winner KANDEL and coworkers (2000) we know that the human being is a unity and cannot be divided into psyche and soma. From this point of view psychoanalysis by listening to the words and observing other expressions of the analysed person, which have homologs in the brain, discovers a message from the human entity.

Günter AMMON (1973) was one of the first psychoanalysts emerging from the famous Menninger Clinic and School of Psychiatry in the USA. He declared that this kind of psychotherapy, in contrast to the standard school psychiatry, is interested in psychodynamics of the patients, first within the familygroup, second in the actual life situation, and third during the diagnostic examination situation. These points are, according to AMMON, essential for understanding patients with mental problems. These are the principles from which the psychotherapist basically works in the tradition of psychoanalysis.

In January 2012 the American Academy of Psychoanalysis and Dynamic Psychiatry changed the name of its official journal to 'Psychodynamic Psychiatry'. In an introductory paper FRIEDMAN and DOWNEY (2012) explained this change:

The academy made this decision because of concern for the preservation and development of psychodynamic principles in the understanding and treatment of mental disorders as well as understanding of normal psychological functions. (FRIEDMAN, DOWNEY 2012,)

In other words, the editors wanted with the change of the name of the journal and of the therapy to enable the therapy maintain and enlarge the possibilities of treatment of persons who seek psychological elucidation. By changing the name of the method used, the therapists are no longer totally dependent of the theories of Sigmund FREUD from the end of the 19th and the first half of the 20th century. That change of the name from psychoanalytic to psychodynamic, however, does not mean in times in which psychoanalysis is being used to denote a treatment method which is not as successful as similar methods with other names. Perhaps the designations that are presently being used help to overcome prejudices against psychoanalysis.

In this context is also important to note that the newer psychoanalytic theories and therapies followed the development of society. In a world in which both parents want or have to work and often must give up their small children at least for a few hours each weekday to a organized childcare, the children often do not receive enough emotional attention. It is, therefore, not astonishing that since the middle of the 20th century many authors of psychoanalytic origin such as R. A. SPITZ (1945), D. W. WINNICOTT (1965), H. Kohut (1971, 1977), O. F. Kernberg (1974), BATTEGAY (1977), have written books on the healthy and pathological development of children with respect to the self and narcissism. In a time in which people have to adapt to ever more rules of behavior and laws, it is generally more difficult to develop one's self and with that also one's individuality. Therefore, narcissistic disturbances occur more than in the time of FREUD and manifest themselves in weak selves. Such people have difficulty defending themselves or develop a grandiose self with which they can receive recognition while also risking feeling narcissistically injured. In the psychoanalysis of these people the analyst has much greater difficulty providing the analysed person with interpretations because this person has a feeble self and may feel injured and offended. Until the relationship between the therapist and the patient has consolidated, it is necessary to adapt the interpretations to the person's sensitivity.

In narcissistically disturbed people, an interpretation by the analyst, is often experienced as sharp, the analysed person may conclude that she/he should immediately quit psychoanalysis. Or she/he may quit after severe and prolonged aggressive resistance. In such a situation that person may even become suicidal. Heinz KOHUT (1971), in his book 'The analysts of the self' (p. 4) writes that individuals with a narcissistic personality disorder generally can be treated by psychoanalysis. But, as he emphasizes, people with a very deep narcissistic disturbance may be threatened by a classic psychoanalytic procedure, and there is even the possibility of an irreversible desintegration of the (archaic) self or of narcissistically cathected objects.

For example: A 46 year old man, who studied physics came to me for psychoanalytic therapy. He had previously tried to receive help from a female psychotherapist. After a few therapeutic sessions he felt that he couldn't continue to go to her because her direct manner was hurting him. Already in the first session with me he described his father, who had held a leading position in a factory until age 65, and always had the tendency to degrade his son. For example, in the presence of a group of friends his father said that his son had copied the text of his dissertation from a book and got his doctoral degree this way. In reality my patient was very intelligent and had written his thesis himself in a totally correct way, receiving his doctoral degree from a Swiss university. In his childhood his mother often held him very close to her as if he were her husband, although she didn't directly misuse him sexually. She finally separated herself from the family and bought a house in the mountains, where she then lived. Thanks to his mother moving further away, my patient could distance himself from her. In the weekly analytic sessions he, with his weak self, had difficulties recognizing even with psychoanalytic help that he was an adult and should, step by step, learn to live with more self-confidence.

Nevertheless, he began to seek contact to young women and especially to a Chinese woman 15 years younger than him, who lived in Basel temporarily. He invited her to share an evening meal with him at a restaurant. But she refused, a fact that was difficult for him to bear. In the weekly psychoanalytic sessions he berated himself and said, that he doesn't react quickly enough when a young woman seems to want to

take up contact with him. Professionally he had began to work for architects helping them resolve physical problems when they are building houses. They hold him in high esteem. But as a sign that he had not yet attained a solid self, he billed them much below the norm rate.

Since he felt so good about his professional life at 48 years he took a job in a laboratory that was studying, among other things, the question of which kind of glass is best for protecting against cold weather and has the best optical qualities for windows. He became known as highly knowledgeable about the basic criteria for this work. That gave him support for his still feeble self. It also helped, that he idealised famous physicists such as Albert EINSTEIN. He has a photo of himself where the famous old physicist has long hair. All of a sudden my patient then fell in love with a Chinese woman again, who studied at the university of the town, where he lives and works. She had a small apartment in the same town and came to work at the mentioned university for one and a half years to continue the studies begun in her home country. Soon the relationship became intimate. This was the first time in his life. All their free time they spent together. She, however, had left her husband and her daughter in China, and after a year and a half she decided to return to her country because she didn't want to leave her daughter so far away from her for such a long time.

The relationship with her husband, however, was tense. She remained in contact with my patient for many years by mail, to which he always answered immediately. This relationship allowed him to strengthen his self-confidence. But after she left, he felt quite isolated in spite of his correspondence with her. In psychoanalysis he spoke again and again about his father's cruelty, from which he had suffered since early childhood. But also with his mother he remained in a very difficult relationship, because he still felt that she wanted to exploit him, since apparently the father was unable to satisfy her sexually. In analysis we spoke repeatedly of his Oedipus complex, which he fought against constantly. As his psychoanalyst I had still to be cautious in my interpretations, since he often reacted to them with depression, which could reach deep levels. At these times he suffered so much that he often phoned me to try to get calm again. When his mother got ill very severely, he visited her twice, but even then they got in quarrels, especially when she wanted to kiss him.

After her death he had mixed feelings about her. Not long after she had died, his brother behaved as though he alone could decide about her inheritance and especially about the house in the mountains where she had lived and which was her possession. As a reaction to his brother's ideas my patient felt that in this case he had to defend his position and to present a strong self.

In the cases of deep narcissistic disturbance and extraordinary helplessness, there is the danger that the analyst may assume the role of an uncritical helper. Such an attitude would be disastrous for the patient because he or she would develop more and more anxieties about taking the initiative to help him- or herself in situations in which his/her own actions are necessary. The psychoanalyst must be able to control his countertransference, which may lead to a position of his being the benevolent father in each situation. In these situations the analyst may feel fine, but the person being analysed under such conditions would become more feeble in his/her self.

Such conditions may also lead to interminable analysis, which FREUD described (1937) as a false development of any psychoanalysis, since it would disturb the autonomy of the person being analysed. Such a development should not happen in analysis, but it may happen that the analyst doesn't notice his counter-transference early enough and may be satisfied with acting in his wishful thinking e.g. as the vicarious father. I don't say that an analyst should not be allowed to have an emotional link toward his patient, but he should be conscious of his countertransference and should strive to help the person being analysed to obtain more autonomy in life. Otherwise, the therapy may remain only a wishful thinking on the part of both the analyst and the patient.

Summary

In volume 16 (SE) of the 'Introductory lectures on psychoanalysis' (part 3, 1916-1917) in his lecture 27 with the title 'Analytic therapy' (pp 448-463) FREUD describes his view of the difference between hypnotic treatment and psychoanalytic therapy,

Hypnotic treatment seeks to cover up and gloss over something in mental life; analytic treatment seeks to expose and get rid of something. The former acts like a cosmetic, the latter like surgery. The former makes use of suggestion in order to forbid the symptoms; it strengthens the repressions,

but, apart from that, leaves all the processes that have led to the formation of the symptoms unaltered. Analytic treatment makes its impact further back towards the roots, where the conflicts are, which gave rise to the symptoms, and uses suggestion in order to alter the outcome of those conflicts. Hypnotic treatment leaves the patient inert and unchanged, and for that reason, too, equally unable to resist any occasion for falling ill. An analytic treatment demands from both doctor and patient the accomplishment of serious work, which is employed in lifting internal resistances. (FREUD 1963, pp. 450-451)

Neuroscientists and philosophers now take for granted that all biologic phenomena, including consciousness, are properties of matter. The physical stance breaks with the tradition of dualism stemming from ancient Greek philosophy. The psychoanalyst also today knows however that his/her words and gestures are perceived through the ears and eyes of the analysed person and through this influences the emotions of the whole human being.

Günter AMMON (1973) was one of the first psychoanalysts, who introduced the term 'Dynamic Psychiatry'. He declared that this kind of psychotherapy is interested in the psychodynamics of the patients. This point, according AMMON is essential for understanding patients with mental problems. These are principles with which the psychotherapist basically works in the tradition of psychoanalysis. The psychoanalyst must be able to control his counter-transfluence. Otherwise therapy may remain a wishful thinking on the part of both, the analyst and the patient.

Literatur

- Adler, A. (1920): Praxis und Theorie der Individualpsychologie. München, Wiesbaden: Bergmann.
- Ammon, G. (1973): Dynamische Psychiatrie; p. 256. Darmstadt, Neuwied: Luchterhand
- Battegay, R (1971): Psychoanalytische Neurosenlehre. Eine Einführung. [Psychoanalytic theory of neuroses. An introduction] Bern: Hans Huber . [1986, 1994, Frankfurt: Fischer TB]
- Battegay, R (1977):
- Benedetti, G. (1964): Klinische Psychotherapie. [Clinic Psychotherapy] Bern, Stuttgart: Hans Huber.
- Freud, S. (1955): A difficulty in the path of psychoanalysis; pp. 135-144. SE 17.
- (1963/1995): Analytic therapy; pp. 448-463. SE 16.
- (1964/1995): New introductory lectures on psycho-analysis. SE 22.
- Friedman, R.; Downey, J. (2012): Psychodynamic Psychiatry and Psychoanalysis. *Psychodynamic Psychiatry* 40(1):5-22.
- Jung, C. G. (1945): Psychologische Betrachtungen Eine Auslese aus seinen Schriften. [Psychologic consideration. A selection of his publications] Zurich: Rascher.
- Kernberg, O. F. (1974):

Kernberg, O. F. (1975): Borderline-conditions and pathological narcissism. New York: Aronson.

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

— (1977):

Schwartz, J. H. (2000): Consciousness and the neurobiology of the twentyfirst century; pp 1317-1319. In: J. Schwartz, T. Jessell: Principles of neural science. New York: McGraw-Hill.

Spitz, R. A. (1945): Hospitalism: An inquiry into the genesis of psychiatric conditions in early childhood. *The Psychoanalytic Study of the Child* 1:53-74.

Winnicott, D. W. (1965): Ego distortion in terms of true and false self (1960); pp. 140-152. In: The maturational processes and facilitating environment. New York: Int. UP.

Professor and chairman of psychiatry emeritus of the University of Basel. Former head of the Psychiatric University Outpatient Department in Basel; private practice:
Delsbergerallee 65 • 4053 Basel • Switzerland • battegay@bluewin.ch

Friedensfähigkeit des Menschen und der Menschheit

Ingeborg Urspruch (München)

Psychoanalysis, especially the one further developed in Dynamic Psychiatry, is more than a treatment science; it includes an interpersonal (group-)understanding of human becoming and being and stands for a holistic concept of humankind thus available for social-psychological questions. The author demonstrates how experiences and findings in psychoanalysis can give information about peace ability and capability contained in personal, social and global relations and the prerequisites to achieve the former. Furthermore a selection of unconscious internalised conflict potential and unconscious tendencies is identified that prevent peace ability and pave the way for suppression and violence. The consciousness of the uniqueness of our human life and the vulnerability of our space of life, the earth, are shown through texts from peace-theatres.

Keywords: conflict psychology, traumatizing violence, inner strife, value orientation, tolerance

Voraussetzung den äußeren Frieden zu finden und zu leben ist die innere Friedensfähigkeit des Menschen. Im Frieden zu sein mit sich selbst bewirkt Frieden im Miteinander mit anderen. Der Mensch wird in seiner Persönlichkeit geprägt als Kind und ist damit Spiegel friedensfähiger oder ungelöst konflikthafter Dynamik seiner Familie und seiner Gesellschaft. Und er selbst prägt sie wieder als Erwachsener.

Konflikthäufigkeit, die einer friedlichen Lösung nicht zugeführt wird, kann Quelle von Gewalt sein, psychischer und physischer Gewalt. Als Psychoanalytiker wissen wir, dass Gewalt die Seele des Menschen und damit seine Persönlichkeit krank werden lässt und die Gefahr besteht, dass daraus wieder Gewalt entstehen kann.

Gewalt bringt Krieg und Krieg bringt keinen Frieden.

Erfahrungen aus der psychoanalytischen Therapie können Quellen von Gewaltbereitschaft aufdecken und Möglichkeiten eines Veränderungsprozesses aufzeigen. So kann Psychoanalyse mehr sein als eine Behandlungswissenschaft.

Innerer Unfrieden: Weg zur Therapie

Unsere Patienten, die zur Therapie kommen, sind in großem Maße im

Unfrieden mit sich selbst, mit ihrem Leben und mit der sie umgebenden Welt, in der sie gescheitert sind oder zu scheitern drohen.

Aus ihrer Familiendynamik kennen die Patienten Frieden auf unterschiedlich pathologische Weise: ‘Frieden, um des Friedens willen’ d.h. unter anderem Frieden durch Anpassung, Frieden durch Unterdrückung eigener Wünsche und Bedürfnisse, Frieden durch Tabuisierung von Konflikten. Solche Dynamik behindert eine Selbstfindung und Selbstentfaltung.

Und ganz besonders pathologischer Frieden wird erzwungen durch Gewalt. Die Patienten kommen aus Familien mit Gewalt, brutaler Gewalt, traumatischer Gewalt, psychischer und sexueller Gewalt. Als Kinder hoffen sie jeden Tag, dass die Gewalt ein Ende hat. Sie fühlen sich schuldig und versuchen, sich so zu verhalten, dass sie keinen Anlass mehr zur Gewalt geben. Dadurch wird eine gesunde Persönlichkeitsentwicklung gravierend behindert, bis hin zu schwerer psychischer Erkrankung.

Ein Kind, das ja hauptsächlich im Augenblick lebt, ist noch nicht in der Lage ein Ende abschätzen zu können. Ein Kind ist zu vielem noch nicht in der Lage, besonders seiner Familie gegenüber, von der es abhängig ist. Doch in der frühen Beziehung in der Familie liegt die Quelle des Lebens; schlimm, wenn sie Urquell traumatischer Gewalt ist. Zur Therapie kommen sie irgendwann nach einem unendlich langen Leidensweg, aus dem es kein Entrinnen gab.

Konflikte gewaltfrei lösen im Schutz der Therapie

Aufgabe der Psychoanalyse ist es den Patienten zu innerem Frieden zu verhelfen und zum Frieden mit ihrer Vergangenheit, um ihre Zukunft im eigenen Recht gestalten zu können. Frieden nicht im Sinne von Harmonisierung, sondern Frieden durch nachholende Selbstfindung, Selbstverwirklichung, Kontaktfähigkeit in kommunikativem Miteinander, Auseinandersetzungs- und Konfliktfähigkeit.

„Die Psychoanalyse ist eine Konfliktpsychologie, d.h. sie versteht das menschliche Verhalten aus dessen Konflikthaftigkeit“, schreibt Peter PASSETT im Vorwort des von ihm und Emilio MODENA 1983 herausgegebenen Buches: „Krieg und Frieden aus psychoanalytischer Sicht.“ (S. 13)

Als bedeutsam sehe ich dabei, dass die Psychoanalyse eine Konflikt-

wissenschaft ist unter Ausschluss von Gewalt. Damit steht sie seit ihrer Begründung durch Sigmund FREUD seit über 100 Jahren als Modell gewaltfreier Konfliktbewältigung zur Verfügung.

Der Lebens- und Entfaltungsraum der Psychoanalyse ist aber weitgehend noch der ‘goldene Käfig’ des Analysenzimmers, allmählich zunehmend hoffähig als Behandlungswissenschaft mit der expliziten Trennung zwischen psychisch Kranken und Gesunden, eine Grenze, die innerhalb der Psychoanalyse durch ihr Verständnis der Ganzheitlichkeit, bei AMMON: der Mensch in Krankheit und Gesundheit, längst aufgehoben ist.

Das Unbewusste

Eine zentrale Ursache der Tendenz, den goldenen Käfig verschlossen zu halten, d. h. die Anwendung psychoanalytischer Erkenntnisse auf die Behandlung psychischer Erkrankungen beschränken zu wollen, sehe ich in der Unkenntnis und damit verbundenen Angst vor der unbewussten menschlichen Dimension.

Psychoanalytische Erkenntnis ist, dass das Unbewusste des Menschen als etwas äußerst bedeutsames, Quelle menschlicher Kreativität, ist, aber auch, nicht nur bei Patienten, Konfliktpotenzial beinhaltet. Ohne Erkennen dieses unbewussten Konfliktpotenzials, das immer ein interpersonelles und damit ein gruppendifnamisches Konfliktpotenzial ist, sind die Menschen in ihrem Miteinander weltweit dem Unheil ausgeliefert, das dadurch verursacht werden kann.

Begreift man die Psychoanalyse als eine Wissenschaft vom Menschen insgesamt, so stehen ihre Erkenntnisse auch für die soziologischen Fragen wie z. B. die Frage von Krieg und Frieden zur Verfügung, was beispielhaft zu zeigen ist.

Streben nach Vollkommenheit und die Unvollkommenheit des menschlichen Seins

LESSING äußerte vor 200 Jahren, dass der Mensch seine Friedensfähigkeit erst aus der Unvollkommenheit seines menschlichen Seinszustandes entwickeln muss.

Seit Menschengedenken bewegen wir uns in der Dialektik von Ideal und Unvollkommenheit. Dies spiegelt sich in den Erlösungs- und Voll-

kommenheitswünschen in den Religionen der Welt und ebenso in den Projektionen dieser Wünsche auf weltliche Herrscher. Es spiegelt sich auch in den Familien, wo häufig die Eltern aus der Nichtakzeptanz ihrer Unvollkommenheit heraus Vollkommenheit auf ihre Kinder projizieren, was hohes Konfliktpotenzial und Behinderung adäquater selbstbestimmter Entfaltung der Kinder beinhaltet.

Je stärker der Mensch in Familie oder Gesellschaft in seinen Bestrebungen nach Selbstbestimmung und Selbstverwirklichung unterdrückt ist, je stärker er diese Bestrebungen unbewusst verdrängen oder verleugnen muss, um so unkontrollierter ist es möglich, dass sie sich einen projektiven Weg bahnen.

In besonderer Weise zu studieren ist die Dialektik zwischen dem Streben nach Idealen und der Unvollkommenheit des Menschen in der Hochkultur des antiken Griechenlands, in seiner Philosophie, seiner Kunst, besonders dem Theater, seinem Staatswesen und seiner Götterwelt. Grundlage ist hier das Streben nach Idealen unter Akzeptanz der Unvollkommenheit der Menschen und der Unvollkommenheit selbst der Götter des Olymps.

Akzeptanz der Unvollkommenheit lässt Ideale als Werte erscheinen, die anzustreben sind und nicht als unabdingbaren Anspruch, der zur Hybris führen kann.

Auseinandersetzung mit der Hybris des Menschen im Rahmen der Psychoanalytischen Theatertherapie

Mit diesem Thema, der Hybris des Menschen, habe ich mich mit meinen Patienten in meiner langlaufenden psychoanalytischen Theatertherapiegruppe mehrfach beschäftigt. Die Patienten suchen die Theaterstücke selber aus, wobei die unbewusste Identifikation mit den im Theaterstück behandelten Themen eine große Rolle spielt. Dabei geht es meist um das Aufeinandertreffen von Menschlichkeit und Destruktion.

In dem Stück ‘Ein Engel kommt nach Babylon’ von Friedrich DÜRRENMATT entsteht Destruktion aus der Hybris König Nebukadnezars. Nebukadnezar gibt vor, einen ‘perfekt sozialen Staat’ errichten zu wollen, in dem Bettler, die im alten Babylon als Weise galten, wie auch die Dichter, die nach Nebukadnezars Meinung ‘Gefühle beschreiben, die es

gar nicht gibt' keinen Platz mehr haben.

Was Nebukadnezar wirklich errichtet hat, ist die brutale Diktatur eines Wahnsinnigen. Jeder, der sich nicht unterwirft, wird gehenkt.

Nach Babylon wird von einem Engel als 'Gnade des Himmels' das 'soeben aus dem Nichts' erschaffene Mädchen Kurrubi gebracht, die ursprüngliche und unmittelbare Menschlichkeit vertritt. Sie soll dem Ärmsten der Menschen, dem Bettler Akki gehören.

Nebukadnezar verflucht seinen Gott, weil er Kurrubi nicht ihm als einsamen König gegeben hat. Kurrubi wird zu Beginn von allen begehrt, zuletzt auch vom Volke zum König gebracht, um Königin zu werden. Sie wird dann aber dem Henker übergeben, weil sie unbedingte Menschlichkeit von allen erwartet und der Forderung Nebukadnezars nicht nachkommen will, Gott zu verleugnen. Sie wird dadurch gerettet, dass der Henker der verkleidete Bettler Akki ist, der mit ihr durch die Wüste in ein neues Land, voll neuen Lebens und neuer Verheißung zu fliehen versucht, während Babylon untergeht.

Die Hybris Nebukadnezars hat ihn gegenüber Menschlichkeit und seinem Gott verblendet und damit sich, allmächtig fühlend, mit seinem Volk zum Untergang geführt.

In 'Faust 1' von Johann Wolfgang von GOETHE, unserem letzten Theaterstück, führt ebenfalls Faust sich und Gretchen durch seine Hybris ins Verderben.

Diese Theaterstücke hat das Leben geschrieben und sie sind heute noch Wirklichkeit auf der Bühne der Welt.

Zur Diskrepanz zwischen den Möglichkeiten der Psychoanalyse und ihrer Anwendung beklagt H. PETZOLD, dass es heute noch keine Psychogramme führender Politiker gibt und dass das Psychogramm HITLERS zu spät kam (vgl. PETZOLD 1986, S. 8). AMMON jedoch erwähnt in seinem Buch 'Der mehrdimensionale Mensch' dass Hitler bereits 1932 nach einem schweren psychotischen Anfall psychiatrisch untersucht wurde und als Diagnose eine paranoid-psychotische Persönlichkeitsstruktur festgestellt wurde. Dies fand jedoch weder Beachtung noch Verbreitung. (vgl. AMMON 1986, S. 326)

Psychische Persönlichkeitsstrukturen von Politikern sind auch heute noch völlig tabuisiert. Rationalisierung als Abwehrmechanismus ist tägliche Praxis in der Politik. Größenwahn ist uns in der Psychoanalyse

oft als tief unbewusst bekannt und daher bei vielen Patienten lange Zeit auch in der Therapie unerkannt.

Hybris des Menschen, gepaart mit Machtstreben, ist ein Beispiel dafür, was friedliches Miteinander bedrohen kann und den Weg zur Anwendung von Unterdrückung und Gewalt bahnt.

Was bedeutet Krieg?

Ich habe etwa zur Zeit der Friedensbewegung der 1970er und 1980er Jahre immer wieder reflektiert, warum so viele Menschen sich an Kriegen beteiligen, denn die Vision des Friedens enthielt ja der damals allen Beteiligten an der Friedensbewegung bekannte Satz: „Stell dir vor, es ist Krieg und keiner geht hin.“

Mir wurde dann klar, dass Soldaten meist unerfahrene, ganz junge Menschen sind, oft Menschen, in deren Familien Krieg als unabwendbar angesehen wurde, oder viele Menschen aus ärmeren Bevölkerungsschichten, für die nur durch ihren Beitritt zum Militär der Aufbau einer beruflichen Existenz möglich ist.

Und beim Sehen von Schreckensbildern von Kriegen und deren grausamen Folgen in den Medien und als erneut erwähnt wurde, dass vielfach psychische Kriegstraumata als solche staatlich nicht anerkannt werden, entstand in meiner Fantasie die Ansprache eines vom Krieg psychisch traumatisierten Soldaten an seinen Kriegsherren.

Der Soldat sagt:

„Du hast mich gelehrt Krieg zu führen. Du hast den Krieg dargestellt als eine gute Tat für meine Familie, meine Nation und die Menschen insgesamt. Du hast Dich geirrt, Du bist ein Verirrter und hast auch aus mir einen Verirrten gemacht. Du hast den Keim in Dir zerstört, der den Krieg verhindern oder die Taten des Krieges wieder gut machen könnte, die meine geistige Verirrung wieder gut machen könnte.“

Wenn es nicht genug Menschen gibt, die Deine Verirrtheit erkennen, bleibst du an der Macht. Du wirst Tausende oder Millionen von Menschen wieder belügen, wie du Dich belügst und wie Du mich belogen hast. Du wirst die Lüge Deines Lebens weiterleben, Du wirst die Lüge in der Menschheit weiter verbreiten, Du wirst die Lüge nähren und wirst immer wieder Wege finde, Deine Lüge zu glorifizieren.

Jeder Mensch, den Du so vergiftest, ist ein Verlorener für sich selbst

und für die Menschheit.

Ein Augenblick im Krieg hat mein Leben verändert: Ich habe einem Menschen in die Augen geschaut, der mein Feind sein sollte. Wir erhoben uns gleichzeitig jeweils an der anderen Seite eines Hügels, nur wenige Meter voneinander entfernt. Ich habe mich in seinen Augen erkannt. Aber in dieser Sekunde der tiefen Begegnung ging es nur noch um eines, entweder ich oder er. Und dann habe ich das getan, was mir als Soldat befohlen worden war: Ich habe geschossen.

Ich werde diese Begegnung nie vergessen. Ich werde mit ihr leben müssen, wenn ich kann.“

Gegen Krieg und Gewalt im Bewusstsein solcher traumatischer Folgen gibt es nur einen Weg: Die Frage der Friedensfähigkeit tausendmal zentraler und verstärkter in den Mittelpunkt der menschlichen Lebenswirklichkeit zu stellen und unseren Beitrag als Psychoanalytiker immer wieder öffentlich zu machen.

In der deutschsprachigen Literatur findet man Wortmeldungen von Psychoanalytikern, als das Wettrüsten im Ost-West-Konflikt seinen Höhepunkt erreicht hatte und die Möglichkeit durch die atomare Aufrüstung bestand, mit einem Knopfdruck die Erde oder große Teile der Erde auszulöschen. Ebenso gibt es veröffentlichte Analysen und Auseinandersetzung mit dem Problem der Gewalt und ihren Ursachen nach dem 11. September 2001.

Wie stets aktuell die Frage der Friedensfähigkeit ist, zeigt nicht zuletzt die derzeit erneut ansteigende Spannung zwischen Ost und West. Streben nach Freiheit und Demokratie haben in der Ukraine Terror und Gewalt auf den Plan gerufen und in vielen Ländern Afrikas und Asiens reißen Krieg, Terror und Gewalt nicht ab.

Die Kriege unserer Zeit sind zumeist ethnische und Religionskriege oder werden als solche deklariert. Friedensappelle der Kirchen reichen hier nicht aus, die Kirchen sind gefragt, die Hintergründe dafür aufzuarbeiten und den Menschen bewusst zu machen.

Was ist Friedensfähigkeit?

Friedensfähigkeit des Menschen entsteht aus einem komplexen Wirken unendlich vieler Faktoren. AMMON schreibt: „Friedensfähigkeit bedeutet geistige Stärke, Kreativierung und Erotisierung der dem Menschen

gegebenen Lebenszeit, Toleranz, Interesse, Humanität und Liebe.“ (1986, S. 325)

Frieden ist das kommunikative Miteinander der Menschen. Frieden ist eine ethische Einstellung, Frieden beinhaltet gemeinsame Ziele, Frieden ist bedingt durch Bindung an Werte, höhere Werte. Friedensfähigkeit bedeutet die Achtung des Anderen, die Fähigkeit, sich selbst zu kennen und das Interesse, den anderen kennen zu lernen und verstehen zu wollen. Zur Friedensfähigkeit gehört Konfliktfähigkeit ohne Gewalt. Frieden ist ein Ziel, das einen Prozess braucht, um erreicht zu werden.

Therapie insgesamt ist im tiefsten Sinne Arbeit zur Friedensfähigkeit. Selbsterkennen und die Bearbeitung pathologisch prägender Familiodynamik schaffen die Voraussetzung zu neuer eigener Wertorientierung.

Die Erkenntnis, welches Potenzial zur Friedensfähigkeit, und ebenso, welche gegenteiligen Tendenzen in jedem Menschen vorhanden sind, leitet eine innere Auseinandersetzung ein, die unter anderem mit einer Therapie begonnen werden kann. Aber sie ist ein lebenslanger Prozess, sie muss ein lebenslanger Prozess sein.

Wahrheitssuche und Selbstreflexion sind eine Voraussetzung und dies ist nur möglich, wenn in die innere Auseinandersetzung die Beziehungsdynamik der Familie und der Gesellschaft mit einbezogen ist, eine Beziehung besteht zur Weltgesellschaft, zur eigenen Geschichte und zur Geschichte der Welt.

Wer seine Vergangenheit nicht reflektiert und so seine Wahrheit nicht findet, den beherrscht seine Vergangenheit, wie Faust, und er steht in Gefahr unreflektiert nach falschen Werten zu streben. Er ist anfällig, wie Faust, von einem Mephisto beherrscht zu werden; es gibt unendlich viele Mephistos auf dieser Welt.

Uta OTTMÜLLER schreibt in ihrem Artikel ‘Licht am Ende des Tunnels? Die psychohistorische Entwicklung von Konfliktkompetenz’ über die Friedensbewegung der 1970er und 1980er Jahre:

Viele ProtagonistInnen und TeilnehmerInnen dieser ‘alternativen sozialen Bewegung’, die in der Soziologie auch ‘neue soziale Bewegungen’ genannt werden, entstammten Elternhäusern, in denen Gewalt als Erziehungsmittel abgelehnt wurde, oder sie hatten ihre schwierigen Kindheiten mit Hilfe therapeutischer Hilfe bearbeitet. Insofern kann ihre Neuheit auch als Ergebnis einer vorrangig kindheitsgeschichtlich verstandenen psychohistorischen Entwicklung gewertet werden. (OTTMÜLLER 2003, S. 15)

Therapie als Weg zu innerem und äußerem Frieden

Bereits FREUD hat in seinem Brief an EINSTEIN zur Frage des Friedens Stellung bezogen. Geprägt durch seine Todestriebtheorie bzw. Destruktions- oder Aggressionstrieb, hatte er eine eher pessimistische Haltung. Er schreibt: „Interessenskonflikte zwischen Menschen werden also prinzipiell durch die Anwendung von Gewalt entschieden.“ (FREUD 1950, S. 11) Einen Kern von Friedensfähigkeit sah FREUD aber in der Fähigkeit des Menschen zur Beziehungsherstellung und zur Entwicklung eines Gemeinschaftsgefühls.

In der therapeutischen Behandlung ist die Frage der Aggression von großer Bedeutung. Durch den psychodynamischen Ansatz, der Grundlage der Dynamischen Psychiatrie, ist die Trieblehre FREUDS abgelöst worden und so auch der von ihm postulierte Todestrieb. Wenn man das Adgredi des Kindes adäquat beantwortet, bleibt die Balance von konstruktiver, destruktiver und defizitärer Aggression erhalten. Nachholend muss dies in der Therapie geschehen. Die Bearbeitung der destruktiven Aggression ist Dreh- und Angelpunkt in der Therapie.

Destruktive Aggression entsteht durch Störung der gesunden Aggressionsentwicklung, dem wesentlichen Antrieb zum Handeln. Destruktive Aggression ist also behandelbar. Destruktion in ihrer negativsten Ausprägung, dem Töten eines anderen Menschen, ist also eindeutig als krankhaft anzusehen. Gleichwertig bedeutsam ist für mich die Bearbeitung des destruktiven Narzissmus. Der Zusammenhang zwischen Narzissmus und Machtstreben, das Gewalt beinhaltet, ist in Gesellschaft und Politik hinreichend bekannt.

Toleranz, die zur Friedensfähigkeit gehört, beginnt mit der Toleranz gegenüber eigener Grenzen und Bedingtheiten. Parallel dazu wächst automatisch die Toleranz dem anderen gegenüber. In der heutigen Zeit, in der ein weltweiter Kontakt zwischen allen Völkern und Kulturen dieser Erde stattfindet, ist das Interesse am anderen Menschen, am Anderssein Voraussetzung zur Entwicklung von Toleranz und friedlichem Miteinander.

Das Interesse am anderen führt zur Entwicklung persönlicher Beziehungen. Von der Politik alleine können wir den Frieden auf der Welt nicht erwarten. Die persönlichen Beziehungen zwischen Menschen ver-

schiedener Kulturen ist ein unerlässlicher Nährboden zur Verständigung der Völker dieser Welt.

Aus der Behandlung unserer Patienten wissen wir außerdem, dass unbewusst verdrängte Konflikte Kräfte binden, die sich vor der analytisch bewusst machenden Aufdeckung und Bearbeitung entweder gegen die eigene Person auswirken, z.B. in Form von massiven Schuldgefühlen und Selbstdestruktion oder unkontrolliert ins Leben agiert werden.

Die Bearbeitung und Überwindung setzt psychische Energie frei zur vorher durch die verdrängten Konflikte behinderten Persönlichkeitsentwicklung. Lösung der Übertragungsdynamik führt zur Ablösung der Elterndominanz, die zur Anpassung und Unterwürfigkeit gegenüber Autoritätspersonen im Erwachsenenalter geführt hatte. Wachsendes Selbstwertgefühl und Freiheit zum Handeln und Denken im eigenen Recht ist die Folge.

Abwehrmechanismen werden in der Therapie aufgedeckt und bearbeitet: Verleugnung, Verdrängung, projektive Abwehr mit der Folge der Entwicklung von Feindbildern. Gerade diese Abwehrmechanismen sind aber auch allgemein im menschlichen Miteinander weit verbreitet.

Friedrich DÜRRENMATT schreibt:

Dem Kampf einen Sinn zu geben ist leicht, weil wir uns vorlügen, der Sinn des Kämpfens liege im Frieden.

Mit dieser Lüge legen wir den Sinn in ein Ziel außer uns. Wir legen es in unseren Gegner und damit ins Unerreichbare, Denn auch, wenn wir den Gegner erlegen, steht gegen uns ein neuer Gegner auf, den erlegten zu rächen, den wir, um nicht seiner Rache zu erliegen, wieder erlegen müssen. So schieben wir den Frieden vor uns her, statt ihn zu erreichen. (1983, S. 183)

Psychotherapie ist ein komplexer Prozess, aus dem ich nur beispielhaft wesentliche Aspekte herausgehoben habe, die die Frage der Friedensfähigkeit unmittelbar tangieren.

Ziel der Therapie im Sinne von innerem Frieden ist die Bewältigung insgesamt pathogener Familiendynamik, sowie traumatischer Verletzungen, die Entwicklung von Identität durch Selbstfindung, Ernstnehmen eigener Bedürfnisse und Wünsche, Wahrnehmen und Akzeptanz der dem einzelnen Menschen gegebenen Möglichkeiten, Fähigkeiten und Grenzen, Streben nach erfüllter Arbeits-, Beziehungs- und Kommunikationsfähigkeit, Auseinandersetzung- und Konfliktfähigkeit.

Ebenso ein synergistisches Miteinander von Bewusstem und Unbe-

wusstem. Auch das Streben nach geistiger und kreativer Lebensgestaltung im Bewusstsein der Menschheitsgeschichte und dem gleichen Recht auf menschenwürdiges Leben aller Menschen dieser Erde.

Dass wir von unseren Kindern lernen können und sollten und sie von Geburt an als Persönlichkeiten im eigenen Recht zu würdigen haben, ist uns bekannt und hat Einzug gefunden in unsere Familien und unsere Pädagogik. Es ist an der Zeit, von unseren Patienten zu lernen. Sie haben durch ihre psychische Erkrankung die pathologische Familien- und Gesellschaftsdynamik, die bekanntermaßen über Generationen weitergetragen wird, durchlitten, in der Therapie offen gemacht und bewältigt. Sie verhindern so besonders eine Weitergabe der unbewusst verdrängten konflikthaften interpersonellen Dynamik von Familie und Gesellschaft an ihre Kinder und damit insgesamt an die nachfolgenden Generationen.

Wir sind eine Welt

Im Bewusstsein der Einmaligkeit unseres menschlichen Lebens und unserer Erde habe ich mit meiner milieutherapeutischen Theatertherapiegruppe in ein öffentlich aufgeführtes Friedenstheater Texte aufgenommen, die von einer übergeordneten Ebene her die Bedeutsamkeit des Friedens für uns Menschen und unseren Lebensraum, die Erde, als gemeinsames Anliegen deutlich machen.

Ich stelle sie hier an den Abschluss meines Vortrages: Aus dem Theaterstück: ‘Ein Engel kommt nach Babylon’ von F. DÜRRENMATT stammen die Worte des Engels, der die Erde mit großem Erstaunen zum erstenmal erlebt:

Die Erde, Welch lieblicher Fund.

Ich bin begeistert, beglückt .Erstaunen durchzittert mich, Erkenntnis der Schöpfung durchbebt mich. Die Schönheit der Erde ist so über allem Maß, dass man ein wenig verwirrt wird dabei.

Wer könnte auch dieses zarte .Blau über den Dingen ohne weiteres ertragen, den rötlichen Sand und das Silber des Baches.

Wer betet da nicht, wer erschauert da nicht?

Und erst die .Pflanzen und Tiere. Das Weiß der Lilie, der gelbe Löwe, die braune Gazelle.

Sogar die Menschen sind verschieden gefärbt.

Alles, was ich fand auf diesem Stern war Gnade und nichts anderes.

Ein unwirkliches Wunder in den erhabenen Wüsteneien der Gestirne.

Dieses schöne, warme lebende Körnchen Materie, diese winzige Kugel, an ihre Sonne gebunden, umkreist von einem kleinen Mond, gebettet in

Äther, atmend im Grün der Kontinente, im Silber der Meere.

So zart, als ob es zerkrümeln würde, wenn man es mit dem Finger anstieße.

Sieh nur dieses Wunder! (DÜRRENMATT 1988, S. 515)

Die folgenden Texte fanden wir in dem Buch ‘Der Heimatplanet’ von KELLEY, in dem internationale Astronauten ihr Erleben der Erde vom All aus beschreiben.

Pham TUAN aus Vietnam schreibt:

Den Himmel liebte ich Zeit meines Lebens. Und als ich die Gelegenheit fand, dass ich fliegen konnte, wollte ich höher hinaus und als ‘Gipfelstürmer’ bis ins unendliche Weltall.

Nach acht Flugtagen im Weltraum erkannte ich, dass der Mensch die Höhe vor allem braucht, um die Erde, die so vieles durchlitten hat, besser zu verstehen und manches zu erkennen, was aus der Nähe nicht wahrgenommen werden kann. Nicht allein, um von ihrer Schönheit in Bann gezogen zu werden, sondern auch um zu einem Verantwortungsgefühl dafür zu finden, dass nichts, was wir tun, die Natur in auch nur geringstem Maße Schaden leiden lassen darf. (TUAN in KELLEY 1989, S. 86)

Wladimir SCHATALOW aus der ehemaligen UDSSR schreibt:

Bei Nacht sieht die Erde noch zauberhafter aus als am Tage. Irgendwo tobten immer Gewitter, bisweilen reicht das Geflimmer der Blitze über ein ganzes Viertel eines Kontinents.

Zunächst empfanden wir diesen Aufruhr in der Natur nur als grandioses Schauspiel. Im Raumschiff war es ja ruhig. Man hörte kein Donnergrollen und spürte keine Windstöße. Alles schien still zu sein, lediglich ein Lichtspiel.

Aber plötzlich kommt es dir vor, als seien es keine Blitze von natürlichen Gewittern, sondern Bombenexplosionen.

Der Atem stockt vor Schreck.

Nein. Nie, nie darf etwas geschehen, das nicht wieder gutzumachen ist.

Mögen über unserer kostbaren Erde immer nur natürliche Blitze und die Strahlen des Polarlichts aufflammen! (SCHATALOW in KELLEY 1989, S. 85)

John-David BARTOE aus USA schreibt:

Als ich nach unten schaute, erblickte ich einen großen Fluss, der langsam in Mäandern meilenweit dahinströmte und ungehindert von einem Land ins andere floss. Ich sah auch riesige Wälder, die sich über mehrere Grenzen hinweg erstreckten, und die Weite eines Ozeans, der die Küsten verschiedener Kontinente berührt.

Zwei Worte kamen mir in den Sinn, als ich auf all dies hinunterschaute: Gemeinsamkeit und wechselseitige Abhängigkeit.

Wir sind eine Welt. (BARTOE in KELLEY 1989, S. 34)

Peace Ability and Capability of the Individual and Humankind

The prerequisite for finding and living external peace is a person's internal capability of peace. Being at peace with oneself results in living peacefully together with others. Since an individual's personality is shaped in childhood it therefore serves as a mirror for the dynamics of their family and society showing either peace ability or unsolved conflict. As an adult these dynamics are again passed on to shape the next generation.

Any conflict potential that cannot be transformed leading into a peaceful solution can be the source of violence emerging, mental or physical violence.

As psychoanalysts we know that violence has the power to make a person's psyche ill and therefore their personality ill with the risk that violence reproduces violence. Violence brings war and war does not bring peace. Through our experience in psychoanalytic therapy we can discover the cause of formations of violence and therefore offer possibilities for a transformation process. Thus psychoanalysis can be more than only a treatment science.

Inner Strife, 'No Peace'. A Way to Therapy

Our patients who are coming to therapy are, to an alarming extent, not in peace with themselves, not in peace with their lives and their surrounding world within they failed or are at risk to fail.

Due to their family dynamics patients are familiar with 'peace' in different pathologic ways: 'peace for the sake of peace' that means inter alia to have peace through adaption and compliance, peace through suppressing own desires and needs, and peace through the taboo of conflict. Such dynamics obstruct self-recognition and personal development. Moreover, an especial pathologic 'peace' is enforced through violence.

Those patients come from families with violence, brutal violence, traumatic violence, psychological and sexual violence. As children they hope day after day that violence will have an end. They feel guilty themselves and therefore try to behave in a way where they would not give any more reason for violence. Thus a sound development of their personality is

seriously obstructed to the point of severe psychic illness.

However, the early relationship in the family is the origin of life, very bad if that is the primal source of traumatic violence. Conflicts solved in a non-violent way through a protecting therapy

The challenge of psychoanalysis is to help patients to come to peace with their past by achieving inner peace to be able to shape their future in their own right: peace not in the sense of harmonisation but in the sense of a retrieving identity process, in the sense of self-realisation, contact ability in communicative cooperation as well as conflict capability.

PASSETT writes, "Psychoanalysis is a conflict psychology meaning that human behaviour is understood through its contentiousness." (1983, S. 13)

For me it is significant that psychoanalysis is a science of conflict excluding violence. Thus it is available already for over hundred years, since its foundation by Sigmund FREUD, as a model for solving conflicts in a non-violent way. If psychoanalysis is conceived as a holistic science of humans then its findings are as well available for sociological questions, e. g. the question of war and peace.

The Pursuit of Perfection and the Imperfection of the Human Existence (summary)

Two hundred years ago, G. E. LESSING remarked that the human being has to begin to develop their peace ability from the imperfection of their human state of being.

Since the beginning of time we live in the dialectic of ideal and imperfection. In world religions it is mirrored through the desire for perfection and salvation, and such desires are equally projected at secular rulers. It can also be mirrored within families, where parents, often through non-acceptance of their own imperfection, are projecting perfection at their children, a high conflict potential and the prevention of an adequate self-determined development of the children.

The more an individual is oppressed in family and society in one's ambition for self-determination and self-realisation, the more one has to repress or deny these aspirations unconsciously. And the more uncontrollable it is, the more it is possible they find a projective way.

In particular one should study the dialectic between the ambition for ideals and the human imperfection performed during the time of the high culture in ancient Greece, within its philosophy and art, especially its theatre, its political system and their pantheon.

The basis here is the aspiration for ideals with the acceptance of imperfection of humans and even the imperfection of the gods in the Olympus. Acceptance of imperfection allows ideals to be seen as values that are to pursue but not as an indispensable demand; that would lead to hubris.

Humankind hubris together with the striving for power is an example for the threat against peaceful cooperation and paves the way for using suppression and violence.

What is Peace Ability and Capability?

Peace ability results from a complex cooperation of an infinite number of factors. Peace is the communicative interaction of humans. Peace is an ethical attitude -peace includes common aims; peace depends on values, higher values. Peace ability means to respect others, the ability to know one self and to be interested to know and understand others, thus the ability for non-violence belongs to the ability of peace.

Peace is a goal that is achieved through a process. Therapy as a whole is in the deepest sense work the for peace capability. Self-recognition and working on the formative pathologic family dynamics are the prerequisites to a new distinct value orientation.

The awareness what potentialities for peace ability as well as negative tendencies are present in every human being introduce an inner debate that for instance could start with a therapy. However, that is and has to be a life-long process.

Searching for truth and self-reflection are a precondition only possible if the dynamics of relations in family and society are included in the inner debate, and a relation to one's own history and the world's history exists.

Anybody who cannot reflect their past cannot find their truth and will be ruled by the past like Faust. Without reflection they are in danger to aim at false values. Such a person is susceptible, like Faust, to be dominated by a Mephisto; there are endless numbers of Mephistos in this world.

Therapy as a Way to inner and outside Peace

Within therapeutic treatment the question of aggression is of great importance. Through the psychodynamic approach, the basis of Dynamic Psychiatry, FREUD's drive theory was replaced and with it his postulation of the death drive.

If the 'ad gredi' of a child is answered adequately, the balance of constructive, destructive and deficient aggression can be preserved. Destructive aggression develops through the interference with the healthy aggression development, the essential drive for all acting. Destructive aggression is therefore treatable. Destructive aggression in its most negative form, the killing of another human being, is explicitly seen as pathological.

Equally important for me is the working through of destructive narcissism. The connection between narcissism and striving for power including violence is well known in society and politics. Tolerance belonging to peace ability within therapy begins with tolerance towards one's own limitations and conditionality. Parallel to that, tolerance is growing automatically towards others.

To be interested in others leads to the development of personal relations. We cannot expect peace in the world from politics alone. The personal relationships between human beings of different cultures are an important breedingground. This way any single person can make a significant contribution to the international understanding.

Defence mechanisms like denial, repression, projective defence with the consequence to develop enemy stereotypes are exposed in therapy and worked through. Especially these defence mechanisms are generally prevalent in the human interaction.

Friedrich DÜRRENMATT writes:

To give fight a sense is easy because we tell ourselves the lie that the sense for fighting lies in peace.

With this lie we place this sense in an aim outside ourselves. We put it into our opponent and therefore it is unreachable. But even if we hunt down the enemy, another enemy is standing up against us seeking revenge for the one hunted down, and again we have to hunt him down to avoid his revenge. This way we are pushing the peace ahead of us instead to reach it. (1983, p. 183)

We are One World

In awareness of the uniqueness of our human life and our earth I have, together with my milieu-therapeutic theatre therapy group, included some texts in a publicly performed peace-theatre. On a higher level these texts emphasise the importance of peace for us humans and our living space, the earth as a collective concern.

I place one of them at the end of my lecture:

The following text we found in the KELLEY's book 'Der Heimatplanet' (The home planet), where international astronauts describe their experience watching the earth from space.

John-David BARTOE from the US says:

As I looked down, I caught sight of a large river slowly flowing in meanders for miles by passing from one country to another without a check. I also saw gigantic forests stretching out over several borders and the expanse of one ocean touching the shores of several continents.

Two words crossed my mind as I looked down on all this: community and interdependence.

We are one world. (BARTOE in KELLEY 1989, S. 34)

(English summary by Franziska von Wendland)

Literatur

- Ammon, G. (1986): Der mehrdimensionale Mensch. München: Pinel.
- Bartoe (1989)
- Dürenmatt, F. (1983): Zusammenhänge. Essay über Israel. Eine Konzeption. Zürich: Arche.
- (1988): Ein Engel kommt nach Babylon. In: Ges. Werke, Bd. 1. Zürich: Diogenes.
- Freud, S. (1950): Warum Krieg? GW16.
- Kelley, K. W. (Hg.) (1989): Der Heimatplanet. Frankfurt a.M.: Zweitausendeins.
- Ottmüller, U. (2003): Licht am Ende des Tunnels?; S. 13-32. In: U. Ottmüller; W. Kurth (Hg.): Trauma, gesellschaftliche Unbewusstheit und Friedenskompetenz. Jb f psychohistorische Forschung 3. Heidelberg: Mattes.
- Passett, P.; Modena, E. (Hg.) (1983): Krieg und Frieden aus psychoanalytischer Sicht. Basel, Frankfurt a.M.: Stroemfeld/Roter Stern.
- Ingeborg Urspruch, FA für Psychiatrie u. Neurologie, Psychotherapie, Psychoanalyse, Gruppen-, Milieu- u. Theatertherapeutin, ärztl. Leiterin des Münchener LFI der DAP, Präsidentin der DGDP.
- Institut der DAP • Goethestr. 54 • 80336 München • i.urspruch@psychoanalysebayern.de

Umgang mit Widerspiegelungsphänomenen in der psychoanalytischen Supervision

Margit Schmolke, Nataly Hoffmann (München)

In psychodynamic psychotherapy supervision is a useful instrument. The specific interest of the authors is the phenomenon of what happens within the trainee-supervisor-relationship, in particular the mirror processes: In general, the patient's emotions, wishes, fantasies may induce in the therapist specific reactions which psychoanalysts call 'countertransference'. The countertransference feelings can be used in a constructive way as important information about the actual state of the patient's feelings or can deliver hints to relationship experiences in his life history. These phenomena may take place between patient and psychotherapist as well as between therapist and supervisor. A short empirical questionnaire has been given to supervisees. Some examples will be presented.

Keywords: supervisor-supervisee relationship, mirror processes, transference and countertransference, emotional involvement

Einführung

In unserer langjährigen praktischen Tätigkeit als Supervisorinnen haben wir uns zunehmend für die Phänomene interessiert, die unserer Beobachtung nach die Supervisanden öfter in emotional belastend erlebte Situationen in der Beziehung zu ihren Patienten bringen können. Psychotherapeuten in Ausbildung sind am Beginn ihrer klinischen Arbeit oft ängstlich, fühlen sich überwältigt oder unterlegen, oder sie nehmen Bemerkungen ihrer Patienten persönlich, solange sie noch keine ausreichende professionelle Distanz für sich entwickeln konnten. Manchmal fragen sie: „Was soll ich mit dem Patienten machen?“ und sie hoffen, von ihrem Supervisor eine Handlungsanweisung zu erhalten. Häufig erschweren Schamgefühle das offene Sprechen über spezifische Probleme im therapeutischen Prozess.

Unser Interesse an dem Thema Supervision hat sich im Rahmen unserer praktischen Arbeit in zwei unterschiedlichen Settings entwickelt:

Vortrag gehalten auf dem 30. Symposium der DAP/17. Weltkongress der WADP 'Multi-disciplinary approach to and treatment of mental disorders: myth or reality?' 14.-17. Mai 2014, St. Petersburg; für den Druck überarbeitet.

zum einen das Münchener Lehr- und Forschungsinstitut der Deutschen Akademie für Psychoanalyse, an dem psychoanalytische und tiefenpsychologisch fundierte Ausbildung für Psychologen, Ärzte und (Sozial-) Pädagogen angeboten wird; zum anderen die dynamisch-psychiatrische Klinik in Menterschwaige, in der psychotherapeutisch mit einem psychodynamischen und gruppendifferenten Konzept gearbeitet wird.

Im Folgenden möchten wir die Supervision als geschützten Ort für psychoanalytische Ausbildungskandidaten und für bereits praktizierende Psychotherapeuten beschreiben, die den Rahmen der Supervision für die fortlaufende Begleitung ihrer Patientenbehandlung nutzen. In diesem Sinne kann Supervision als Maßnahme der Qualitätssicherung betrachtet werden. Supervision wird als wesentlicher Teil des Behandlungsprozesses betrachtet, da sie ein tiefergehendes Verständnis von Behandlungsphasen ermöglicht, so z.B. eine momentane Phase von Nichtverstehen des Therapeuten oder von Kommunikationsproblemen zwischen Patient und Therapeuten. Um Supervision als hilfreich erleben zu können, ist es notwendig, ein vertrauensvolles Verhältnis zwischen Supervisor und Supervisanden herzustellen. Der Supervisor verfügt über eine längere Erfahrung als Therapeut, als Lehrtherapeut und als Dozent. Er vermittelt sein theoretisches Wissen, seine praktische Erfahrung und seinen persönlichen Stil an den Supervisanden. Er kann als Vorbild dienen mit der Aufgabe, den Zugang des Supervisanden zu unbewussten Prozessen zwischen ihm und den Patienten zu sensibilisieren. Auf der Basis von solid erarbeiteter professioneller Erfahrung und Grundwissens kann der Supervisand seinen eigenen psychotherapeutischen Stil entwickeln (MÖLLER 2012, MOSER 2014).

Unser spezifisches Interesse ist es nun, mehr über das Phänomen zu erfahren, was innerhalb der Supervisor-Supervisand-Beziehung geschieht, insbesondere interessieren uns hier Widerspiegelungsphänomene und wie sich der Transfer von der Supervisionssitzung zur nächsten Sitzung mit dem Patienten zeigt.

Einige theoretische Aspekte zu Widerspiegelungsphänomenen

Wenn man über den Begriff der Spiegelung arbeitet, möchten wir mit KOHUT (1973) beginnen. KOHUT versteht Spiegelung nicht als getreuliche Wiedergabe, sondern er beschrieb eine normale Selbstüberhöhungs-

phase in der Entwicklung des Kindes und meinte, dass das sich überschätzende Kind genau darin gespiegelt werden muss.

Spiegelung, das ist der Glanz im Auge der Eltern, ihre Freude und ihr Entzücken am Sein des Kindes in einer kritischen Phase. Die phasenadäquate Spiegelung der kindlichen Grandiosität ermöglicht dem Kind in einer Zeit entwicklungsentsprechender Verwundbarkeit ein Empfinden von Größe. (TEICHOLZ 2008, S. 8)

Judith TEICHOLZ, Lehranalytikerin und Supervisorin am Massachusetts Institute for Psychoanalysis, versteht den Begriff der Spiegelung in der klinischen Arbeit als Synonym für Bestätigung. Sie betont, dass es wichtig ist, dem Patienten das Gefühl zu vermitteln, erkannt, verstanden und akzeptiert zu werden. Das Erleben, gehalten zu sein, ermöglicht dem Patienten, von den ursprünglich schwer erträglichen Affekten abzulassen, um dann veränderte affektive Reaktionen zulassen zu können. (TEICHOLZ 2008, S. 9) Die Autorin beschreibt damit Spiegelung nicht nur als einen Prozess des Reflektierens, sondern als eine grundlegende therapeutische Haltung.

FONAGY und TARGET (1998) vertreten ebenso ein erweitertes Verständnis von Spiegelung. Sie meinen, dass die Mutter bei der Spiegelung von Affekten wie Kummer durch die Beimischung von Ironie, Humor und Skepsis für eine bedeutsame und notwendige Balance bzw. entlastende Distanzierung sorgt. Diese Beimischung wird von den Autoren ‘Verunreinigung’ genannt. Dies sei deswegen wichtig, weil bei einer reinen Spiegelung von Kummer eventuell nur ein Angstzustand des Kindes verstärkt werden könnte (vgl. LACHMANN 2008).

Wir möchten an dieser Stelle ein klinisches Beispiel des New Yorker Psychoanalytikers Frank LACHMANN zitieren, um den Transfer von der kindlichen Entwicklung auf die klinische Arbeit mit Erwachsenen zu illustrieren:

In der Behandlung Erwachsener kann Spiegelung in Verbindung mit einem Hauch von Ironie den Affekt direkt verändern, wie zum Beispiel eine meiner Supervisandinnen berichtete. Ihre Patientin sagte: ‚Mein Selbstbewusstsein ist bei null.‘ Die Therapeutin, meine Supervisandin erinnerte sich an vorhergegangene Therapiestunden und antwortete: ‚Na, das ist doch schon besser als minus zehn.‘ Die Therapeutin erinnerte sich, wie die Patientin sich in der vorhergehenden Stunde selbst beschrieben hatte. In ihrer Antwort stellte sie die Aussage der Patientin in eine zeitliche Perspektive, sie nahm den gegenwärtigen verzweifelten Zustand der Patientin wahr, fügte jedoch eine ‚Verunreinigung‘ durch Ironie hinzu, was die Patientin sanft aufstörte. Sie lächelte erleichtert und im Verlauf der Stunde erweiterte sich

ihr Blickwinkel im Hinblick auf einige schwierige Aspekte ihres Lebens. Sie konnte weiter über ihre momentane Verzweiflung sprechen, ohne sich vollständig darin gefangen zu fühlen, wie es ihr in der Vergangenheit ergangen war. (LACHMANN 2008, S. 59)

Der Begriff der Spiegelung wird in der neueren Literatur von dem deutschen Psychoanalytiker Peter KUTTER (2012), Universität Frankfurt, differenziert diskutiert. Er legt den Spiegelbegriff von FREUD zugrunde: „Der Arzt soll undurchsichtig für den Analysierten sein und wie eine Spiegelplatte nichts anderes zeigen als was ihm gezeigt wird.“ (1912/1943, S. 384)

KUTTER zufolge kann es aber einen reinen Spiegel in der Person des Analytikers nicht geben, es ist also davon auszugehen, dass es Verunreinigungen und Verzerrungen geben kann und muss. KUTTER erweitert den Spiegelungsbegriff von KOHUT auf die Supervision. Der Supervisor kann vom Supervisanden wie eine Erweiterung seines Größenselbst erlebt werden oder wie eine idealisierte Elternimago. KUTTER geht so weit zu beschreiben, dass es in gut laufenden Supervisionen zu nachholenden Persönlichkeitsentwicklungen des Supervisanden kommen kann. Auch Supervisanden können in ihrer Kindheit ungünstige Spiegelungen durch ihre Eltern erfahren und dadurch Defizite und Störungen entwickelt haben. Dies würde im Supervisionsprozess offen werden. Der Supervisor sollte dann idealerweise durch seine spezielle Einfühlung und Erfahrung dem Supervisanden bessere Spiegelungen anbieten, die dieser dann für seine Arbeit und eigene Entwicklung nutzen kann. Unsere Schule würde dieser Haltung durchaus zustimmen, allerdings wird in den meisten psychoanalytischen Schulen grundsätzlich eine klare Trennung zwischen Supervision und Lehranalyse empfohlen.

H. F. SEARLES, ein bekannter Psychosentherapeut aus den USA, hat bereits 1959 beschrieben, dass sich bei der Supervision von Psychosenbehandlungen genau die Probleme, die im Therapeut-Patient-Geschehen unverstanden geblieben waren, in der Supervision dadurch sichtbar werden, dass Supervisand und Supervisor unbewusst auf die mit der Berichtdarstellung verbundenen Emotionen reagieren. SEARLES war der Meinung, dass sich häufig der Supervisand mit dem Patienten identifiziert, während der Supervisor in die emotionale Position des Supervisanden schlüpft. Über dieses Geschehen wird die Beziehung zwischen Supervisand und Patient aus dem Dort-und-dann im Hier-und-jetzt der Supervision wiedergespiegelt.

KUTTER vertritt den konsequenten Standpunkt:

Für mich persönlich ist eine Supervision nur dann vollkommen, wenn sich die relevante Psychodynamik der Interaktionen, über die in der Supervision berichtet wird, in der Beziehung zwischen Supervisand und Supervisor unmittelbar affektiv spiegelt. Insofern gilt: Ohne Spiegelung der entscheidenden affektiven Beziehung in der Supervision keine erfolgreiche Supervision. (2012, S. 84)

Ergebnisse einer kleinen Befragung von Ausbildungskandidaten und praktizierenden Therapeuten

Wir baten Ausbildungskandidaten vom Münchener Lehr- und Forschungsinstitut und praktizierende Psychotherapeuten u.a. aus der Ambulanz der dynamisch-psychiatrischen Klinik in Menterschwaige, einen kurzen Fragebogen mit offenen Fragen zu beantworten. Der Fragebogen gestaltete sich folgendermaßen:

Wir bereiten für den Kongress in St. Petersburg im Mai 2014 einen Vortrag zum Thema ‘Widerspiegelungsprozesse im geschützten Rahmen der Supervision’ vor. Der praktische Teil beinhaltet eine kleine Befragung von Supervisanden und Supervisoren zu diesem Thema. Wir wären sehr erfreut, wenn Sie daran teilnehmen würden und unsere Fragen schriftlich beantworten würden. Eine Anonymisierung sowohl Ihrer Person als auch der benannten Klienten werden wir gewährleisten.

Name:

Beruf:

Berufserfahrung/Stand der Ausbildung/eventuell Zusatzausbildung:

Rahmen der Behandlung (Institut, Ambulanz, Klinik, eigene Praxis):

Es ist ein bekanntes Phänomen, dass es in therapeutischen Behandlungen zu Irritationen, Verstrickungen, Phasen des Nichtverständens und von eigenen unangenehmen Emotionen kommen kann. Dies sind häufig die Themen und Fragestellungen, die man als Therapeut/in in seine Supervision einbringt, um den therapeutischen Prozess und das eigene Involviertsein wieder besser zu verstehen.

Bitte stellen Sie ein Fallbeispiel auf einer zusätzlichen Seite schriftlich dar, bei dem Sie Widerspiegelungsaspekte im Rahmen Ihrer Supervision erlebt haben. Schildern Sie bitte kurz die therapeutische Situation und das Problem zwischen Ihnen und Ihrem Patienten. Können Sie bitte z.B. Ihr spezifisches Unbehagen im Rahmen einer Reaktion auf den Patienten schildern. Wie hat sich das in der Supervisionssituation widergespiegelt? Konnten Sie über die Supervision Wiederholungsaspekte bzw. Gegenübertragungsaspekte für sich erarbeiten (z.B. Zusammenhänge zur Lebensgeschichte des Patienten)? Wie hat sich diese Supervision auf den weiteren Behandlungsverlauf ausgewirkt? Wie haben Sie diese Supervisionserfahrung persönlich erlebt?

Sechs von 22 Befragten haben schriftlich geantwortet. Die Ergebnisse zeigen, dass die Befragten einen unterschiedlichen Erfahrungsstand hatten. Zwei arbeiteten schon in eigener Praxis, zwei arbeiteten in der Klinikambulanz und zwei befanden sich noch in psychoanalytischer Ausbildung. Die Antworten von allen Teilnehmern machten deutlich, dass sie in ihren Supervisionssitzungen emotional beteiligt waren und dass sie um ein kognitives Verständnis rangen, was in der aktuellen Behandlungsphase gerade passiert.

Auf einer emotionalen Ebene beschrieben sie Gefühle von Angst, im Widerstandsgeschehen des Patienten stecken bleiben, Gefühle von ungebildet und ungenügend sein, Ungeduld, den roten Faden verlieren, weit weg zu sein.

Auf einer kognitiven Ebene beschrieben sie, dass sie das konkrete Problem des Patienten nicht verstehen würden; oder ein Therapeut erkannte eigene persönliche Aspekte bezüglich Trennungsproblemen, ausgelöst durch Trennungsprozesse des Patienten; eine andere Therapeutin konnte ihre Wahrnehmung schärfen in Bezug auf Spaltungsdynamiken des Patienten; noch ein anderer Therapeut erkannte die eigene Vermeidungshaltung, sich aktiver in die Therapiesitzung einzubringen aus eigenen Ängsten heraus.

Zwei Beispiele

- f) Eine Psychotherapeutin berichtet über ihren 45-jährigen Patienten:
„Zu mir kommt ein Patient eigentlich mit dem klar formulierten Ziel, über eine bisher unverarbeitete Trennungserfahrung zu sprechen. Die Therapie soll nicht länger als einige Monate dauern, das ist ein Wunsch des Patienten. Der Patient hatte früher schon eine längere Psychotherapie bei einem männlichen Psychotherapeuten gemacht und abgeschlossen. Schnell entwickeln sich in den Therapiestunden, deren Inhalt vorwiegend die Beziehung des Patienten zu seiner Mutter ist, sehr ambivalente Gegenübertragungen. Zum einen fühle ich mich von dem Patienten sehr ernst und wichtig genommen, er scheint großen Respekt vor mir zu haben und mich regelrecht zu ‘brauchen’. Das zeigt sich u.a. darin, dass er in Krisensituationen bei mir anruft und um Sondertermine bittet, die meist damit enden, dass es dem Patienten viel besser geht. Gerne formuliert er dann den großen Nutzen, den er von den Sonderterminen aufgrund meiner ‚klugen

Deutungen' hat. Dann wieder schafft es der Patient mit subtilen Entwertungen (er hat Kunstgeschichte studiert, streut immer wieder sein großes kulturelles Wissen in diesem Bereich ein und zeigt sich verwundert, wenn ich gestehe, nicht zu wissen, wovon er spricht), ein Gefühl von Ungenügend- und Ungebildetsein auszulösen. Zum anderen drückt er in einer Stunde einmal aus, dass ihm meine Meinung zu seinen Schreibproben (er schreibt gerade an einem Buch) völlig egal sei, da die einzige Instanz, deren Meinung ihm überhaupt etwas bedeutete, sein früherer Therapeut sei. Mich bedachte er, während er das sagt, mit einem mitleidigen Kopfschütteln, als bedauere er mit mir meine maßlose Selbstüberschätzung. Es gelingt mir zwar, das Verhalten des Patienten mir gegenüber als eine Wiederholung des Verhaltens, das er durch seinen Vater erlebt hatte, zu sehen. Die Beziehung zu seinem Vater war geprägt durch Phasen, in denen der Vater ihn idealisiert und vergöttert hatte. Dann folgten Phasen, in denen der Vater den Sohn entwertete und ihm das Gefühl gab, unfähig und dumm zu sein.

Andererseits hängt mir doch ein Gefühl der Minderwertigkeit nach, das ich auch im Gespräch mit meiner Supervisorin habe. Sie scheint immer alles zu wissen, für jedes Phänomen die richtigen Worte und sinnvolle Deutungen zu finden. Sie kann prägnant Zusammenhänge und Dynamiken erkennen, die mir zunächst nicht auffallen. In dieser Phase der Supervision findet dann aber die Spiegelung, von der wir hier sprechen, statt. Wir kommen im Gespräch darauf, dass ich mich meiner Supervisorin ebenso unterlegen und minderwertig fühle, wie der Patient sich oft seinem Vater gegenüber gefühlt hat. Das Gefühl des Versagens und Ungenügendseins ist gar nicht „meins“, sondern eine projektive Identifizierung, die in der therapeutischen Beziehung stattgefunden hat. Nachdem das aufgedeckt ist und wir die Situation in der Supervision aufgelöst haben, kann ich besser mit dem Minderwertigkeitsgefühl umgehen, weil ich nun weiß, wie ich es einordnen kann.“

Die Gegenübertragungshaltung der Therapeutin ihrem Patienten gegenüber konnte sich im Verlauf der folgenden Sitzungen wieder auflösen und sie erlebte ein vertieftes Verständnis für den erlebten Konflikt des Patienten mit seinem Vater. Theoretisch betrachtet ist dies ein Fallbeispiel, das den Prozess von Spiegelungsphänomenen in der Supervision von SEARLES (1959) anschaulich illustriert.

g) Eine Ausbildungskandidatin für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie berichtete über ihre Gegenübertragungsgefühle in einer offenen

Art und Weise. In einer Supervisionssitzung beschreibt sie ihre Gefühle wie folgt:

„Ich kann gar nichts mehr sagen und mir ist übel. Ich fühle mich wie tot. Klein, dunkel, verwelkt, in der Ecke sitzend, völlig nutzlos. In meinem Kopf ist schwarze Leere.“

In der Supervision konnte erarbeitet werden, dass die Therapeutin unbewusst die Rolle eines wichtigen bereits verstorbenen Familienmitglieds übernommen hat. Die Konfliktsituation, in die die Therapeutin emotional geriet, entstand, als sie ein ernstes Wort mit ihrem jungen Patienten gesprochen hat, um ihn vor einer gefährlichen selbstschädigenden Handlung zu schützen.

Der Widerspiegelungsprozess kann folgendermaßen beschrieben werden: Die Therapeutin hat unbewusst bisher nicht wahrgenommene Gefühle des Patienten aufgegriffen. Die Familie hatte bis jetzt weder über den Verlust des wichtigen Familienmitglieds gesprochen noch getrauert. Stattdessen projizierte der Patient die unaushaltbaren Gefühle auf die Therapeutin. Die Therapeutin war nicht in der Lage, diese negativen Gefühle einzuordnen. Die Sprachlosigkeit des Patienten in der Therapiesitzung spiegelte sich in der Sprachlosigkeit der Therapeutin in der Supervisionssitzung wider. Für den Therapieprozess war es bedeutsam, dass die Therapeutin die schwer auszudrückenden Gefühle des jungen Patienten ‘contained’ hatte und in ihrer eigenen Supervision emotional ausdrücken, wieder erleben und dann aber verstehen und zuordnen konnte.

Schlussbemerkungen

Wir haben diese beiden Beispiele ausgewählt, da sie die intensiven Gefühle des Therapeuten, wie sie häufig bei Widerspiegelungsphänomenen auftreten, illustrieren. In der Supervision ist es oft möglich, dass schwierige und manchmal unaushaltbare Gefühle in Worte ausgedrückt werden und der spezifischen Lebensgeschichte des Patienten zugeordnet werden können. Der Therapeut kann wahrnehmen, dass er oft als Container von schwierigen Gefühlen fungiert und dass genau durch diese Gefühle es möglich werden kann, den Patienten in der Tiefe zu verstehen und Empathie für ihn zu entwickeln. Die Supervision befähigt den Supervisanden, therapeutische Instrumente zu entwickeln, um seine Wahrnehmung für psychodynamische Prozesse zu schärfen, sie zu verbalisieren und Wege zu finden, dem Patienten zu helfen, sich selbst besser zu verstehen.

Durch die Arbeit mit Spiegelungsphänomenen und den damit in Zusammenhang stehenden spezifischen Gefühlen kann dem Patienten geholfen werden, selbst besser mit eigenen konflikthaft erlebten Gefühlen umzugehen und diese besser auszuhalten und zu integrieren.

Die Supervision bietet dem Therapeuten einen geschützten Raum für die im Therapieprozess erlebten unaushaltbaren Gefühle und Irritationen. Dafür ist es notwendig, eine vertrauliche Beziehung zwischen Supervisor und Supervisanden aufzubauen. Grundlegend dafür, dass es dem Supervisor bewusst ist, dass es Probleme mit Gefühlen von Scham und Unterlegenheit geben kann. Günstig ist es, sehr bewusst mit Rivalität, Idealisierung und Entwertung umzugehen. Die Haltung des Supervisors sollte von Akzeptanz, Wertschätzung und Kollegialität getragen sein. Der Supervisor sollte bereit sein, emotional in den therapeutischen Prozess einzusteigen und sich in die unbewussten Konflikte involvieren zu lassen. Er dient auch als Container und sollte in der Lage sein, günstige ‘Verunreinigungen’, wie von FONAGY und TARGET (1998) beschrieben, in die Spiegelungsprozesse einzubringen, um neue und bessere Sichtweisen auf die aktuellen Probleme zu ermöglichen.

In unserer Schule der Dynamischen Psychiatrie wird die Entwicklung eines Psychotherapeuten auch als Identitätsentwicklungsprozess bezeichnet (AMMON 1976). Zusätzlich zur Lehranalyse als ein wesentlicher Teil der Psychotherapieausbildung ist die Supervision ein wichtiges Werkzeug für den Ausbildungskandidaten, um theoretisches Wissen in die praktische Arbeit zu integrieren. Durch die emotionalen Prozesse, wie wir sie oben beschrieben haben, erlebt der Ausbildungskandidat selbst intensive Gefühle und entwickelt eine tiefere Kenntnis von sich selbst, seinen Fähigkeiten und seinen inneren Konflikten, wie zum Beispiel spezielle persönliche Gegenübertragungsneigungen. Wie KUTTER (2012) ausführte, können diese intensiven Arbeitsprozesse in der Supervision einen emotionalen Entwicklungsprozess im Ausbildungskandidaten auslösen. In unserer Schule ist die nachholende Identitätsentwicklung ein zentrales Konzept in der Psychotherapie (AMMON 1982), die auch in der Supervisionsarbeit zum Tragen kommen kann. Hier kann der Supervisand seine emotionalen und empathischen Fähigkeiten auf der Basis eines unterstützenden Kontakts mit dem Supervisor weiter entwickeln. Im idealen Fall kann der Supervisand, gestützt auf ein solides Fundament

von psychotherapeutischem Wissen, seinen eigenen therapeutischen Stil entwickeln, unterstützt durch eine wohlwollende und wertschätzende Haltung des Supervisors. Supervision kann somit betrachtet werden als ein Prozess, in dem beide, Supervisor und Supervisand, involviert sind und sowohl der emotionale Raum als auch das kognitive Wissen erweitert werden. Auch der Supervisor weiss zu Beginn der Sitzung nicht, wohin der Prozess führen wird. Er sollte offen für die auf ihn zukommenden Prozesse bleiben und sich selbst als Teilnehmer eines komplexen Geschehens betrachten.

Wir möchten mit einem Zitat von der deutschen Lehrtherapeutin und Supervisorin Marina GAMBAROFF:

Ich habe die Erfahrung gemacht, dass immer dann, wenn eine Situation in einer Supervision unklar wurde oder scheinbar ein Stillstand eingetreten war, die Offenlegung meiner Gegenübertragungsgefühle den Austausch lebendiger werden ließ, Ängstlichkeit und Widerstand verringerte, die Kreativität der Supervisanden und das gemeinsame Verständnis erhöhte. [...] Offensichtlich werden solche Enthüllungen von den Supervisanden als eine indirekte Erlaubnis verstanden, auch bei sich selbst schwierige Gefühle und problematische Bilder und Fantasien zuzulassen. (zit. n. WEIGAND 2012, S. 22)

Dealing With Mirror Phenomena in Psychoanalytic Supervision (Summary)

Margit Schmolke, Nataley Hoffmann (München)

At the beginning of their clinical work, psychotherapists in training often feel anxious, inferior, and overwhelmed in the treatment of their patients and they may tend to take statements of their patients personally because they have not yet developed a professional distance. Feelings of shame can be an additional barrier to speak openly about concrete problems in the therapeutic process.

Supervision can be seen as a tool for quality assurance of therapeutic treatment. Supervision is an essential part of the treatment process since it enables a deeper access to current phases of treatment, for example to momentary phases of non-understanding of the trainee or difficult communication between the patient and the trainee. In order to experience supervision as helpful it is necessary to establish a confidential space be-

tween supervisor and trainee. The supervisor has a senior position due to his/her long professional experience as a psychotherapist, as a training analyst and as a lecturer in that field for many years. The supervisor conveys his theoretical knowledge, clinical experience and personal style to the trainee. He may serve as a role model with the task of sensitizing the trainee's attention to unconscious processes between him/her and the patient. After having gained a more profound professional experience, the trainee may develop later-on his/her own psychotherapeutic style (MÖLLER 2012; MOSER 2014).

When working with the term 'mirroring', the authors would like to begin with KOHUT (1973). KOHUT understands mirroring not as a 'true' reflection; rather he describes a normal stage of self-aggrandizement in which the child's overvaluing of its abilities must be mirrored.

Mirroring is the gleam in the parent's eye that connotes the parent's pleasure and excitement in the child's being, at a critical stage. Through the stage-appropriate mirroring of the child's grandiosity, the child is permitted a sense of greatness at a time of developmental vulnerability. (TEICHOLZ 2008, p. 8)

The UK psychoanalysts FONAGY and TARGET (1998) provide a broader understanding of mirroring. They claim that the mother takes care of a meaningful and necessary balance and a relieving distance in the mirroring of affects such as grief by admixing some kind of irony, humour and scepticism to it. This kind of admixture is called 'contaminants' by these authors. Without such useful contaminants of the mother's perspective within her mirroring of the child's anxiety or distress, the mother's response might simply reinforce the child's anxious state (s. LACHMANN 2008, p 65).

In the recent literature the term mirroring has been discussed in a differentiated manner by the German psychoanalyst Peter KUTTER (2012) from the University Frankfurt. He refers to FREUD's term of mirror who says, "The doctor should be intransparent for the patient and should show nothing but what is shown to him, like a mirror." (1912/1943, p. 384) However, according to KUTTER, a pure mirror in the person of the psychoanalyst does not exist, therefore we have to expect contaminants and distortions. KUTTER broadens KOHUT's term of mirroring towards the field of supervision and represents the consequent stand-point:

For me personally, a supervision is perfect only when the relevant psychodynamics of the interactions, about which is reported in the supervision, are immediately affectively mirrored in the relationship between supervisee and supervisor. Therefore we can say: without mirroring of the decisive affective relationship in the supervision no successful supervision is possible. (KUTTER 2012, p. 84)

The authors distributed a short questionnaire to trainees and practicing psychotherapists about their experience of supervision with difficult psychotherapy sessions. Six trainees and therapists out of 22 have answered. The results show that the respondents have different levels of therapeutic experience. Two are working already in their own practice, two are working in an outpatient clinic and two are in midst of their therapeutic training. All participants' responses show that they had been involved emotionally in the supervision session and that they wanted to understand cognitively what is happening at this point of treatment.

On an emotional level, they describe feelings such as anxiety, to get stuck in the resistance of the patient, feelings of being uneducated and insufficient, feelings of impatience, the experience of losing the thread, being far away.

On a cognitive level, they stated that they did not understand the patient's concrete problem; another therapist recognized her own personal aspects of being involved in special problems of separation processes of the patient; another therapist could improve her perception of the patient's splitting-off dynamics; another therapist was able to recognize her avoidance of being more active in the therapy session due to own anxieties.

The authors conclude that supervision provides for the therapist a protected space for his/her unbearable feelings and irritations. For this it is necessary to establish a confidential contact between trainee and supervisor. Basic conditions are the consciousness of the supervisor that there are problems of shame and feelings of inferiority. It is favourable to deal in a conscious way with rivalry, idealization and devaluations. The supervisor's attitude should imply acceptance, esteem and collaboration.

In the school of Dynamic Psychiatry, the development of a psychotherapist is always regarded as an identity development process (AMMON 1976). Apart from the training analysis as an essential part of the psychotherapy training, supervision is an important tool for the trainee to inte-

grate theoretical psychoanalytical knowledge into the practical work. The trainee himself experiences intensive emotions and develops a better knowledge of himself, his capabilities and his inner conflicts, for example in terms of personal countertransference tendencies.

Supervision can be seen as a process in which both supervisor and supervisee are involved and the emotional space and cognitive knowledge can be enlarged. The supervisor neither does not know at the beginning of each supervision session to which direction the process will lead. The supervisor needs to remain open and to understand himself as participant of a complex process.

Literatur

- Ammon, G. (1976): Über die erforderlichen Eigenschaften des Psychoanalytikers und Probleme der Auswahl von Ausbildungskandidaten. *Dynam. Psychiatrie* 9:1-11.
- (1982): Identität – ein Geschehen an der Grenze von Raum und Zeit. Zum Prinzip der Sozialenergie. *Dynam. Psychiatrie* 15:114-128.
- Freud, S. (1912/1943): Ratschläge für den Arzt bei der psychoanalytischen Behandlung; S. 375-387. GW8.
- Fonagy, P.; Target, M. (1998): Mentalization and the changing aims of child psychoanalysis. *Psychoanalytic Dialogues* 8:87-114.
- Kohut, H. (1973): Narzissmus. Frankfurt/M: Suhrkamp.
- Kutter, P. (2012): Spiegelphänomene in der Supervision; S. 81-95. In: H. Pühl (Hg.): Hdb d Supervision, Bd 3. Berlin: Leutner.
- Lachmann, F. M. (2008): Spiegel-Reflexionen. Überlegungen zum Konzept der Spiegelung. *Selbstpsychologie* 9(31):58-70.
- Möller, H. (2012): Was ist gute Supervision? Grundlagen, Merkmale, Methoden. Kassel: Univ. Press.
- Moser, T. (2014): Supervision in der Psychoanalyse. Stagnation oder Fortschritt. *Deutsches Ärzteblatt PP* 3:120-121.
- Searles, H. F. (1959): The informational value of the supervisor's emotional experiences. *Psychiatry* 18:135-146.
- Teichholz, J. (2008): Das Konzept der Spiegelung. *Selbstpsychologie* 9(31):8-16.
- Weigand, W. (2012): Unzeitgemäße Gedanken zur Supervision. In: W. Weigand (Hg.): Philosophie und Handwerk der Supervision; S. 9-34. Gießen: Psychosozial.

Dr. phil. Margit Schmolke, Dipl.-Psych., Psychoanalytikerin, Lehranalytikerin, Supervisorin, Gruppenpsychotherapeutin, Koleiterin des Fachbereichs Gruppenpsychotherapie am Münchner Lehr- und Forschungsinstitut der DAP • Goethestr. 54 • 80336 München • margitschmolke@aol.com

Nataly Hoffmann, Dipl.-Psych., Psychoanalytikerin, Lehrtherapeutin, Supervisorin, Gruppenpsychotherapeutin, leitende Psychologin in der Klinik für Dynamische Psychiatrie GmbH • Geiselgasteigstr. 203 • 81545 München • natalyhoffmann@web.de

Trauma and Reconciliation

Border Situations as Risk and Opportunity in Multidisciplinary Treatment Approach

Hermes Andreas Kick (Mannheim)

The process of reconciliation is based on a successful encounter despite aggravated pathic circumstances. An extended personal structure helps patients to develop new binding values. Their former system of values was not adequate to withstand the distress of the situational challenges of trauma in the pre-critical situation. The dynamic pressure increased and could no longer be contained, leading to delimitations and experiences of despair. The connection between trauma and reconciliation can be made by means of the concept of the border situation as Karl JASPERS understood it. This process-dynamic approach whose phase model takes account of opportunities, uncovers sometimes risky paths. It both requires artistic methods and can be regarded as an artistic process itself.

Keywords: trauma, reconciliation, border situation, risk and opportunity, multidisciplinary treatment

Without any doubt, connecting trauma with reconciliation in the context of a multidisciplinary therapy of mental disorders raises many questions. In the standard textbooks of psychiatry and psychotherapy the notion of trauma and traumatisation is to be found in many causal variations and contexts. The psychic trauma is in a stronger analogy to physical trauma caused by some traumatising event. We speak about psychic trauma if an intensive overwhelming experience is followed by a lasting destructive or disorganizing effect in the psychic structure of a person (s. FISCHER, RIEDESSER 1998, p. 79). The notion of reconciliation will be searched for in vain in medical textbooks and manuals. But I would like to show that without the notion of reconciliation, although this is not a medical one, something important is missing in any holistic or personal therapy, when applying a multidisciplinary approach to psychotherapy in general and to trauma therapy in particular. What is missing is something epistemological as well as ethical.

Reconciliation is not the same as the healing of trauma of course. Reconciliation is a precondition for a healing process to be initiated and successful. Reconciliation can be understood as a restoring of relation-

ships, even between perpetrator and victim or damaged person (s. Fig. 1).

Reconciliation as reconstruction of a relationship after the trauma

- a) with oneself
- b) with others – wrongdoers
- c) with one's fate

Fig. 1

Reconciliation is not possible without truth. Reconciliation has to do with the integration of seemingly incompatible opposites which is helpful for the healing process. It is necessary to realize however that the problem of psychic trauma is connected with the problem of how it will be possible for the psychic structure of a person to again engage in a wholesome direction despite the overwhelming and disorganising experiences having deep effects.

A solution however is not simply solving a conflict, an analysis, but rather a healing process as a synthesis! Let us look first at what can be understood by reconciliation. Reconciliation provides an environment that is favourable for a healing process of the trauma. But reconciliation cannot be conceived as a moral duty. Reconciliation is an ethical virtue, founded in ethics, philosophy, and religion. Reconciliation is located in the centre of a process of survival between past and future. The aspect of the past is structured by the following stages:

1. Realisation of the trauma (the damage) – realisation of guilt,
2. feelings of concern and sorrow – sadness of the heart,
3. participation of public witnesses – oral confession (“Show your wound!”, Josef BEUYS), and finally
4. compensation of damage through some action (s. Fig. 2).

Reconciliation needs some future aspect in order to be successful. The material compensation through some action needs to go along with some adequate and meaningful change of mind and attitude with respect to the future (metanoia).

Let us start with medical aspects of recognition and action. In the following I would like to show how important it is to rely on a clear definition of the situation and on an orientation in the situation in order to grasp the trauma. For this purpose a well-defined and safe therapeutic

situation is necessary. The process of therapy will be structured by a process model of three phases (s. KICK 2005, p. 74). In the centre of this model will be the border situation as defined by Karl JASPERS (s. 1965, p. 271/1913). Furthermore, I will have to show that it is not possible to heal trauma or any disorder with instruments of a multidisciplinary treatment approach as such. Rather, what we need is a guideline for the application of the diverse methods transcending the use of these instruments in order to achieve a reconciliation of the patient with his or her trauma conditioned by their own responsibility, someone else's guilt or non-personal fate.

Reconciliation as a renewed relation to the past, the present, and to the future

Realisation of guilt	recognito peccati
Sadness of the heart	contritio cordis
Oral confession	confessio oris
Compensation of damage	restitutio – actio

Fig. 2: Reconciliation – not a moral duty, but an ethical virtue. Founded in ethics, philosophy, religion.

What are the characteristics of a situation? According to the preliminary studies of anthropological psychiatry, a situation is a limited scenario starting with a problem, i.e. a telos or a meaningful goal leading to a contest or conflict and ending either in a solution of the problem or the achievement of the goal or else some smaller or larger catastrophe (s. VON UEXKÜLL, WESIACK 1988, p. 89).

What are the characteristics of a therapeutic situation? Starting with a simple question: Someone who is in distress asks someone else for help. The latter realizes the case of emergency, is concerned by the need for help and is willing to help. This elementary stage of primary encounter is followed by the professional stage of objectification and distancing in which the physician or therapist realizes the case of the patient more objectively and establishes a diagnosis in such a way that generalizable elements of knowledge and experiences of other situations can be applied and used. To this stage belong generalizable empirical knowledge about therapeutic treatments, statistically proven as much as possible.

Unfortunately, a therapeutic situation often ends with the rational consideration of the application of such empirical knowledge. This is the standard approach of a purely scientific medicine. It does not meet the needs of individual patients in distress.

The first stage of the empathetic encounter and concern and the second stage of distanced objectification are to be merged in a third stage of a personal encounter of physician or therapist and patient (VON GEBSATTEL 1954). At this stage there will be a creative process of interactions between the subjectivity of the physician or therapist and that of the patient. The subjectivity of the patient is put into a confrontation with resisting concrete realities. Objective generalizable knowledge will be evaluated in a new dialogical encounter between physician or therapist and patient leading to an existential communication (s. JASPERS 1955, p. 27). This personal encounter is accompanied by some realization of the persons encountered, with their inner potentials and value preferences ('Arzt und Patient als Schicksalsgefährten' [doctor and patient as fateful companions], JASPERS 1955, p. 27).

Let us have a look at the whole process in a very short and dense casuistry: A thirty-year-old female patient had been picked up on a highway and brought into a psychiatric clinic. She said, "They say that I am crazy; I don't understand this world any more. I have wanted to have a child for exactly nine years. Having a family, my life would be perfect. The relationship fails! Despair – it's all over. I was stopped by the police on the highway, because I was driving in sinuous lines. For me it had been completely clear: in sinuous lines, of course. Because where I was driving, where the concrete is pressing the earth, grass, and flowers will be grown again by me." (KICK 1991, p. 114)

A patient, about 30 years old, had been in a relationship for about nine years with a perpetual law student who was neither able to pass his exams nor get married. For nine years she postponed her wish to start a family and have children. She was unable to solve her conflict with her partner adequately, naturally with the risk of breaking up with him. At the bottom of this situation there was an earlier trauma of separation and thereby a fear of separating again and a fear of endangering the symbiosis, having actualized previous traumatic pains and the basic fears connected to them.

The dynamic pressure had been increasing. She had been looking for therapeutic help and joined a therapy group. She learned to trust again and felt better for a while. But the group unravelled. The patient was shocked and afraid. In a mixed state of fear and happiness, which had already been the beginning of a psychosis, she escaped the relationship suddenly and entered a subconscious circle of revenge and hatred against herself. This led to in a darkening of psychotic displacement in which she felt equipped with divine magic powers and felt a call for healing the fruitful powers of the mistreated and repressed earth. This was why she drove in sinuous lines on the highway in order to make a wider area fertile again, "because where I was driving and where the concrete had put pressure on the earth, grass and flowers ought to grow again." After deactivating the psychosis and through acquaintance with the psychotic contents, the replacement of the refused psychic content became possible. And, finally, there came the existential call for taking the risk of an pursuing an individual and self-determined new path.

Let us look now at the development of the process from the point of view of process dynamics going beyond a static phenomenology. We approach this by consideration of the border situations as conceived of and presented by Karl JASPERS. Here it is necessary to focus on both, the structural aspects as well as the dynamic-energetic aspects (s. AMMON 1982, p. 716). By 'structure' we understand the individual and social values and meaningful goals of the person, which are aimed at by both the individual and social or collective identities (KICK 2009, p. 96) This can only be achieved when there are sufficient dynamic and energetic resources within the patient which may be actualized from the inside or the outside.

Let us now have a look at the development of a trauma and its re-actualisation from the point of view of the process model (Fig. 3). We distinguish between a pre-critical phase, a critical phase, and a post-critical phase. The actualization of a conflict belongs to the pre-critical phase, and in our case we have to deal with the re-actualisation of a formerly suffered traumatisation, accompanied by pain, fear, and despair. The critical phase corresponds to the border situation with the increasing realisation of the solvable and unsolvable problems and the necessity of a decision between revenge and hate, on the one hand, or hope and a

constructive solution, on the other hand. The border situation ends with the solution of the dilemma with its conflicts and inconsistencies in values by way of a creative synthesis.

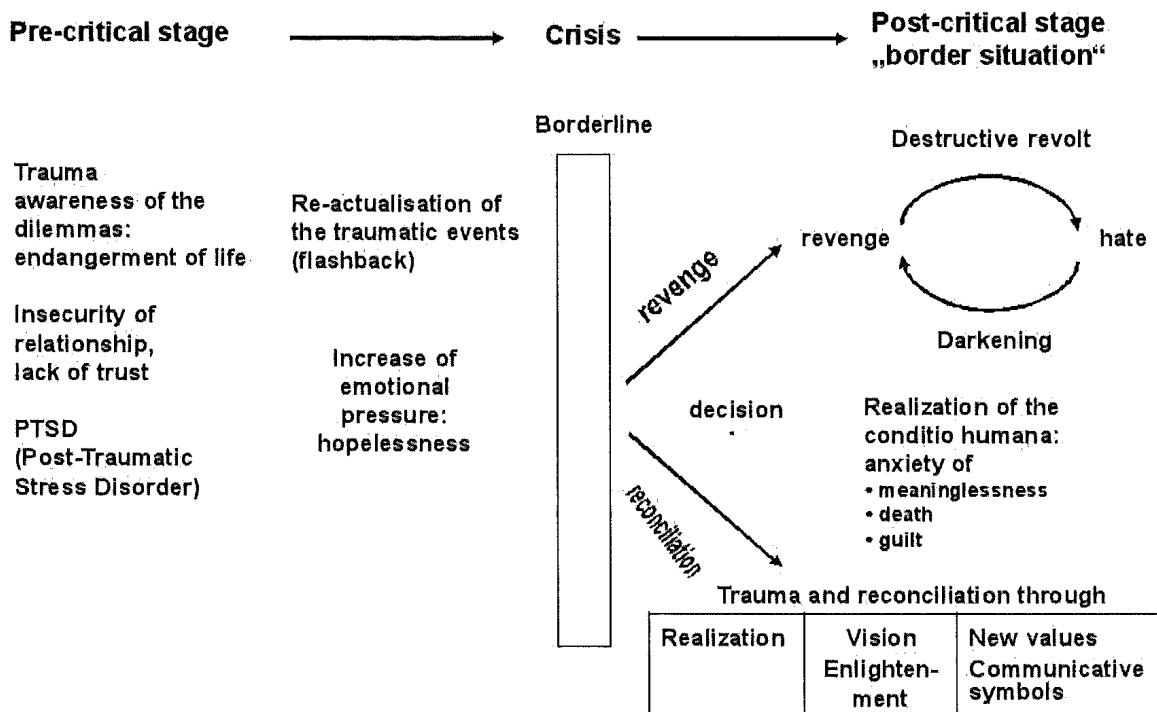


Fig. 3

In Karl JASPERS' 'Allgemeine Psychopathologie' (1965/1913) the border situation is defined as follows:

Insofar as there are last situations, which determine the whole of life despite being disguised in everyday life (like death, guilt, struggle as unavoidable moments) we speak of border situations. [...] What a human being really is and may become, has its last origin in the experience, adoption and overcoming of the border situation. (p. 271; author's transl.)

Border situations according to Karl JASPERS entail certain necessities of decision making, of action and the expansion of knowledge about things which are fundamentally relevant for the art of leading a meaningful life. We are, however, not always conscious of this in everyday life. The constant challenge of life is its meaninglessness or loss of meaning, i.e. by the question: is our life meaningful? The constant challenge by death is because of the mortality of our living bodies, and the challenge by guilt derives from our fallibility. At this point the great religions and philosophies start to become relevant as an attempt to answer such fundamental questions more or less successfully in order to make human

existence more stable and fearless. If the decision fails, the challenge persists as a fear of meaninglessness, a fear of death, or a fear of guilt. This failure may present itself in clinical terms such as alienation, feelings of guilt, or diffuse anxiety (s. TILlich 1965, p. 45).

After having suffered a trauma, a large amount of the psychic energy is often needed to separate from the trauma or to keep it separated. The result is a scenic dissociation of the traumatic experience mainly for one reason: the separation serves survival, as RUPPERT has succinctly formulated (2008, p. 28). The notions of separation and dissociation are to be distinguished from the psychoanalytic notion of suppression (FREUD 1991/1905) behind which there is a specific defence against unbearable sexual desires. Separation and dissociation form a structural and dynamic background of post-traumatic stress disorder syndrome, as well as of a borderline syndrome and other personality disorders.

In the following, I will present a conception which starts from the re-actualisation of the split-off contents (moments) of a traumatized person in border situations as defined by Karl JASPERS. This is accompanied by the given opportunities, risks, and consequences. Under certain conditions these split-off moments can be reactivated and enter again into the realm of consciousness. The re-actualisation of the trauma within consciousness expresses itself in the form of scenic pictures of the traumatic experiences and by massive affects of fear, anger and helplessness. The unexpected return of these highly dramatic scenarios into actual consciousness—as if nothing had happened in the meantime—goes along with strong risks, but also with unique opportunities of reintegrating of the re-symbolisation of the dismissed (s. LACAN 1971/1966, p. 577). There is then a chance to achieve a healing of the psychic wound and thus a new ordering of the psychic structure.

I will now focus on the conditions of the re-actualisation of the separated traumatic moments and the process of healing achieved by it, by interpreting the paradigm of a work of art, namely the film ‘Hiroshima, mon amour’ by Alain RESNAIS (1959). This was his first film, in which he initiated the French Nouvelle Vague, milestone in cinematographic modernity.

Shocked by the historic catastrophe which struck Hiroshima on August 6th, 1945 in the form of the American atomic bomb, a discourse about

personal forgetting and remembrance ensued as a central human concern. The protagonist, a Japanese, who has lost his entire family in the nuclear catastrophe of Hiroshima, has forgotten this loss by splitting it off. His short-time lover, a French actress and passionate pacifist who has come to Japan in order to shoot a peace film, confronts him with his former loss. In their love affair scenes, this loss appears step by step showing the pain of remembrance. By facing and accepting this pain of remembrance as a part of his biography, he is enabled to enter into his inner process of conflict and coping. Impressed by his beloved's commitment to peace, and realizing the background of her trauma—she shows him her own wounds—he enters into a process of reconciliation.

As a complementary process, the French woman-protagonist realizes the biographical reasons of her own commitment to peace. The pictures of the atomic catastrophe are connected by Alain RESNAIS in a dialectic confrontation with the scenes of her love affair.

Step by step, the original scenes of an early traumatisation in her first love for a German soldier reappear to the Frenchwoman. On the day of the liberation of France her lover, the German soldier, had been shot in front of her. After this incident, she had been humiliated and raped by her fellow Frenchmen, and finally cast out by her family. Her trauma had been split off for many years. The separation of the trauma served as a defence against the pain of the suffered traumatisation by humiliation, but it also served to avoid feelings of shame and guilt with respect to her breaking away from the solidarity of the French people by entering a relationship with the enemy.

In this work of art the process of self-acceptance as a precondition of healing the traumatic wound is shown under the protection of her love affair. The suffering, the traumatisation can become meaningful if it is not forgotten, and it can lead to a kind of universal solidarity with the suffering of the victims and, in this film, also to a reconciliation.

Hence, the film ends with the separation of the couple, a separation of a special kind, which paradoxically encompasses a true encounter. The process of healing, the salutogenetic situation begins with feelings of sorrow about reality and the realisation of a universal misery.

The couple's personal distress, their trauma only becomes accessible under the protection of loving care. The film shows a salutogenetic situa-

tion for both protagonists. Moreover, the neediness of both, caused by previous unconscious traumatisation, especially strengthens the complementary attraction of both persons in their encounter. Their common humane value response, their hitherto unconscious vision, which is coming about is, "We have to remember, because otherwise everything will be repeated."

From the point of view of process dynamics, this special scenario can be put in relation to the limiting situation of a complete drama that can be divided into three stages (s. Fig. 3):

1. Pre-critical phase: The splitting-off or repression of the trauma is kept alive. By making values absolute: materially, spiritually, by means of social contacts, bodily (aesthetic, hedonistic) concrete burdens, and confrontations become manifest. The relativisation of absolutised values can succeed or fail.
2. However, when the dynamic pressure increases because of seemingly unsolvable conflicts and tensions facing a sudden re-actualisation of the trauma, then the second critical phase begins by passing the borderline of despair and helplessness into the border situation. At this point one has to decide. It depends on this decision whether or not a pathological process is arising, leading to a destructive process along the lines of hate and revenge, or, else, a constructive development of values and reconciliation: a decision is necessary and unavoidable. This is not at all a question of more or less good or strong feelings. This requires strength and a decision that goes simply beyond human measure.
3. The post-critical phase begins with the realized decision. Once the decision has been made for reconciliation—and this requires the incorporation of the discovery of the limiting situation and the chance of a new value experience—the following process unfolds in three steps. This process we have to understand now: The limiting situation enables a new perspective on the whole of human existence. The uncovering encounter with oneself, with others or with a common fate is overshadowed by an enormous existential fear or angst. This angst is a fear of three fundamental moments of being that challenge the *conditio humana* (s. TILLICH 1965, p. 45):
 - a. the fear of fate and death,
 - b. the fear of emptiness and of the meaninglessness of the absurd (alienation),
 - c. the fear of guilt and condemnation.

In the transgression of the borderline and in the border situation there are two unforeseeable moments of insecurity: on the one hand, the risk of getting entangled in an even more complex concealment of the pathological process, and, on the other hand, the chance of discovering the *conditio humana* relating to one's authentic existence (s. HEIDEGGER 1953, p. 184).

Although the human condition always exists, it is not always realized as being present. After the transgression of the borderline the concealment formerly kept alive is uncovered. This moment is the precondition of an 'enlightenment of existence' ('Existenzherhellung', JASPERS 1965, p. 275) and at the same time the chance of bringing about a new form that might lead to reconciliation.

	Proximity	Distance	Integration
Level of recognition	Concern after realization of the <i>conditio humana</i> Enlightenment	Contest Polarization Vision	Reconciliation Ethical position: New values
Level of action	Courage in reply to despair and based on faith	Loving struggle based on hope	Encounter Integration of conflicts Discovery of a common value, based on love

Fig. 4: Border situation and new values: post-critical process and reconciliation

However, the border situation can also lead to another post-critical stage, into a catastrophe, and end up there. Nevertheless, it can also be channelled into a process of reconciliation by means of a constructive personal decision. The path of reconciliation that follows requires a threefold courage (Fig. 4): the courage of closeness (proximity), the courage of distance, and the courage of synthesis and integration. However, the process of reconciliation is based on a successful encounter with oneself, with the other, and with fate under impeding conditions, i. e. the pains of the trauma. In just such an encounter a personal structure develops like an enlarged identity which now serves life and provides an experience of

new common values. What is needed on this path is a creative process, a creative act bringing about a work of art as a complement, and an enlargement of the world (s. KICK 2005, p. 86).

In this way we move from reflecting trauma, reconciliation, and border situation and by way of the drama of the therapeutic situation to a problem which is fundamental and common at the same time: the problem of relationships and encounters standing the test of time. In relationships, the forming of, formed, and realized identity is always confronted with burdens. Such burdens are demanding, and at the same time, they represent options for realizing an enlarged, confirmed, and stronger self-identity in the struggles of life. These probes of identity are realized in encounters that are also experiences of limitations.

Human encounters always have qualities leading to limitations, our own limits and the limits of others. In that sense they are so to speak ‘small’ border situations. Rolf SCHMIDTS has put it from the point of view of Dynamic Psychiatry with a great feeling for philosophical depth:

Each contact [...] is an experience of limitation and is eros, an experience of fusion and dissection. [...] Each encounter encloses a revolutionary principle in the limitation of the other – something potentially new – because it brings about the destruction of a trauma and of old and sometimes even powerful structures in a process of healing and development. (SCHMIDTS 1996, p. 328, author’s transl.)

What connects people? What makes relationships lasting? These are the common questions in the struggles of life, questions in the search for some binding, connecting and therefore common meaning. The common raising of questions as well as the search for a common meaning lead to questions of truth about oneself and the world. The confessing of trauma and the necessity of reconciliation are also part of these questions. Truth connects (s. JASPERS 1955, p. 27), it stabilizes human relationships in the long run and enables life to succeed. Sudden discontinuities, distortions, and incomprehensible events caused by unknown former traumas certainly lead to astonishment, doubt or anxiety in border situations. Such discontinuities bring about caesuras. These are constellations that are the beginning of all philosophical questions but also of a new form of relationships and of the discovery of new value experiences (s. KICK 2009, p. 87).

With all seriousness we have to realize that the caesuras, but also the

traumata and the experiences of the incomprehensible can endanger relationships. Behind such caesuras are forces that can throw someone off course. Rarely has this conflict been more clearly depicted than by the poet Friedrich HÖLDERLIN. Coming from the philosophy of unification, which arose in the 18th century as a theory of biographical development, HÖLDERLIN described how man can be thrown out of his formerly harmonious and concentric course of life by a hidden trauma; he can thus be led to an eccentric course (s. Wolfram SCHMITT 2010, p. 319).

Personal decisions, strokes of fate, and also disorders on the biological level, as shown by medical research, can throw someone off course into eccentricity. These factors are only understood as caesuras breaking up the intimate connections in understanding. According to HÖLDERLIN's biographical conception, the goal and the challenge is to unite the conflicting forces of nature and spirit towards reconciliation in the sense of a model of personal development and formation (HÖLDERLIN 2004/1795). The call of philosophy for self-realization as a reconciliation of conflicting forces can also be heard and understood as a guideline for the psychotherapeutic process.

Summary

Reconciliation contributes a decisive element to a therapeutic circle (Fig. 5). Reconciliation integrates and embraces various valuable methods of psychotherapy and orders them into a fitting existential landscape. It keeps the human quest for meaning alive even in difficult moments of polarization. Paradoxically, an encounter does not arise out of the continuity of understanding, but out of the confrontation with biographical caesuras, traumata and structural distortions. An encounter arises out of astonishment, doubt, and even border situations. Therefore an encounter is also the seizing of a chance, which grows out of the caesuras and traumata. It is the beginning of philosophy, the beginning of art, and a precondition for an integrative psychotherapy from a multidisciplinary perspective.

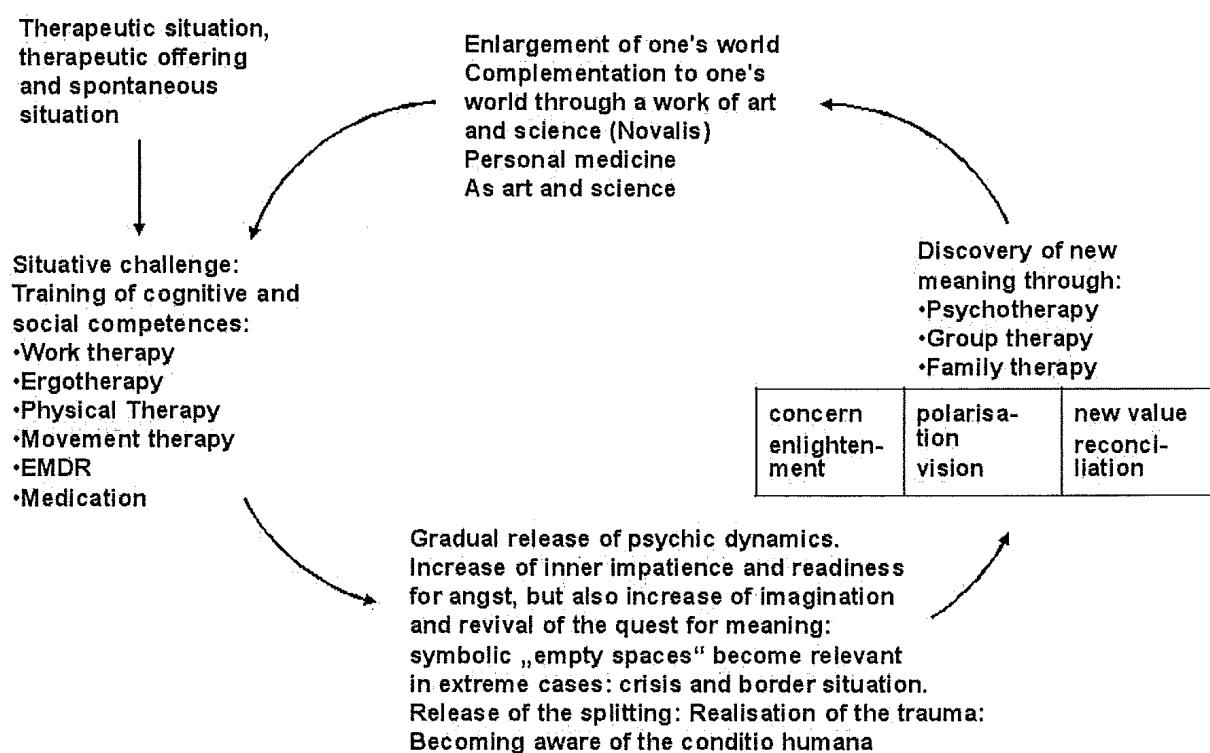


Fig. 5: Multidisciplinary trauma therapy

Trauma und Versöhnung

Grenzsituationen als Wagnis und Chance im multidisziplinären Behandlungsansatz

(Zusammenfassung von Hellmuth Cox, Freising)

Der Prozess der Versöhnung basiert im Grunde auf einer erfolgreichen Begegnung trotz erschwerten, leidvollen Umständen. In dieser Formulierung des Autors wird durch das ‘Trotz’ etwas Wesentliches und Unverzichtbares, das diesen Prozess kennzeichnet, zum Ausdruck gebracht und er wird zu einem dynamischen erhoben. Später stellt der Autor diesen Prozess in den Zusammenhang von Vergangenheit und Zukunft und des Überlebens und macht ihn damit zu einem Vorgang, der das objektivierbare, an die Vergangenheit und Gegenwart gebundene medizinische Vorgehen wohl einbindet, aber innerhalb einer „dem Menschen angemessene, existentielle Landschaft“ dar, die durch die Bereitstellung einer wirklichen Begegnung den Blick auf das ‘Jetzt’ aus der Richtung einer möglichen zukünftigen Vollendung, Verbesserung erlaubt.

Die eigentliche Therapie versucht das traumatische Geschehen in drei

Phasen zu erfassen. Dieses therapeutische Bemühen wird aber von Beginn an durch die alles subjektive Erleben kennzeichnende und bestimmende aber doch Gemeinsamkeit stiftende Grenzsituation menschlicher Existenz geleitet, sowie sie bereits Karl JASPERS herausgestellt hatte. Dabei werden vom Autor besonders zwei Herausforderungen hervorgehoben, denen sich Menschen stellen müssen: ihrer Sterblichkeit und ihrer Fehlbarkeit.

Das individuelle Szenario oder der einzelne Ablauf des traumatischen Dramas vollzieht sich in drei Akten:

1. Prækritische Phase: Die Abspaltung oder Verdrängung des Traumas wird durch die Verabsolutierung von Werten aufrechterhalten. Das Festhalten an ‘überlebensnotwendigen’ Werten, seien sie materieller oder spiritueller Art, an ‘unersetzbaren’ sozialen Bindungen führt zu Überforderungen und Konfrontationen. Die Relativierung der verabsolutierten Werte kann gelingen oder misslingen.
2. Wenn aber der Druck zunimmt aufgrund von scheinbar unlösbaren Konflikten und Spannungen, und man sich einer plötzlichen Reaktualisierung des Traumas gegenübergestellt sieht, beginnt die zweite kritische Phase mit der Überschreitung der Grenze der Verzweiflung und Hilflosigkeit in Richtung auf die Grenzsituation. An diesem Punkt muss man sich entscheiden. Von dieser Entscheidung hängt es ab, ob ein pathologischer Prozess entsteht, der übergeht in Destruktivität entlang der Linien von Hass und Rache, oder sich doch letztlich konstruktiven Werten und Versöhnung zuwendet. Diese Entscheidung verlangt Stärke, die einfach jedes menschliches, im üblichen psychologischen Sinne erfassbare Maß übersteigt.
3. Die postkritische Phase beginnt mit der wirklichen Entscheidung. Ist die Entscheidung im Sinne einer Versöhnung gefallen unter Einschluss der Einsicht in die Ausweglosigkeit, Grenzwertigkeit der Situation aber auch in die Möglichkeit, die Chance, eine neuwertige Erfahrung zu machen, entfaltet sich der folgende Prozess in drei Schritten, die sich nur, folgt man dem Autor, einem philosophischen Verständnis erschließen: die Grenzsituation ermöglicht eine neue Perspektive auf das Ganze der menschlichen Existenz. Die ungeschützte Begegnung mit dem Selbst, mit andern oder mit einem gemeinsamen Fatum ist überschattet von einer ungeheuren existenziellen Furcht oder Angst. Der Autor zitiert Paul TILLICH, wenn er die Angst als dreifach spezifiziert. Sie tritt in fundamentalen Momenten des Seins hervor, welche als die Herausforderungen der *Conditio humana*

gelten können: da ist die Angst des Schicksals und Todes, die Angst der Leere und der Sinnlosigkeit, schließlich des Absurden und die Angst der Schuld und der Verdammung.

Bevor der therapeutische Zirkel im Rahmen des multidisziplinären Behandlungsansatzes mit den je spezifischen Behandlungsformen, unter anderem dem Training kognitiver und sozialer Kompetenzen, der Arbeitstherapie, der Ergotherapie, der physikalischen Therapie, der Bewegungstherapie, der EMDR, sogar der Medikation in Gang kommt, sind nach Meinung des Autors noch einige Ableitungen des philosophischen Modells des Versöhnungsvorgangs zu beachten, so dass der Charakter der für diesen Vorgang so wichtigen Herausforderung einer Grenzsituation in den einzelnen Behandlungsformen nicht verloren geht.

So kann der Autor formulieren, dass paradoixerweise die wesentlichen Züge menschlicher Existenz aufdeckende Begegnung sich nicht ergibt aus der Kontinuität der Verständigung, sondern aus der Konfrontation mit biografischen Zäsuren, Enttäuschungen und strukturellen Verzerrungen. So wird vermieden, dass das therapeutische Bemühen Gefahr läuft in ein noch komplexeres Verbergen des pathologischen Prozesses hineinzugeraten, und damit die Chance verpasst die Parallelität der eigenen Existenz mit der *Conditio humana* aufzudecken und sie damit als eine authentische erleben zu können. Nach dem Überschreiten der Grenze, wird der Sinn dieser Abgrenzung als Versuch der Verdeckung, der einer Versöhnung entgegensteht, aufgedeckt ('Existenzerhellung').

Der Autor schließt seine Ausführungen ab mit dem Hinweis, dass 'Begegnung' aus Verwunderung, Zweifel und sogar der Situation des Über-schreitens (Transzendenz) erwächst. In der auf Versöhnung abzielenden Begegnung wird das Bemühen um Sinngebung und Bedeutung lebendig gehalten sogar in schwierigen Augenblicken der Polarisierung und Gegnerschaft. Daher bedeutet Begegnung nicht weniger oder mehr als das Ergreifen einer Chance, die Zäsuren und Traumata in einem neuen Wort (Synthese) überbrückt und zugleich versöhnt, um den Beginn der Philosophie, den Beginn der Kunst, herbeizuführen und die als Vorbedingung für eine integrative Psychotherapie unter einer multidisziplinären Perspektive zur Geltung gebracht werden sollte.

References

- Ammon, G. (1982): Kreativität als Grenz- und Identitätsgeschehen; S. 714-735. In: G. Ammon (Hg.): Hdb d Dynam. Psychiatrie 2. München, Basel: Reinhardt.
- Fischer, G.; Riedesser, P. (1998): Lehrbuch der Psychotraumatologie. München, Basel: Reinhardt.
- Freud, S. (1991/1905): Drei Abhandlungen zur Sexualtheorie. GW 5. Frankfurt a. M.: Fischer.
- Gebssattel, V. E. von (1954): Prolegomena zu einer medizinischen Anthropologie. Berlin, Göttingen, Heidelberg. Springer.
- Heidegger, M. (1953): Sein und Zeit. Tübingen: Niemeyer.
- Hölderlin, F. (2004/1795): Vorrede zur vorletzten Hyperion-Fassung. In: D. E. Sattler (Hg.): Friedrich Hölderlin. Sämtliche Werke, Briefe und Dokumente in zeitlicher Folge. Bd. 4. München: Luchterhand.
- Jaspers, K. (1955): Wesen und Kritik der Psychotherapie. München: Piper.
- (1965/1913): Allgemeine Psychopathologie. Berlin, Heidelberg, New York: Springer.
- Kick, H. A. (1991): Psychopathologie und Verlauf der postakuten Schizophrenie. Berlin, Heidelberg, New York: Springer.
- (2005): Vom Umgang mit Mythen: Doch noch Hoffnung für danach? Begegnungswege; S. 69-90. In: G. Dietz, H. A. Kick (Hg.): Grenzsituationen und neues Ethos. Heidelberg: Winter.
- (2009): Grenzsituation und Wertebildung - eine prozessdynamische Interpretation nach Karl Jaspers; S. 73-88. In: D. von Engelhardt, H. Gerigk (Hg.): Karl Jaspers im Schnittpunkt von Zeitgeschichte, Psychopathologie, Literatur und Film. Heidelberg: Mattes.
- Lacan, J. (1971/1966): D'une question préliminaire à tout traitement possible de la psychose; pp. 43-102. In: Ecrits 2. Paris: Seuils.
- Resnais, A. (1959): Hiroshima, mon amour. Film
- Ruppert F. (2007): Seelische Spaltung und innere Heilung. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Schmidts, R. (1996): Das ganzheitliche Prinzip in der humanstrukturellen Psychoanalyse Günter Ammons. *Dynamische Psychiatrie* 29:317-345.
- Schmitt, W. (2010): Versöhnung als Therapieziel; S. 315-331. In: H. A. Kick, G. Dietz (Hg.): Trauma und Versöhnung. Berlin: LIT.
- Tillich, P. (1965): Der Mut zum Sein. Hamburg: Furche.
- Uexküll, T. von; Wesiack, W. (1988): Theorie der Humanmedizin. München, Wien, Baltimore: Urban Schwarzenberg.
- Prof. Dr. med. Hermes A. Kick is psychotherapist and director of
IEPG - Institute for Medical Ethics, Psychotherapy, Health, and Culture •
Lameystr. 36 • 68165 Mannheim • info@institut-iepg.de

From Psychopathology to Biological Correlates (Kandinsky-Clérambault Syndrome)

Petr Morozov (Moscow, Russia)

The Kandinsky-Clérambault syndrome is not included in any of the international classifications of mental disorders. In 1927 the Russian psychiatrist A. EPSTEIN proposed this double name for the clinically complex mental automatism, investigated by French psychiatrist G. G. CLÉRAMBAULT, which is very close to the pseudohallucinatory syndrome, described by the Russian psychiatrist Victor H. KANDINSKY. This term was accepted and widely used in Russian psychiatry.

Keywords: Kandinsky-Clérambault syndrome, pseudohallucinations, mental automatism, pseudohallucinatory syndrome

The term Kandinsky-Clérambault syndrome was accepted just more than 80 years ago and since it has been used in the Russian psychiatric literature. According to the known text-book ‘Psychiatry’ by O. V. KERBIKOV, M. V. KORKINA, R. A. NADZHAROV, A. V. SNEZHNEVSKY this syndrome is defined as follows:

A set of interrelated symptoms: pseudohallucinations, delusions of persecution and influence, and feelings of being captured and openness. It is typified by alienation, loss of one’s own mental processes; a feeling of being constantly influenced by external forces.

Manifestations:

- associative automatism (mentism, openness, unwinding of recalls, echo thought: all types of pseudohallucinations),
- senestopathic automatism,
- kinesthetic automatism. (1967, p. 97-98)

Although this definition is lapidary, but nevertheless rather accurate, so far there have been controversies as to whether it is legitimate to distinguish this syndrome. If we refer to current classifications, such as DSM-IV or ICD-10, the existence of the Kandinsky-Clérambault syndrome is far from being evident in their context:

SPITZER (one of the authors of DSM-III, 1987) on pseudohallucinations:

“this concept should be dropped for clinical practice” (1987) and

replaced only by a description of the clinical phenomenon;

DSM-IV mentions pseudohallucinations only once as a possible clinical

manifestation of conversion disorder.

A variety of hallucinations characterized by adequate self-appraisal, involvement of not only sensory modality, but also naïve, fantastic content and psychological importance.

KAPLAN and SADOCK on automatism:

Erotomania: delusional belief, more common in women than, in men, that someone is deeply in love with them (also known as Kandinsky-Clérambault complex). (1998; p. 283)

No comments.

Meanwhile, the names of the two great psychiatrists were once joined together and this is not an artificial entity at all. This is sufficiently apparent for the French and Russian psychiatric schools.

As a preliminary point, let us recall these authors: V. Kh. KANDINSKY (1849-1889) and Gaëtan Gatian DE CLÉRAMBAULT (1872-1934).



Photo 1

This double term owes its origin to Leningrad psychiatrist A. L. EPSTEIN who made a report on this topic at the meeting of the local society of psychiatrists in 1927, even in CLÉRAMBAULT's life. The report itself was not; however, its brief account in the report on the meeting of physicians of the Medical Institute of the Leningrad Hospital's Mental Clinic "Prof.

I. M. Balinsky” was published in the Bekhterev Review in 1929 (EPSTEIN 1929).

It is interesting that its chairman was Professor P.A. OSTANKOV who proposed to add the third surname WERNICKE to the name of the syndrome; however, this name did not take root in our country. The essence of Dr. A.L. EPSTEIN’s report on the ‘Clérambault syndrome’ was as follows:

1. Importance of the syndrome:
 - clinical identification,
 - pathogenesis,
 - clinical and psychopathological significance.
2. Relations to Kandinsky’s pseudohallucinations:
 - spontaneity, independence of consciousness and will,
 - affection for a patient, persuasiveness and emotional completeness,
 - internal listening, talking, echo thought, thought stealing, a feeling of internal broadcasting,
3. The syndrome occurs in different mental diseases. (EPSTEIN 1929)

The Kandinsky-Clérambault syndrome started its life in that way. Let us consider its historical development. What are similarities and differences in the authors’ opinions? For this, let us refer to the primary sources and try to recreate the dynamics of the emergence of this psychopathological concept. Let us first look at V. Kh. KANDINSKY’s works: mental health professionals are unfamiliar with them; moreover, we shall state at once that we shall refer to the author’s lifetime and postmortem work (1890) because the Soviet edition (1952) was made incorrectly with abridgements and misrepresentations.

Here is how the author himself defines the concept ‘pseudohallucination’; moreover, he does not claim just this name but allows for other variants, such as hallucinoides, illuminationes, illustrations.

My pseudohallucinations are not essentially simple, if only extraordinary vivid, imageries of recall and fantasy; by leaving aside their incomparatively great intensity (as a nonessential feature), I find them to differ from ordinary, reproduced sensory representations in some highly characteristic features (namely: a receptive attitude of consciousness to them, their independence of will; their obsession; the high sensory distinctness and completeness of pseudohallucinatory imageries, the invariable or continuous nature of a sensory image in this type of subjective phenomena).

What I call true pseudohallucinations are certain highly and extremely sensory subjective perceptions that show all the characteristic features of hallucinations, except the latter’s nature of objective reality, which is essential to the latter; by the absence of this nature, these are not essentially

hallucinations. [...] In our opinion, it is important to distinguish two notions] highly sensory distinctness and completeness of pseudohallucinatory imageries [and the] obsessional [obsessed; P. M.] pattern of pseudohallucinations. (KANDINSKY 1952, p. 145)

KANDINSKY dwells in detail on that and his description differs from similar phenomena depicted in the works of other authors.

Let us try to roughly represent it in the following list 1.

List 1: Differences of KANDINSKY's pseudohallucinations from the similar phenomena (as assessed by the author)

1. F. W. HAGEN (1868): 'pseudohallucinations' (included in the syndrome only as part of auditory pseudohallucinations; after KANDINSKY) does not belong to the sphere of sensory perception but are a combined group that includes:
 - picturesque delusion.
 - obsessional-compulsive ideas.
 - confabulation (pseudoreminiscences).
 - 'false ideas of secondary origin, which result from the content of auditory hallucinations'
2. J. BAILLARGER (1844): 'psychic hallucinations' (from KANDINSKY: mainly auditory hallucinations; their difference to pseudohallucinations lies in the sensoriness, 'internal, intellectual voices')
 - Not a variety of sensory illusion, rather 'the kind of intellectual delusion' that belongs to thought disorders (MARCE 1862)
 - "Simple (non-sensual) forceful thinking, without sensory subjective perception"; KANDINSKY wrote, "internal ear, internal vision, obsession." (1952, p. 88) [internal vision, internal ear -important sign of differences between ordinary and pseudohallucinations. Hamlet answered to Horatio where he saw his father: "In my mind's eye".]
3. K. KAHLBAUM (1886): 'apperceptive hallucinations' (phantorhemia)
 - From KANDINSKY: Closer to recalls ('hallucinierte Erinnerungen'); however, there is 'affectation' or internal openness, at the same time they are auditory (phantorhemia) in nature ('phema' word);
 - rather 'pseudohallucinatory pseudomnesia'

Just relying on the obsession, i. e. an affectation of pseudohallucinations, A. L. EPSTEIN said that they shared common traits with the syndrome of psychic automatism. It seems likely that pseudohallucinations should be referred to as a sensory variant of this complex syndrome. If the psychopathological phenomena that are part of the pattern of the above syndrome are briefly denoted, we shall have the following rough list 2.

List 2: KANDINSKY's 'pseudohallucinatory syndrome':

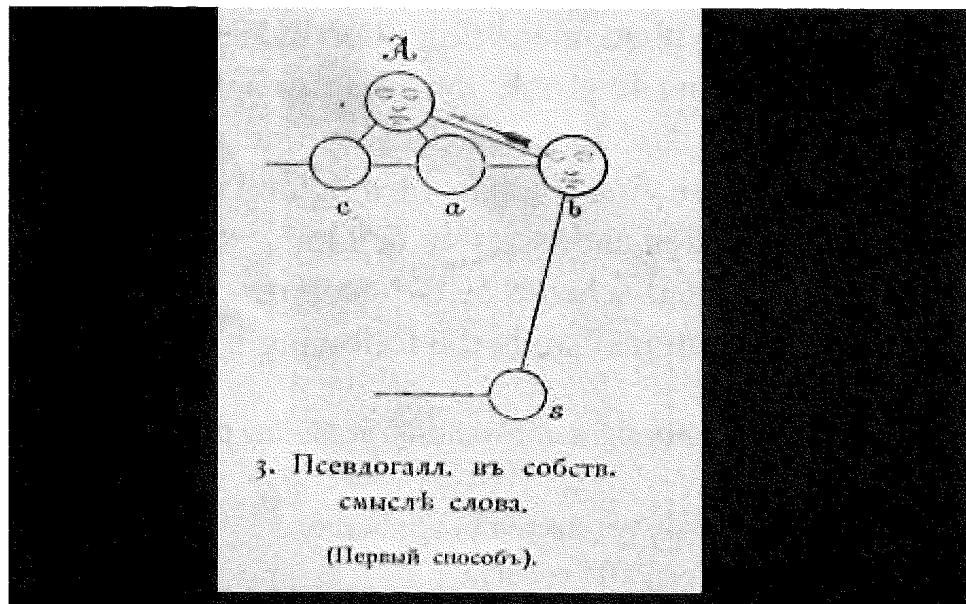
- pseudohallucinations of hearing, vision, common sense, taste, and smell obsession, affectation, constraint of a phenomenon,
- thought broadcasting symptom,
- a symptom of echo thought (repetitive, notifying, anticipatory),
- 'pseudohallucinatory pseudomnesia' (abrupt onset; the affective color pseudohallucinatory imagery is taken as an event the patient has experienced in the past),
- speech motor pseudohallucinations (described by SÉGLAS later on),
- 'internal talking' (it seems to the patient that he says what is not actually taking place in fact),
- 'actual talking' (verbal statements are being made, however against a patient's own will, they are forced by nature; what should be concealed is being blurted out). The patient's will turns out to be 'weak to impede the language that has suddenly received autonomy',
- 'pseudohallucinations in torrents'; an influx that is oniric (oneroid) in nature; the fabulousness and tension of a plot with a patient's active participation.

Incidentally, SÉGLAS identified the third type of the speech motor mechanism: silent talking, the perception of talking with lip movements, vocal speech being absent. It is our opinion that SÉGLAS allowed for the confusion of motor and sensory mechanisms, while KANDINSKY recognized 'verbal talking' and 'verbal listening'.

I believe that the views of KANDINSKY will be depicted inadequately, if we do not mention his assumption that there is a relationship of the appearance of hallucinations to the excitation of individual brain centers and the exhaustion of the anterior hemispheric cortex. These views have suddenly received support by the works of present-day French scientists. An attempt to represent the appearance of hallucinations as simple schemes was received with interest by K. JASPERS (1911, 1948), reproduced elsewhere (G. BERRIOS, T. DENING 1996), but they were omitted from the 1952 Soviet edition (KANDINSKY 1952) without remorse. Let us illustrate KANDINSKY's point of view, by presenting two of his eight illustrations in more detail.

V. KANDINSKY's work 'About pseudohalluzinations' (1890) came out only after his tragic suicide; it was endowed by his widow in 1890, who left this world on her own accord after performing this important mission.

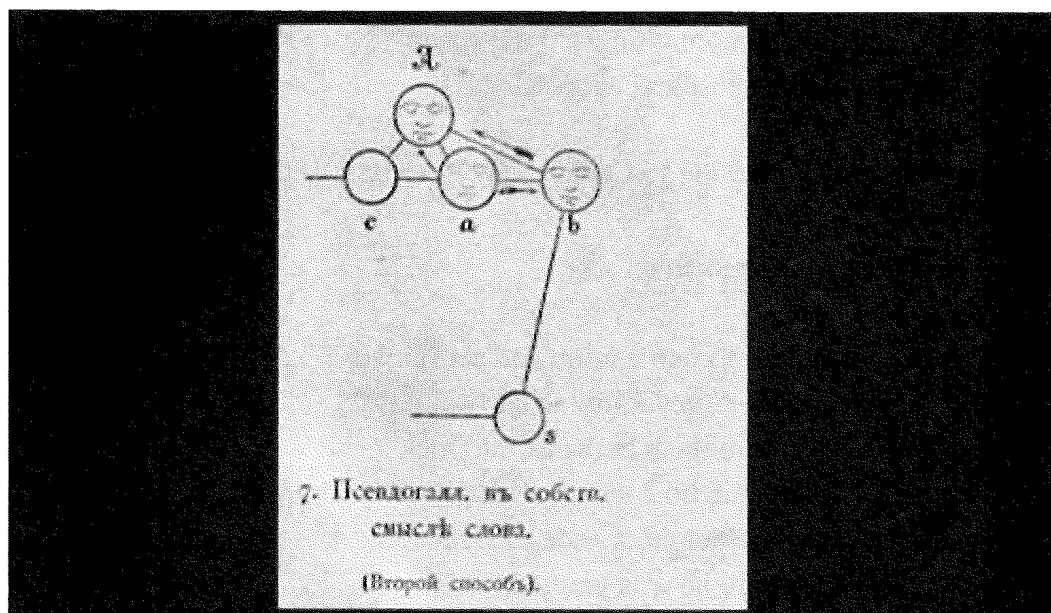
In the period from 1909 to 1930, CLÉRAMBAULT published his papers where he invented and defined the term 'psychic automatism'. As a matter



Pseudohallucinations proper (the first mode) described by V.Kh. Kandinsky

A, consciousness; C, motor center of speech; a, center responsible for the formation of abstract unconscious images; b, apperception center; S, subcortical sensory or perceptual center.

Photo 2: Pseudohallucinations proper (the first mode) described by KANDINSKY (1890)



Pseudohallucinations proper (the second mode) described by V.Kh. Kandinsky (this table is reproduced by K. Jaspers)

A, consciousness; C, motor center of speech; a, center responsible for the formation of abstract unconscious images; b, apperception center; S, subcortical sensory or perceptual center.

Photo 3: Pseudohallucinations proper (the second mode) described by KANDINSKY (this table is reproduced by K. Jaspers 1911)

of fact, the pseudohallucinatory phenomena described by V. KANDINSKY occur in succession, by involving first only the ideatory sphere (a stage of ‘petit automatisme mental’) and then the sensory and psychomotor spheres for the formation of the final picture of a ‘grand automatisme mental’. This gives rise to delusion and ‘scission de moi’.

I shall give you a more detailed scheme of the occurrence of psychic (according to CLÉRAMBAULT) automatism in the following lists 3-6.

List 3: Minimal psychic phenomena (early signs of psychosis) according to CLÉRAMBAULT

- ‘petit’ automatism syndrome – passivity (inactivity) syndrome,
- abstraction release – the thought is undifferentiated,
- forcible unwinding of recalls (“I am shown …”);
- mentism – a train of thoughts;
- thought insertion,
- thought breaks,
- aprosexia (abnormal inability to sustain attention, “I cannot determine my thought among the prompted ones …”),
- thought overflow, fluency (“I cannot follow”),
- paramnesia, foreignness of people, things, “I am compelled to recognize people”,
- verbal phenomena (games) – senseless expressions.

List 4: Ideoverbal phenomena according to CLÉRAMBAULT (a part of the ‘grand automatism mental’)

1. Thought capture – ideatory automatisms:

- insertion of foreign thoughts,
- fixed thoughts (“are inserted into one’s mind and set thinking”),
- forward, anticipating thoughts (“they know what I shall do”),
- stray thoughts (“cause to read rubbish between the lines”).

2. Echo thought (usually occurs against the neural or euphoric background):

- echo of appeal, statement (“the neighbors see all, repeat all”),
- echo with comments (“they said he was going to …”),
- echo of an occurring thought (intention),
- anticipatory echo (“they repeat my thoughts before I thought them”).

List 5: Transition from ‘petit’ to ‘grand’ psychic automatism after CLÉRAMBAULT

- Echo thoughts occur against the affectively neutral background, at first without ideas of persecution.
- The author also describes affective automatism that consists of phenomena of alienation from one’s own emotions (“they suddenly occur and also disappear”),

“embedded in” joy, sadness, and anger (“I am enraged, but the anger is not mine”). There is also transition of different affective states, without the cause of what is going on being understood. There is sometimes a struggle of two kinds of consciousness; moreover one is recognized as foreign.

- Verbalization of psychic phenomena; the undifferentiated thought becomes verbal or ideomotor. There are four types of voices:
 - verbal, object, individualized, thematic.
Words come from without and address only the patient (“Gertrude’s question”). [I shall risk introducing the term “Gertrude’s question” for didactic purposes. The Queen asks Hamlet, “To whom do you speak this?” Hamlet, “Do you see nothing there?” Queen, “Nothing at all. Yet all that is I see”. Hamlet, “Nor did you nothing hear?” Queen, “No, nothing but ourselves”. Gertrude does not see a ghost.]
 - Sensory hallucinations (visual, senesthetic, olfactory) and some motor phenomena occur repeatedly, are similar to ideomotor automatisms.
 - The term ‘triple automatism mental’ means a clinical syndrome that comprises three types of automatisms: motor, sensory, and ideoverbal.
 - It is at that moment that there occurs a transition from ‘petit’ to ‘grand’ automatism.

In his works, CLÉRAMBAULT substantiates the hyper-structure of occurrence of all psychoses where there is a primary action that is psychic automatism and there are secondary constructions, i.e. delusional. He insisted on defining psychic automatism as the basic mechanism for the development of psychoses, “the essence of psychoses is their automatism, mentation is secondary” (CLÉRAMBAULT 1941, p. 122).

List 6: Formation of a new personality, decomposition of ego according to CLÉRAMBAULT:

- delusion arises from a reaction of intellect and affectivity to the phenomena of psychic automatism,
- delusion is a secondary construction and forms a new (“second”) personality that denies the first ego,
- the content of delusion may vary with a premorbid personality, the themes of delusion may be determined by positive and negative hallucinatory experiences,
- psychic automatism mainly gives rise to a patient’s hostile assessment (being insulted, indiscretion, opposite assessments sounding in alien thoughts or voices).

Let us summarize some results. What are, in our opinion, similarities and differences in approaches to the problem studied by Russian and French investigators; what similarity there is in the views of the syndrome by its authors V. KANDINSKY and G. CLÉRAMBAULT? We shall speak about

their differences later. Thus, there is above all a practical identity of psychopathological phenomena described by both authors. The ‘pseudohallucinations’ of KANDINSKY are in fact, very close to the ‘automatism’ of CLÉRAMBAULT.

The syndrome occurs in different mental diseases, in ‘ideophrenia’ according to KANDINSKY, and in the ‘chronic hallucinatory psychoses’ according to CLÉRAMBAULT.

List 7: The authors KANDINSKY and CLÉRAMBAULT hold similar views about the syndrome.

- The practical identity of the authors’ described psychopathological phenomena (forcing, thought insertion, broadcasting, echo thoughts, mentism, etc.).
 - KANDINSKY’s pseudohallucinations (sensory, motor, verbal) are essentially very close to CLÉRAMBAULT’s automatisms.
- The syndrome occurs in different mental diseases.

List 8: The authors KANDINSKY and CLÉRAMBAULT hold different views about the syndrome.

1. KANDINSKY focused on the detailed description of the phenomenon and the possible mechanisms of pseudohallucinations:
 - the patients are chiefly described in static terms, there is available a self-description,
 - the cohort of patients is predominantly long-time ill inpatients,
 - the language is not always easy to perceive.
2. CLÉRAMBAULT focused on the formation of the concept of dynamics of automatisms (described in detail), their role in the occurrence of psychosis (delusion occurs after psychic hallucinations and as a reaction to automatisms):
 - clinical cases are given in dynamic terms; the development of the syndrome can be observed; the author purposefully traced the fate of patients,
 - most patients are primary, acute, they are examined in a forensic clinic,
 - a wider view of the syndrome: from simple obsessions to chronic hallucinatory psychosis,
 - the language is vivid, figurative, easy to understand.

In conclusion, there are two general comments.

By examining the background, I have called my attention to those many inaccuracies and misunderstandings that arise from our unwillingness to go to the heart of the matter and probably from the non-knowledge of languages:

KANDINSKY (1952, pp. 87-88): ‘Bellarge’ (instead of BAILLARGER)

By quoting KANDINSKY (1890), K. JASPERS (1911) disregarded the works of French authors;

S. V. KURASHOV (1953): repeatedly writes ‘CLARAMBAULT’;

S. KOUPERNIK (1996): knowing languages, but he said that the work by V. KANDINSKY (1885) had been written in French;

SADOCK and KAPLAN (2000, p. 1252) call CLÉRAMBAULT a ‘neurologist who described in 1942’ (he died in 1934!).

It is likely that we must meet more often, exchange information more intensively, and know differences and similarities in our points of view.

I was struck by the mystic similarity in the tragic fates and details of the deaths of both Russian and French great psychiatrists. They both committed suicide; both, as genuine scientists, tried to imprint impassibly the process itself of losing their life, and both lacked light at these moments. V. KANDINSKY took the lethal dose of opium and wrote down his sensations in detail. His last words were as follows, “I can’t see anything! More light! Light!”. G. CLÉRAMBAULT, who saw badly and was depressed after unsuccessful cataract surgery, also needed light.

Once, in the morning, he who was an excellent photographer, an author of more than 30 thousand photos kept in museums, a talented artist—his paintings are in many picture galleries of France—, a well-known fashion designer, a brilliantly educated aristocrat, a direct descendant of philosopher René DESCARTES, and had a good command of five languages, sat down in front of a mirror, adjusted his camera, took his old ‘Lugger’—let us recall that he had worked as an expert at the Paris police department—and simultaneously pressed both knobs.

Pseudohallucinations and psychic automatism: This problem is more than 100 years old and debates still persist. We have tried to give, where possible, a concise objective picture of the background. Is there light at the end of the tunnel? In 2009, the newspaper ‘Le Monde’ (Aug. 7, 2009) published the item “Where do auditory hallucinations come from?” with reference to the electronic version of an article in the ‘Schizophrenia Bulletin’ (PLAZE et al. 2011). Its authors are a French group of investigators supervised by Dr. Arnaud CACHIA; a printed version of the article also appeared in 2011. The papers attempt to use a brain morphometric study to differentiate between external hallucinations from internal ones, or pseudohallucinations.

Abnormalities in the volume of white matter and in the localization of

fissures have been found in the temporoparietal region of the right hemisphere.

We should say that these French articles were reviewed in our Russian journal ‘Psichiatriya i Psikhofarmakotherapiya’ [Psychiatry and Psycho-pharmacotherapy] in the same year, 2009. (MOROZOV 2009)

The Kandinsky-Clérambault syndrome, syndrome of psychic automatism, as a clinical entity has been existing for many decades. It was identified and detailed by the two tireless investigators, Russian and French. The syndrome does not fit in the current statistical classifications. Their authors are likely to be too young to be aware of it.

Summary

The term ‘Kandinsky-Clérambault syndrome’ has been used in psychiatric literature and clinical practice of East European countries for more than 80 years. It describes a set of interrelated symptoms: pseudohallucinations, delusions of persecution, and influence, feelings of being captured and openness. It is typified by alienation, loss of one’s own mental processes; a feeling of being constantly influenced by external forces.

There are the following manifestations of the syndrome:
associative automatism (mentism, openness, unwinding of recalls, echo thought; all types of pseudohallucinations),
senestopathic automatism,
kinesthetic automatism.

This double term owes its origin to Leningrad psychiatrist A. L. EPSTEIN who gave a report on this topic at the meeting of the local society of psychiatrists in 1927, even in CLÉRAMBAULT’s life time. The report itself was not published; however, a brief account in the report of the local psychiatric meeting, was published in the V. Bekhterev journal in 1929. (EPSTEIN 1929)

The pseudohallucinatory syndrome in this form was for the first time described by the Russian psychiatrist V. K. KANDINSKY in 1885. The French psychiatrist G. G. de CLÉRAMBAULT gave the psychic automatism syndrome a detailed description in his series of works in the first half of the 20th century. Analysis of the history of the creation of both authors’ mentioned works produced similarities and differences in the views of

KANDINSKY and CLÉRAMBAULT which are given in the presented work.

The authors hold similar views about the syndrome:
the practical identity of the authors' described psychopathological phenomena (anancastia, thought insertion, broadcasting, echo thoughts, mentism, etc.);

Kandinsky's pseudohallucinations (sensory, motor, verbal) are essentially very close to Clérambault's automatisms;

the syndrome occurs in different mental diseases.

The authors V. KANDINSKY and G. CLÉRAMBAULT hold different views about the syndrome:

KANDINSKY focused on the detailed description of the phenomenon and the possible mechanisms of pseudohallucinations,

the patients are chiefly described in static terms, there is available a self-description,

the cohort of patients are predominantly long term ill inpatients,

the language is not always easy to perceive.

CLÉRAMBAULT focused on the formation of the concept of dynamics of automatisms (described in detail), their role in the occurrence of psychosis (delusion occurs after psychic hallucinations and as a reaction to automatisms),

clinical cases are given in dynamic terms; the development of the syndrome can be observed; the author purposefully traced the fate of patients,

most patients are primary, acute, they are examined in an forensic clinic, a wider view of the syndrome: from simple obsessions to chronic hallucinatory psychosis,

the language is vivid, figurative, easy to understand.

The Kandinsky-Clérambault syndrome as a clinical entity has been existing for many decades. It was identified and detailed by the two tireless investigators: a Russian and a French. The syndrome does not fit in the current statistical classifications. Their authors are likely to be too young to be aware of it.

Literature

Berrios, G. E.; Dening, T. R. (1996): Pseudohallucinations: a conceptual history. *Psychological med* 26:756-63.

Clérambault, G. (1942): OEuvre psychiatriques. Paris: PUF.

DSM-III (1987)

DSM-IV (1994)

- Epstein, A. L. (1929): [Report on the ‘Clérambault syndrome’]. *Bekhterev Review of Psychiatry, Neurology, and Reflexology* 4-5:315-316.
- Jaspers, K. (1911): Zur Analyse der Trugwahrnehmungen (Leibhaftigkeit und Realitatsurteil). *Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie* 6:460-535.
- (1948) Allgemeine Psychopathologie. Berlin: Springer.
- Kandinsky, W. H. (1890): [About Pseudohallucinations]. Ed.: E. K. Kandinsky. St. Petersburg.
- (1952): [About Pseudohallucinations]. Moscow: Medgiz.
- Kaplan, H. I.; Sadock B. J. (1998): Study guide and self-examination review of Kaplan and Sadock’s synopsis of psychiatry. Baltimore (MD): Williams Wilkins.
- (2000): Comprehensive textbook of psychiatry. Baltimore (MD): Williams Wilkins.
- Kerbikov, O. V.; Korkina, M. V.; Nadzharov, R. A.; Snezhnevsky, A. V. (1967): Psychiatry. Moscow: Medgiz.
- Kurashov, S. V. (1953): Review. *[Korsakov Journal of Neuropathology and Psychiatry]* 4:313-318.
- Koupernik, C. (1996): De Kandinsky a Clérambault. Vanite des eponymes C. *Ann Med Psychol* (Paris); 154(2):123-126.
- Le Monde (7.8.2009): [Where do auditory hallucinations come from?] (original title in French).
- Morozov, P. V. (2009): [Woher kommen akustische Halluzinationen (Zusammenfassung)]. *Psichiatriya i Psikhofarmakotherapiya* [Psychiatry and psychopharmacotherapy] 5:3-4.
- Plaze, M.; Paillère-Martinot, M.; Penttilä, J.; Januel, D.; de Beaurepaire, R et al. (2011): Where do auditory hallucinations come from? A brain morphometry study of schizophrenia patients with inner or outer space hallucinations. *Schizophr Bull* 37(1):212-21. (Epub: Aug 7, 2009.)
- Spitzer, M. (1987): Pseudohalluzinationen. *Fortschritte Neurologie u Psychiatrie* 55: 91-97.
- Fotos and reproductions from the privat collection of Prof. V. M. Morozov.
- Prof. Petr V. Morozov • Leninsky prospect, 16-15 • Moscow, Russia 119071 •
prof.morozov@gmail.com

Testing Reality and Reality Testing in Group Treatment (and Elsewhere)

Richard M. Billow (Great Neck, NY, USA)

Testing reality and reality testing represent two fundamental, reciprocal manifestations of the drive to know and of tasks of learning: to approaching problems and solving them. They may be studied via focus on the individual, the dyad such as a couple or psychotherapy relationship, a group, or even, the behavior of nations. Testing reality involves approaching reality without necessarily looking for or coming to definition or clarity. It is wide open, spontaneous and unbounded. Reality testing centers on a particular theme or object. It evolves towards organization, rationality, with a goal to define and solve problems. Case examples illustrate how testing reality allows new or previously inhibited forms of engagement to emerge, and in time, be subjected to reality testing.

Keywords: group psychotherapy, relational theory and practice, enactments, adolescent treatment.

I will distinguish and describe the relationship between testing reality and reality testing. They represent two fundamental, reciprocal manifestations of the drive to know and of tasks of learning: to approaching problems and solving them, to finding and trusting truth. While different, they both require action, mental and sometimes verbal or physical, and both receive feedback from the action. They may be studied via focus on the individual, the dyad such as a couple or psychotherapy relationship, a group, or even, the behavior of nations.

While I do not have the time here to review the literature that I draw from in my thinking and clinical functioning, I acknowledge forbearers, Jean PIAGET, who described basic and ongoing processes of assimilation and accommodation in our thinking operations, and that other great cognitive psychologist, Melanie KLEIN. She offered an important corrective to FREUD, showing that reality-oriented thinking does not replace play and fantasy, as FREUD formulated, but rather, in interaction, they direct our behavior. So too with testing reality and reality testing.

St. Petersburg lecture: Testing reality and reality testing in treatment and settings (and elsewhere).

Testing reality involves approaching reality without necessarily looking for or coming to definition or clarity. It is wide open, spontaneous and unbounded. Reality testing centers on a particular theme or object. It evolves towards organization, rationality, with a goal to define and solve problems.

Regard the infant, who first tests reality with its eyes, mouth, hands and legs. The ‘out ther’ has to be interesting, something that spurs a tolerable level of incongruity, surprise, or novelty. The infant attends to what it likes and spits out, turns away from what it does not. Decisions change according to mood and moment, but exploration and learning continue nonstop, until disrupted by hunger, sleepiness, or discomfort.

Parents foster *testing reality* by being there, and being emotionally present, stimulating and responding to their infant by their interest and joy, and modulating that which is fearful. They foster reality testing by teaching and modeling, providing behavioral and verbal feedback. They present problems to be solved, yet the wise parent accepts that infants have limited interest in problems, and become bored once they solve them. Yes, hitting the clown’s nose makes noise, but soon they move on to ‘test’ something that they know less about. Playing with an educational toy may advance reality testing. Exploring the wrappings and the box it came in supports testing reality.

As children or adults, we need to feel secure enough to look ‘outside the box,’ that is, to test reality. Patients often come to therapy for difficulties in reality testing, for issues involving perception, judgment, and decision-making. They want to solve problems; testing reality sometimes causes them, particularly inner reality. Exploring inhibited or dissociated feelings and thoughts opens up new opportunities, but may make us dissatisfied with old ones.

Testing reality and reality testing may work in tandem, sequentially, or both. To give you two recent political examples, in my country, President OBAMA horrified the Republican opposition by reaching out and placing a telephone call to the new president of Iran. In this country, President PUTIN reached out to OBAMA. Each was testing reality by looking for possibilities, feeling out the unknown, partially suspending previous perceptions and anticipations. But each was also reality testing, assessing whether the other might be someone he could work with.

Whether one functions parentally in the nursery, therapeutically in a clinical setting, or diplomatically, engaging others in testing reality and reality testing may require different tactics and techniques. Per the two presidents, sometimes the simple act of taking a chance with another person represents a courageous leap in testing reality; reality testing may be partial, or not yet possible.

I am reminded of Mrs. M, pale, with downcast eyes, and withdrawn, my first patient as a young psychology intern. When I asked what brought her to our mental hospital, she replied 'my husband isn't happy with me. I couldn't handle the laundry situation.' I smiled and said 'I know what you mean.' My responding without judgment pleased her, for she returned my smile and some color returned to her cheeks. She had tested reality by trusting me enough to begin a dialog with a stranger.

However, she was not ready to consider not 'handling the laundry situation' as a metaphor for her difficulties in reality. Mrs. M taught me to wait, and not rush into fact and reason. I could relax and not press her to go further than she wanted to; in time, we would begin to sort out the 'laundry,' the messy problems that brought her to hospital.

In my view, which I have offered in my writings (BILLOW 2003; 2010; 2014), in any clinical situation, attention first and to some extent ongoing, focusses on the person of and presentation by the therapist. Before he or she can help a patient or group deal with problems in reality testing, the therapist must offer something safe enough, and interesting enough, to be tested. Often it is the therapist him or herself.

This brings me to a second clinical example. As a young man developing a private practice, I gathered a group of anti-social adolescents, ages 15-19. While all of these individuals were in various forms of crisis, many of them could not, or would not, see me individually. I often could only suppose what was actually occurring in the reality of chaotic lives, until informed by an angry parent, school, police, or hospital personnel.

The adolescents differed greatly in their ability to relate and to verbalize. The verbally agile became the leaders in challenging me, and they could easily recruit new as well as less skillful members to express themselves similarly. I describe a beginning of a session that was not unusual.

Tonya: "What are you looking at, you dumb, four eyed-bastard [I wear

eyeglasses]?"

Steve: "I was thinking this week, Dr. Billow deserves to be cut up in little pieces and thrown down the toilet."

Therapist: "What did I do this week?"

(Silence)

Therapist: "I guess you missed me, and you're giving me the same treatment I gave you all week: silence. I don't make it easy for you and you're not going to make it easy for me."

Tonya: "Shut up!"

Steve: "What did he do this week? He was born."

Robert: "No hatched, in a test-tube."

Tonya: "He's one of 'them'."

Robert: "He probably beat his kids."

Tonya: "No sex with his wife."

Sam: "He gets drunk as soon as he leaves here-probably, stoned."

Robert: "He's stoned already."

Sam: "So am I."

Steve: "What a pervert."

Tanya: "You're the pervert, Steve."

Steve: "And proud of it."

Tanya: "I know he's [therapist] a pervert."

Robert: "We ought to cut off his nuts."

Tanya: "What nuts? He's a dickless wonder."

Robert: "Get the magnifying glass and the tweezers."

Lengthy intervals were devoted to testing the reality of who I was. Hamlet, proclaims: "The plays the thing/Wherein I'll catch the conscience of the King." I was portrayed as a eunuch, pervert, stupid, clumsy, clown, untouchable, villain, evil monster, and so forth. As the group outcast, I was a central player. By testing me, playing with the possibilities, the adolescents were also reality testing, 'catching my conscience,' assessing whether I was equipped to cope with their manifest hostility and not retaliate. They were judging whether I could be trusted as an adult who was not inhuman, unbalanced, or 'small.'

During the long intervals when the adolescents seemed not willing to follow my leadership, I good naturedly accepted their testing reality, but also concentrated on advancing reality testing. I talked over them and

interrupted too, linking their profane verbal play to the realities of their inner and outer world. I stood for every hated and feared adult: their parents, teachers, cops; I insisted, and for themselves as well. 'Shut up, Billow,' they often replied, with true affection.

When in relative harmony, the members shifted towards reality testing. The teenagers considered each other's perceptions about favorite movies, music, parents, the 'straight' kids from school. They took constructive advice from each other, and from me. I could be praised for interventions and interpretations that were most often simple, addressed to one individual but really applying to all of them.

For instance:

"Steve is the angriest person in group, that's why he's the most quiet. He is scared of himself and what he might do to others."

Steve: "Yeah, I'd like to kill my father, and one day I will."

Or, "Tonya puts up a good tough front, but she's a mush [softie] inside. She just wants to be loved, let's face it. She's a big phony."

Tonya, smiling to the group: "That's why he gets my parents' big bucks."

In engaging in both testing reality and reality testing, many of the members reconnected to a stable, trustworthy, and knowable world, external and internal. The members discovered that even their most antagonistic words and antisocial behavior made sense. I believe the group was instrumental in their surviving the difficult high school years.

I now turn to one of my long-term group of high-functioning adults. Ben was one of those individuals whose mate threatens: "Therapy or divorce! I can't live like this anymore." He entered group volunteering little other than that his children were very difficult and he needed our help. He missed many sessions, due to traffic problems, business meetings, even baseball games at our Yankee and Met stadiums, which are nearby and which he often attended. When arriving late, he annoyed members by offering opinions without fully absorbing what had been taking place. The women particularly, who I imagined spoke also for his wife, declared to be 'bored' and 'turned off' whenever he spoke. While acknowledging the group's legitimate complaints, I tried to support Ben when I could, and encouraged him to defend himself or fight back.

At the beginning of one session without Ben, several members

questioned why Ben came at all, and Marvin insisted that he should not be allowed to continue. Joan said Ben was ‘vacant’ whether he was there or not and he did not matter. She asked why it bothered Marvin so much.

Ben arrived in the midst of this exchange.

Marvin, to Ben: “We were talking about you too, and why you stay in group since you miss so much.”

“And come so late when you do,” Joan added.

Ben: “I’m glad to be here, when I am.”

Marvin: “Yeah, but it isn’t fair to the rest of us.”

Liza: “You never tell us when you’re going to miss. I always call Rich if I have to. Do you? I don’t think so.”

Rather than apologize, say he would try to do better, and withdraw, which had been his pattern,

Ben became emotional: “Look, I appreciate your wanting me to be here, but I’m not going to do it. I’m not going to do what you want because you want it. I had to suck it up with my father, stay out of sight. He’d be drunk, smoking up the house, and ready to beat the shit out of me. I come when I come, and when I want to—I want to when it isn’t an incredible hassle. You don’t know my day. I drove 400 miles seeing clients. No matter what you may think, my way, not yours. Don’t try to control me. It pisses me off.”

*Tom said: “It’s like ‘f*** you.’ Like you’re still a member of a street gang.”*

Ben, now a highly successful financial advisor, took some pride in correcting Tom’s version of his teenage years: “I was my own independent agent, stealing and torching cars, I didn’t need a gang.”

Ben offered no appeasements and no empty promises to do better. Not everyone was happy with Ben’s assertion of independence, but we agreed that a new voice had spoken.

Ben did not care about our ‘reality,’ he had declared, which had been obvious, but until now, not understood. He was not truly interested in reality testing: acknowledging and addressing the problems that brought him, and other members, to group. But he had stayed, was it only because of his fear of his wife’s leaving him?

For the months that followed, Ben continued to ‘torch’ us with his unaccounted absences, but when present, a different Ben emerged. Ben

became more confident, verbal, and for the first time, truly helpful in addressing the conflicts of others.

Marvin: "You know, I'm starting to miss you when you're not here, and before you just pissed me off."

Joan: "I don't tune out when you speak."

Ben's behavior, traditionally labeled as 'acting out,' we now may consider as an 'enactment.' In 'doing' before 'understanding,' Ben, like the adolescents in the prior example, was 'free associating' in behavior, playing with and putting into action emerging subjective data not otherwise available and which we knew little about.

In each of these three examples, the protagonists, Mrs. M., the adolescents, and Ben, tested realities that seem to take us far from conventional therapeutic goals. When the therapist can tolerate such behavior, while also keeping appropriate limits, testing reality allows new or previously inhibited forms of engagement to emerge. When they emerge, they can, in time, be subjected to reality testing.

So, the therapist needs to open things up, and that fosters testing reality. And the therapist needs to nail things down, and that fosters reality testing. Not all options and possibilities are realistic, adaptive, and positive. Reality testing assesses which ones are functional in the real world.

We are trained as psychotherapists to know: to become expert observers who diagnose and help our patients correct defensive or regressive distortions of reality. In this age of cognitive behavior therapy, I am reminded of how Oscar WILDE's defined his profession: "A writer is someone who has taught his mind to misbehave." Directing the patient or group to 'behave' and to focus on their problems may be premature and counterproductive.

Sometimes, in 'knowing what we are doing, and doing it,' we deprive the group, and ourselves, opportunities for taking risks that may make us anxious and insecure. In clinging to conventional and conformist 'realities,' then, we therapists do not earn high grades in testing reality.

I believe that the clinical experience should engage both approaches to emotional learning: testing reality and reality testing, for all participants, including the therapist. I enter each individual or group session with some excitement and some anxiety, with the confidence that I will test

out something unknown about myself, in thought, word, or deed, and that in testing subjective reality I will become more effective in addressing the clinical realities of our work.

Summary

Testing reality and reality testing represent two fundamental, reciprocal manifestations of the drive to know and of tasks of learning: to approaching problems and solving them. They may be studied via focus on the individual, the dyad such as a couple or psychotherapy relationship, a group, or even, the behavior of nations. *Testing reality* involves approaching reality without necessarily looking for or coming to definition or clarity. It is wide open, spontaneous and unbounded. Reality testing centers on a particular theme or object. It evolves towards organization, rationality, with a goal to define and solve problems.

Parents foster testing reality by being there, and being emotionally present, stimulating and responding to their infant by their interest and joy, and modulating that which is fearful. They foster reality testing by teaching and modeling, providing behavioral and verbal feedback. The wise parent accepts that infants have limited interest in problems, and become bored once they solve them. Playing with an educational toy may advance reality testing. Exploring the wrappings and the box it came in supports testing reality.

As children or adults, we need to feel secure enough to look ‘outside the box,’ that is, to test reality. Patients often come to therapy for difficulties in reality testing, for issues involving perception, judgment, and decision-making. They want to solve problems; testing reality sometimes causes them, particularly inner reality.

I have suggested (BILLOW 2003; 2010; 2014) that in any clinical situation, attention first and to some extent ongoing, focusses on the person of and presentation by the therapist. Before he or she can help a patient or group deal with problems in reality testing, the therapist must offer something safe enough, and interesting enough, to be tested. Often it is the therapist him- or herself.

Clinical example. As a young man developing a private practice, I gathered a group of anti-social adolescents, ages 15-19. While all of

these individuals were in various forms of crisis, many of them could not, or would not, see me individually. I often could only suppose what was actually occurring in the reality of chaotic lives, until informed by an angry parent, school, police, or hospital personnel.

The adolescents differed greatly in their ability to relate and to verbalize. The verbally agile became the leaders in challenging me, and they could easily recruit new as well as less skillful members to express themselves similarly. I describe a beginning of a session that was not unusual.

Tonya: '*What are you looking at, you dumb, four eyed-bastard [I wear eyeglasses]?*'

Steve: '*I was thinking this week, Dr. Billow deserves to be cut up in little pieces and thrown down the toilet.*'

Therapist: '*What did I do this week?*'

(Silence)

Therapist: '*I guess you missed me, and you're giving me the same treatment I gave you all week: silence. I don't make it easy for you and you're not going to make it easy for me.*'

Tanya: '*Shut up!*'

Steve: '*What did he do this week? He was born.*'

Robert: '*No hatched, in a test-tube.*'

Tanya: '*He's one of "them."*'

Robert: '*He probably beat his kids.*'

Tanya: '*No sex with his wife.*'

Sam: '*He gets drunk as soon as he leaves here-probably, stoned.*'

Robert: '*He's stoned already.*'

Sam: '*So am I.*'

Steve: '*What a pervert.*'

Tanya: '*You're the pervert, Steve.*'

Steve: '*And proud of it.*'

Tanya: '*I know he's [therapist] a pervert.*'

Robert: '*We ought to cut off his nuts.*'

Tanya: '*What nuts? He's a dickless wonder.*'

Robert: '*Get the magnifying glass and the tweezers.*'

Lengthy intervals were devoted to testing the reality of who I was. Hamlet, proclaims: 'The plays the thing/Wherein I'll catch the conscience of the King.' I was portrayed as a eunuch, pervert, stupid,

clumsy, clown, untouchable, villain, evil monster, and so forth. As the group outcast, I was a central player. By testing me, playing with the possibilities, the adolescents were also reality testing, 'catching my conscience,' assessing whether I was equipped to cope with their manifest hostility and not retaliate. They were judging whether I could be trusted as an adult who was not inhuman, unbalanced, or 'small'.

During the long intervals when the adolescents seemed not willing to follow my leadership, I good naturedly accepted their testing reality, but also concentrated on advancing reality testing. I talked over them and interrupted too, linking their profane verbal play to the realities of their inner and outer world. I stood for every hated and feared adult—their parents, teachers, cops—I insisted, and for themselves as well. 'Shut up, Billow', they often replied, with true affection.

When in relative harmony, the members shifted towards reality testing. The teenagers considered each other's perceptions about favorite movies, music, parents, the 'straight' kids from school. They took constructive advice from each other, and from me. I could be praised for interventions and interpretations that were most often simple, addressed to one individual but really applying to all of them. For instance: 'Steve is the angriest person in group, that's why he's the most quiet. He is scared of himself and what he might do to others. Steve: 'Yeah, I'd like to kill my father, and one day I will.' Or, 'Tonya puts up a good tough front, but she's a mush [softie] inside. She just wants to be loved, let's face it. She's a big phony'. Tonya (smiling to the group): 'That's why he gets my parents' big bucks.'

In engaging in both testing reality and reality testing, many of the members reconnected to a stable, trustworthy, and knowable world, external and internal. The members discovered that even their most antagonistic words and antisocial behavior made sense. I believe the group was instrumental in their surviving the difficult high school years.

The adolescents' behavior, traditionally labeled as 'acting out,' we now may consider as 'enactments.' In 'doing' before 'understanding,' free associating' in behavior, playing with and putting into action emerging subjective data. When the therapist can tolerate such behavior, while also keeping appropriate limits, testing reality allows new or previously inhibited forms of engagement to emerge. When they emerge,

they can, in time, be subjected to reality testing.

So, the therapist needs to open things up, and that fosters testing reality. And the therapist needs to nail things down, and that fosters reality testing. Not all options and possibilities are realistic, adaptive, and positive. Reality testing assesses which ones are functional in the real world.

Grenzenaustesten ('testing reality') und Realitätsprüfung in der Gruppentherapie (und anderswo) (Zusammenfassung)

Grenzenaustesten und Realitätsprüfung stellen zwei grundlegende reziproke Manifestationen des Wissenstriebes (BIONS 'K') und von Lernaufgaben dar: Probleme anzugehen und sie zu lösen. Sie können untersucht werden mit der Betonung auf dem Einzelnen, der Dyade wie z.B. Paar- oder Einzeltherapiebeziehung, einer Gruppe oder sogar dem Verhalten von Nationen. Grenzenaustesten bezieht eine Annäherung an die Realität mit ein, ohne jedoch notwendigerweise sich um eine Definition oder Klarheit zu kümmern. Sie ist weit offen, spontan und ungebunden. Realitätsprüfung dagegen dreht sich um ein spezielles Thema oder Objekt. Sie entwickelt sich in Richtung Organisation und Rationalität mit dem Ziel, Probleme zu definieren und zu lösen.

Eltern fördern das Grenzenaustesten, indem sie da sind, emotional präsent sind, ihr Kind anregen und ihm antworten durch ihr Interesse und ihre Freude und indem sie Gefahren eingrenzen. Sie fördern Realitätsprüfung durch Belehren und Vormachen sowie durch nonverbale und verbale Rückmeldung. Erfahrene Eltern wissen, dass Kinder nur ein begrenztes Interesse an Problemen haben und sich langweilen, sobald sie sie gelöst haben. Spielen mit einem Lern-Spielzeug mag die Realitätsprüfung voranbringen. Das Erforschen der Verpackung und der Schachtel, in die es reinkam, unterstützt das Grenzenaustesten.

Als Kinder oder Erwachsene müssen wir uns hinreichend sicher fühlen, um 'aus der Schachtel heraus' zu schauen, d.h., um Grenzen auszutesten. Patienten kommen oft zur Therapie wegen Schwierigkeiten in der Realitätsprüfung, wegen Problemen, die Wahrnehmen, Urteilen und Entscheidungsfindung mit einschließen. Sie wollen Probleme lösen. Grenzenaustesten verursacht sie manchmal, teilweise auch innere Realität.

Ich habe vorgeschlagen (BILLOW 2003, 2010, 2014), dass in jeder klinischen Situation die Aufmerksamkeit in erster Linie, und in gewissem Maße laufend, auf die Person des Therapeuten und die Darbietung der Situation durch ihn gelegt wird. Bevor er oder sie einem Patienten oder einer Gruppe helfen kann bei der Beschäftigung mit Problemen der Realitätsprüfung, muss er ihnen etwas anbieten, das sicher genug und interessant genug ist, um getestet zu werden. Oft ist das der Therapeut selbst.

Fallbeispiel: Als junger Praxisanfänger bekam ich eine Gruppe 15- bis 19-jähriger antisozialer Jugendlicher. Während sie alle in verschiedenen Arten von Krise steckten, konnten oder wollten viele von ihnen mich nicht als eigenständige Persönlichkeit wahrnehmen. Oft konnte ich nur ahnen, was sich gerade in der Realität chaotischer Existzenzen abspielte, bis ich durch einen wütenden Elternteil, Schule, Polizei oder Krankenhauspersonal informiert wurde.

Die Jugendlichen unterschieden sich erheblich in ihrer Fähigkeit, Beziehung aufzunehmen und sich sprachlich mitzuteilen. Die verbal Lebhaften unter ihnen übernahmen die Führung darin, mich herauszufordern und sie taten sich leicht darin, sowohl gleich als auch weniger geschickte neue Mitglieder zu rekrutieren, damit sie sich in ähnlicher Weise äußerten. Ich beschreibe den Anfang einer nicht ungewöhnlichen Sitzung.

Tonya: 'Nach was guckst du, du stummer vieräugiger Bastard?'

Steve: 'Ich hab mir diese Woche gedacht, Mr. Billow verdient es, in kleine Stücke zerschnitten und die Toilette runtergespült zu werden.'

Therapeut: 'Was hab ich diese Woche getan?'

(Schweigen)

Therapeut: 'Ich schätze, ihr vermisstet mich und gebt mir jetzt die gleiche Behandlung, die ich euch jede Woche gab: Schweigen. Ich mache es nicht leicht für euch und ihr wollt es nicht leicht für mich machen.'

Tanya: 'Halts Maul!'

Steve: 'Was hat er diese Woche getan? Er wurde geboren.'

Robert: 'Nein, ausgebrütet in einer Test-Röhre.'

Tanya: 'Er ist einer von „ihnen“.'

Robert: 'Er schlägt vermutlich seine Kinder.'

Tanya: 'Kein Sex mit seiner Frau.'

Sam: 'Er betrinkt sich, sobald er hier weggeht, oder bekifft sich.'

Robert: 'Er ist jetzt schon bekifft.'

Sam: 'Ich auch.'

Steve: 'So ein Perverser!'

Tanya: 'Du bist der Perverse, Steve.'

Steve: 'Und stolz darauf.'

Tanya: 'Ich weiß, dass er ein Perverser ist.'

Robert: 'Wir sollten ihm die Nüsse abschneiden.'

Tanya: 'Was für Nüsse? Er ist ein Zwergpintscher.'

Robert: 'Hol das Vergrößerungsglas und die Pinzette.'

Lange Abschnitte wurden der Überprüfung der Frage gewidmet, wer ich sei. Hamlet ruft aus: „Das Schauspiel sei die Schlinge, in die den König sein Gewissen bringe!“ (Shakespeare Werke Bd. 4, Leipzig 19, S. 55 o. bzw. 2. Akt, 2. Szene Ende). Ich wurde bezeichnet als Eunuch, pervers, dumm, linkisch, Clown, unberührbar, teuflisches Monster usw. Als Ausgestoßener der Gruppe war ich eine Hauptperson. Indem sie mich prüften und mit den Möglichkeiten spielten, prüften die Jugendlichen auch die Realität, packten mich an meinem Gewissen, machten sich ein Bild davon, ob ich hinreichend vorbereitet war, mit ihrer manifesten Feindseligkeit klarzukommen, ohne mich zu rächen. Sie beurteilten, ob man mir trauen konnte als einem Erwachsenen, der nicht unmenschlich, gestört oder ‘schwach’ war.

Während der langen Intervalle, in denen die Jugendlichen sich nicht meiner Führung unterordnen zu wollen schienen, akzeptierte ich gutmütig ihre Aggressionen, bemühte mich aber auch um Fortschritte in der Realitätsprüfung. Ich sprach über sie, unterbrach sie auch, und stellte dabei eine Verbindung her zwischen ihren Lästereien und den Realitäten ihrer inneren und äußeren Welt. Ich stand für jeden verhassten und gefürchteten Erwachsenen, ihre Eltern, Lehrer, Polizisten, auf dessen Beachtung ich bestand, und sogar noch für sie selbst. „Halts Maul, Billow!“, forderten sie oft, mit wirklicher Inbrunst.

Wenn sie relativ einig waren, verlegten sich die Teilnehmer auf Realitätsprüfung. Sie tauschten ihre Wahrnehmungen über Lieblingsfilme, Musik, Eltern und die angepassten Mitschüler aus. Sie nahmen konstruktive Ratschläge voneinander und von mir an. Ich konnte gelobt werden für Interventionen und Interpretationen, die meistens simpel waren, die

sich auf einen Einzelnen bezogen, aber in Wirklichkeit für sie alle passten. Zum Beispiel: „Steve ist der Wütendste in der Gruppe, weil er der Ruhigste ist. Er ist erschrocken über seine Ideen, was er anderen antun könnte.“ Steve: „Ja, ich würde gern meinen Vater umbringen, und eines Tages werd' ich es tun!“ Oder: „Tonya tut nach außen hin ganz schön rau, aber innerlich ist sie ein Softie. Sie will nur geliebt werden, seien wir uns darüber im klaren!“ Tonya (zur Gruppe lächelnd): Deswegen kriegt er das dicke Geld von meinen Eltern.“ Indem sie sich mit beidem befassten, der Aggression und der Realitätsprüfung, stellten viele Mitglieder die Verbindung zu einer stabilen, verlässlichen und erkennbaren äußereren und inneren Welt wieder her. Sie entdeckten, dass sogar ihre feindseligsten Äußerungen und ihr antisoziales Verhalten Sinn machten. Ich glaube, die Gruppe war nützlich dafür, dass sie die schwierigen Highschool-Jahre überlebten.

Das Verhalten der Heranwachsenden, das traditionell als ausagierend angesehen wird, können wir nun als Inszenierungen betrachten. Im Tun vor dem Verstehen, freiem Assoziieren im Sich Verhalten kamen spielerisch und in Szene gesetzt ihre persönlichen Eigenheiten zum Vorschein. Wenn der Therapeut solches Verhalten ertragen und trotzdem notwendige Grenzen aufrechterhalten kann, können durch Grenznaustesten neue oder vormals gehemmte Formen von persönlicher Beteiligung zum Vorschein kommen. Wenn das so ist, können sie, zur rechten Zeit, zur Realitätsprüfung benutzt werden.

So muss der Therapeut die Dinge öffnen, was die Aggression hervorbringt, und er muss Dinge befestigen, und das führt zur Realitätsprüfung. Nicht alle Optionen sind realistisch, führen zur Anpassung und sind positiv. Realitätsprüfung schätzt ein, welche in der wirklichen Welt weiterhelfen können.

(Deutsch von Erwin Leßner, München)

References

- Billow, R. M. (2003): Relational group psychotherapy: From basic assumptions to passion. London: Kingsley.
- (2010): Resistance, rebellion, and refusal in groups: The 3 rs. London: Karnac.
- (2014): Developing nuclear ideas: Relational group psychotherapy. London: Karnac.

Richard M. Billow, Ph.D., is a clinical psychologist, psychoanalyst, and group therapist:
49 Cedar Drive • Great Neck, NY 11021 • USA • rmbillow@gmail.com

Die gesellschaftliche Verantwortung des Psychoanalytikers im neuen Kapitalismus

Erwin Leßner (München)

Psychoanalysis, as a therapeutic method, pursues an emancipatory concern: Through the reflection on the deeper causes of actions, humans shall be enabled to become freer, i.e. more self-determined, in their decisions by reconsidering their actions. In their working environment nowadays a vast majority of people find themselves in a dilemma experiencing deprivation of freedom on a large scale regarding their life objective. Such experiences often cause the call on a psychoanalyst who is getting to feel the pressure their patients are exposed to in their jobs. The reasons for this partly are in consequence of political and economic circumstances. Through our knowledge we psychoanalysts have the duty to call attention to misguided cultural and social developments.

Keywords: psychoanalysis; emancipatory concern; new capitalism

Die Reflexion gesellschaftlicher Entwicklungen und des eigenen Standpunkts zu diesen Entwicklungen innerhalb der Psychoanalyse ist seit den 1980er Jahren sehr in den Hintergrund getreten. Diese Reflexion hat eine lange Geschichte, die bei FREUD beginnt. In den 1960er und 1970er Jahren machten noch Erich FROMM, Alexander MITSCHERLICH und Horst-Eberhard RICHTER von sich reden. In den 1980er Jahren war die Friedenspolitik und die Überwindung der Spaltung der Welt in zwei hochgerüstete Militärblöcke ein Thema, das auch von Psychoanalytikern, nicht zuletzt unserer Schule, engagiert aufgegriffen wurde. Gleichzeitig machte die New-Age-Bewegung, z.B. Fritjof CAPRA, auf die Vernetztheit unserer Welt und die gegenseitige Beeinflussung aller gesellschaftlichen Bereiche, aufmerksam.

So ist z.B. unsere therapeutische Arbeit nicht nur von den ihr in der Gesellschaft gesetzten Bedingungen, wie z.B. Übernahme der Behandlungskosten durch die Krankenkassen, mit beeinflusst, sondern auch von den Alltagsgegebenheiten, mit denen unsere Patienten zureckkommen müssen. Zu dieser Thematik fanden sich aber in der Folgezeit keine namhaften Autoren mehr. Eine Ausnahme bildet Arno GRUEN, der seit der Jahrtausendwende mit einer Reihe interessanter Titel hervorgetreten

ist. In seinem Buch ‘Verratene Liebe, falsche Götter’ (2003) analysiert er die Anziehungskraft von Politikern mit einem Freiheiten einschränkenden, pessimistischen Menschenbild und die Widerstände der Menschen gegen eine empathische Haltung.

Während die faktische Ausbreitung der Psychoanalyse in Deutschland durch die Einführung des Psychotherapeutengesetzes 1999 eine ungeahnte Blüte erlebt, lässt ihr gesellschaftlicher Einfluss nach: Vonseiten der Krankenkassen und der Ärzteschaft wird die medikamentöse Behandlung forciert und die Persönlichkeitsentwicklung des Patienten damit häufig marginalisiert. Die psychoanalytischen Institute spüren einen deutlichen Rückgang der Zahl der Ausbildungskandidaten und an deutschen Hochschulen ist die Zahl der Psychoanalytiker als Lehrstuhlinhaber für Psychologie auf einen einzigen geschrumpft. Dabei hat die Psychoanalyse auf die Gesellschaft immer einen aufklärerischen und damit emanzipatorischen Einfluss ausgeübt, weil die Erkenntnis der Beweggründe des eigenen Handelns den Menschen Handlungsalternativen eröffnet, und weil die Entdeckung der eigenen Gefühlswelt auch die Empathie gegenüber anderen und damit Toleranz und Offenheit in der Gesellschaft fördert. Sie trägt dadurch zu deren Demokratisierung bei, denn freiere, selbstbewusstere Menschen sind nicht mehr so leicht manipulierbar.

Was mich veranlasst hat, mich mit meiner gesellschaftlichen Verantwortung zu beschäftigen, ist die Häufung von Patienten, die mich wegen existenzieller Ängste und Frustrationen im Zusammenhang mit ihrem Arbeitsplatz aufsuchen. Der Eindruck, dass sich unsere Gesellschaft zwar demokratisch nennt, eine große Zahl von Menschen aber ihrer beruflichen Tätigkeit unter kleinlichen Vorgaben als Befehlsempfänger nachgeht oder eine willkürliche Entlassung den Aktionären zuliebe fürchten muss, erfüllt mich mit Wut und Zweifeln an unserer Demokratie. Der Begriff der Freiheitlichkeit einer Gesellschaft soll sich nicht nur auf die Zeit nach Feierabend beziehen! Der Inbegriff unseres gesellschaftlichen Seins ist die Zeit, die wir an unserer Arbeit verbringen, denn unsere Arbeit ist das Herzstück unserer gesellschaftlichen Teilhabe. Wer billigend in Kauf nimmt, dass so viele Menschen an ihrem Arbeitsplatz in Unselbständigkeit und Angst gehalten werden, dem kann nicht an einer freiheitlichen Gesellschaft und an einer Anhebung des allgemeinen

gesellschaftlichen Klimas, gelegen sein. Der nimmt in Kauf, dass über kurz oder lang die Unzufriedenheit der Menschen sich wieder in Ausgrenzung und Pogromen gegen Minderheiten und Fremde manifestiert. Dem gilt es entgegenzuwirken.

Wir Psychoanalytiker haben dazu zwei Mittel, einerseits unsere therapeutische Arbeit, die den Patienten helfen soll, ihre Identität zu entwickeln und dem vielfältigen Druck, dem sie ausgesetzt sind, standzuhalten, und andererseits unsere Erfahrungen und die daraus zu ziehenden Schlüsse öffentlich zu machen. Der jungsche Psychoanalytiker und Psychiater Roland HEINZEL betont:

Es ist eine wichtige Aufgabe von Pädagogen, Pfarrern, Ärzten, Lehrern und Psychologen, aber auch von Politikern und vor allem Journalisten, in Behandlungsräumen, Kirchen und Klassenzimmern ihren Schutzbefohlenen bei der ‘Emanzipation’ gegenüber den ‘Marktmächten’ zu helfen, aber auch im Rahmen von bürgergesellschaftlichem Engagement, z. B. in den Medien, die im Hintergrund des gesellschaftlichen Geschehens wirksamen Mächte und Archetypen einer breiten Öffentlichkeit bewusst zu machen. (2013, S. 19)

Die gegenwärtige Situation

Wie allgemein bekannt, kam es im Gefolge weltpolitischer Veränderungen und einer von langer Hand vorbereiteten Deregulierung der Märkte seit Anfang der 1980er Jahre zu einer gigantischen Zusammenballung wirtschaftlicher Macht in den Händen weniger Kapitaleigner. Sie führte zu einer Arbeitsplatzverknappung in den entwickelten Ländern und zu einer dramatischen Abwertung des Faktors Arbeit. Die sozialen Errungenschaften der hochentwickelten Gesellschaften: Menschenrechte, Tarifverträge, Sozialleistungen, Mitbestimmung, Kündigungsschutz, Arbeitssicherheit stehen mehr und mehr zur Disposition. Die politischen Gremien werden zum Spielball der Marktmächte. Die entstandene Situation bezeichnet Richard SENNETT als den ‘Neuen Kapitalismus’ (2006). Dieser relativiert alle anderen bisher von der Menschheit entwickelten Werte auf ihren Marktwert. Die einseitige Renditeorientierung der Wirtschaft belastet das Leben vieler Menschen in unerträglicher Weise. Es sind Zustände an den Arbeitsplätzen entstanden wie Zeitdruck, Hierarchisierung, prekäre Beschäftigungsverhältnisse. Eine ausführliche, statistisch fundierte Beschreibung dieser veränderten Verhältnisse findet sich

in dem Buch ‘Arbeit’ des Freiburger Wissenschaftlers Joachim BAUER (2013), der auch auf unserem Kongress anwesend ist. Durch den neuen Kapitalismus kommt es zu einem übermäßigen Konkurrenzdruck auf dem Arbeitsmarkt, dem die am wenigsten konkurrenzfähigen Teilnehmer, z.B. Alleinerziehende und körperlich oder psychisch Behinderte, zum Opfer fallen. Sie können nur eingeschränkt konkurrieren. Das betrifft manche unserer Patienten.

Menschen, die ihren festen Arbeitsplatz nicht aufgeben wollen, werden mitunter hinausgeekelt mit einer Unverfrorenheit, bei der man sich fragt, was die, die solches zu verantworten haben, für Menschen sind.

Beispiel 1

Ein 57-jähriger Kfz-Meister arbeitete als Werkstattleiter in der Niederlassung einer Autoreparaturkette. Eines Tages wird er vom Betriebsleiter ins Büro zitiert, der ihm vorschlägt, in einer anderen Niederlassung als Monteur zu arbeiten. Hier stünden seine Mitarbeiter nicht hinter ihm. Der Versetzungsvorschlag kommt einer Degradierung gleich, die mit einer empfindlichen Gehaltseinbuße verbunden ist. Motiv der Betriebsleitung scheint ihm zu sein, dass ein Nachfolger um bis zu 1.000.-€ günstiger eingestellt werden könnte. Mein Patient lehnt den Vorschlag ab. Eine Woche später ist die Katastrophe da: Der ADAC-Werkstatttest kam vorbei, und ‘zufällig’ fanden sie bei einem Fahrzeug, das ein ihm gegenüber renitenter Mitarbeiter bearbeitet hatte, dass er von fünf Defekten vier nicht bemerkt hatte. Als Werkstattleiter hätten meinem Patienten bei der Endkontrolle diese Fehler auffallen müssen. Er konnte dafür verantwortlich gemacht werden und erhielt folgerichtig vom Management eine Abmahnung.

Zwei Wochen später wurde er von drei leitenden Angestellten der Werkstattkette wegen der Fehler stundenlang verhört und verbal fertiggemacht. Er wurde mit weiteren Fehlern konfrontiert und erhielt zwei weitere Abmahnungen. Mein Patient war den Tränen nahe und wollte nur eines: Nie mehr in solch eine Unterredung geraten. Er ließ sich von seinem Hausarzt krankschreiben, übergab einem Anwalt die Abmahnungen zum Widerspruch und ließ sich nie mehr in dem Betrieb sehen. Er hatte dem Geschehen keinerlei Widerstandskraft entgegenzusetzen. In der Therapie hatte er erst die probatorischen Sitzungen hinter sich. Es

blieb uns nur noch übrig, bildlich gesprochen ‘die Scherben aufzukehren’ und ihn bei der Suche nach einer neuen Stelle zu unterstützen.

In Betrieben wie diesem entsteht ein übermäßiger Anpassungsdruck bei den Beschäftigten bis hin zum vorauseilenden Gehorsam. Niemand möchte mehr auffallen, die Identität wird sozusagen im Eingangsbereich abgegeben. Teilweise findet offener Betrug statt wie bei der Ladenkette, bei der eine meiner Patientinnen beschäftigt war, bei der Überstunden zwar verlangt, aber grundsätzlich nicht vergütet wurden. Niemand wagte sich dagegen aufzulehnen, aus Angst, dann die Stelle zu verlieren. Nicht einmal nachträglich machen die dort Beschäftigten den Betrug offen - sie scheuen den Streit mit einem so mächtigen Arbeitgeber.

Beispiel 2

Ein äußerst schüchtern junger Mann begann im Laufe der Behandlung mit 30 Jahren noch eine Lehre. Er wurde weit über die übliche Zeit mit einem Gebiet seiner Ausbildung beschäftigt, auf dem er besonders geschickt war und dem Lehrherrn längst eine vollwertige Arbeitskraft ersetzte, während er mit einem anderen Teil der praktischen Ausbildung noch gar nicht in Berührung gebracht worden war. Selbst nachdem dieses endlich geschehen war, machte der Lehrherr keine Anstalten, meinen Patienten zur Gesellenprüfung anzumelden. Dieser traute sich nicht danach zu fragen. Der Lehrherr nutzte die Schüchternheit und das innere Trennungsverbot meines Patienten aus, um ihn immer weiter als billige Arbeitskraft auszunutzen. Nachdem ich ihn schließlich dabei unterstützt hatte, die Stelle schriftlich zu kündigen, wurde er von den Geschäftsinhabern äußerst verletzend behandelt. Er durfte nicht mehr an die Kasse, als ob er durch seinen Schritt jegliches Vertrauen eingebüßt hätte, und wurde stattdessen für Putzarbeiten eingesetzt; als der Inhaber ihm begegnete, sagte er nur: „Bist du immer noch da? Auf Nimmerwiedersehen!“ Die Gesellenprüfung musste er anschließend ohne Unterstützung des Ausbildungsbetriebes machen.

Beispiel 3

Ein weiterer Patient, der in seiner Kindheit unter einem tyrannischen, ständig prügelnden Vater zu leiden gehabt hatte und jahrelang schwer

von aufputschenden Drogen abhängig gewesen war, kam nach einer Entzugsbehandlung zu mir in Therapie. Er war bei einem deutschen Weltkonzern als Fertigungsmonteur beschäftigt und hatte dort seine Drogen sucht durch Arbeitssucht ersetzt. Seine Tüchtigkeit, die Schnelligkeit, mit der er die umfangreichen Arbeiten an den riesigen Werkstücken erledigte, waren sein ganzer Stolz. Mein Patient stand früh um vier Uhr auf, fing um fünf Uhr 30 mit der Arbeit an und versuchte den überzogenen Konsumansprüchen einer dominanten, aber depressiv arbeitsgestörten Ehefrau gerecht zu werden, wobei er auch noch die Hauptlast in Haushalt und Kindererziehung trug.

Von seinen Vorgesetzten war es keinem aufgefallen, dass seine akkordartige, aufgeputschte Arbeitsweise Ausdruck seiner Pathologie war, in der er sich völlig aufzehrte, und man ihn deshalb zu einer ruhigeren Gangart hätte anhalten müssen. Er passte mit dieser Pathologie perfekt in das der Firma und all ihren Repräsentanten inhärente Profit- und Prämien system.

Kurz vor Weihnachten rief diese Firma alle Mitarbeiter zu einer Betriebsversammlung, um ihnen mitzuteilen, dass nun leider von den 700 Beschäftigten an diesem Standort in den nächsten Wochen 300 entlassen werden müssten. In reflexhafter Selbstunterschätzung war mein Patient tagelang bedrückt, bis ihn sein Meister zu sich rief und ihn beruhigte, er müsse sicher mit keiner Entlassung rechnen, wie auch, da er sich so bereitwillig ausbeuten ließ!

Dies sind drei Beispiele, in denen sehr tüchtige, gut motivierte Mitarbeiter von reichen deutschen Firmen rücksichtslos ausgenutzt und gepeinigt werden. Besonders auffällig ist dabei, dass gerade die Schwächen dieser Mitarbeiter perfekt dem Profitstreben der Firmeneigentümer in die Hände spielen. Statt die Mitarbeiter als Menschen zu sehen und ihnen gegen ihre Schwächen: Führungsschwäche, Minderwertigkeitsgefühle, Arbeitssucht (Workaholism), zu helfen, profitieren diese Firmen gerne davon. Sonst hätten sie den Werkstattleiter beim Umgang mit dem illoyalen Mitarbeiter unterstützt und ihn nicht absichtlich gedemütigt, um einen billigeren Kollegen einzustellen. Sie hätten dem fähigen Lehrling geholfen, rechtzeitig auf die Gesellenprüfung vorbereitet zu sein und zu einem seinem Können und Alter gemäßen Gehalt zu kommen. Und den Industriemonteur hätten sie unterstützt, zu einer gesunden, langfristig

durchhaltbaren Arbeitsweise zu finden. Diese Mitarbeiter interessierten aber nur in ihrem momentanen Output für das Unternehmen.

Eine solche Unternehmenskultur ist künftig nicht mehr hinnehmbar, und es ist unser aller Pflicht, auf ihre verheerenden Folgen für die Gesundheit der Menschen und unserer Gesellschaft hinzuweisen. Genauso wie ein Förster auf die Umweltschäden und ein Naturwissenschaftler auf den Klimawandel und seine drohenden Folgen hinweisen muss.

Schlüsse für den Psychotherapeuten

Wir können nicht einfach Psychotherapie betreiben, ohne darauf zu achten, welche krankheitsverschärfenden Mechanismen in unserer Gesellschaft angelegt sind. Wenn wir glaubwürdig bleiben wollen in unserem Interesse an der Gesundung unserer Patienten, dann müssen wir uns auch mit den Bedingungen auseinandersetzen, die das gesellschaftliche Leben empfindlich stören. Dass solche Bedingungen krankheitsverursachend sind, kann aus mehreren neueren Untersuchungen geschlossen werden.

In der oben genannten Arbeit von Joachim BAUER wird ausgiebig auf das Entstehen von des Burnout-Syndroms in den letzten zwei Jahrzehnten eingegangen. Es handelt sich dabei um ein neues Krankheitsbild, das dadurch definiert ist, dass seine Genese eben nicht aus der Konstitution und Frühgeschichte des Patienten herröhrt, sondern aus einer sich zunehmend verschärfenden beruflichen Zwangslage, die zu absoluter Lustlosigkeit und Erschöpfung führt.

Irene KÜHNLEIN und Gerd MUTZ schreiben über die Folgen der durch den neuen Kapitalismus bedingten sozialen Abstiegsprozesse und die dadurch verursachten Erfahrungen der sozialen Unsicherheit:

Die Auswirkungen auf das psychische Wohlbefinden sind dramatisch: Ängste und Depressionen, selbst bei Jugendlichen, steigen an. Psychotherapie steht vor der Herausforderung, nicht nur auf innerpsychische Vorgänge einzuwirken, sondern das soziale Umfeld und kulturelle Besonderheiten mit einzubeziehen und darauf aufbauend ressourcenorientiert das Selbstvertrauen der Patienten in die eigenen sozialen und psychischen Kräfte zu stärken. Plädiert wird zudem für eine engere Kooperation mit den unterschiedlichsten Berufsgruppen der psychosozialen Versorgung. (KÜHNLEIN, MUTZ 2008, S. 338)

Zur Therapie und Therapeutenrolle

Bei den Folgen des neuen Kapitalismus auf die Arbeitsidentität unserer Patienten geht es um den Verlust oder drohenden Verlust oder ein Unerträglichwerden des bisherigen Arbeitsplatzes. Es geht um eine Infragestellung, ob der betroffene Mensch gebraucht wird, ob er den Anforderungen genügt.

Die Folge ist eine empfindliche narzisstische Herabsetzung des Menschen. Verbunden damit sind unbewusste destruktive Aggressionen, aber immer auch die Gefahr, dass der Mensch die Aggression gegen sich selbst wendet durch Selbstzweifel und Verzagtheit oder aber durch psychosomatische Beschwerden. Man kann davon ausgehen, dass viele dieser Menschen aufgrund einer spezifischen frühkindlichen Beziehungs geschichte vorgeschädigt sind, sonst wären sie durch ihre vitale Aus strahlung oder frühzeitige Vermeidung der Situation meist nicht in ihre beklagenswerte Lage gekommen.

An erster Stelle steht jedoch ein Annehmen und Ernstnehmen der Klagen des Patienten über die erlittenen Verletzungen. Die Patienten haben ein Recht auf unser Mitgefühl und auf den Ausdruck dieses Mitgefühls. Eine distanzierte analytische Haltung oder die Suche der Verantwortung allein beim Patienten empfinde ich in all diesen Fällen als retraumatisierend. Ich würde mir als Patient dann schleunigst einen anderen Behandler suchen.

Natürlich erschwert das Erfordernis einer besonderen Empathie das Ausbalancieren der notwendigen therapeutischen Haltung. Nicht alles muss man unterschreiben, was der Patient erzählt. Kritiklose Empathie führt beim Therapeuten zu herben Enttäuschungen, die man vielleicht erst dann begreift, wenn der sich selbst bemitleidende Patient bei der ersten Anforderung das Weite gesucht hat.

Solche Erfahrungen habe ich auch machen müssen. Dennoch brauchen diese Menschen den Therapeuten als Verbündeten an ihrer Seite. Er soll ihnen bei der Auseinandersetzung mit äußeren Bedrückungen den Rücken stärken. Er muss ihren Selbstwert stärken, sie anfeuern, ihre besonderen Stärken herausfinden, deren Umsetzung fördern, zur Abgrenzung von Aggressoren verhelfen, das Wachstum der beruflichen Identität fördern, evtl. auch unter Mithilfe einer Balint-Gruppe, arbeitsbezogene

Selbsterfahrungsgruppe, und nicht zuletzt mit ihnen auf die Entwicklung eines Gleichgewichts zwischen beruflicher und privater Identität, zwischen Alltagen und Festtagen hinarbeiten. Der Therapeut tritt dabei nicht als Agitator für eine politische Richtung auf, er hat aber unter Umständen die Aufgabe seinen Patienten aufzuklären, dass es evtl. nicht an ihm liegt, wenn er entlassen oder nicht angemessen beurteilt und vergütet wird.

Resumé

Es gab einmal eine Zeit, in der sich die Psychotherapeuten als Reparaturbetrieb des ausbeuterischen gesellschaftlichen ‘Systems’ bezeichnen lassen mussten. Günter AMMON grenzt sich in einem Vortrag 1969 klar gegen solche Vorwürfe ab (1981). Dabei hat der Impetus gerade der Dynamischen Psychiatrie ganz viel mit der damaligen gesellschaftlichen Aufbruchstimmung Ende der 1960er Jahre zu tun. Sie wurde ein Teil dieses Aufbruchs und hat auf ihrem Gebiet eine Menge bewirkt. Der Kontakt zur ursprünglichen Quelle der Unzufriedenheit mit unserer Gesellschaft als ganzer ist aber nach und nach zurückgegangen. Anfangs traten wir noch an die Öffentlichkeit mit der Bürgerinitiative für die Menschenrechte in der Psychiatrie, Friedensdemonstration und -resolution. Dann haben wir uns unserer Arbeit zugewandt und die Politik sich selbst überlassen, nicht weil man nur zufrieden mit ihr sein konnte, aber man konnte relativ ungestört arbeiten.

Aber heute begegnet uns die gesellschaftliche Veränderung zum Schlechten durch die sich häufenden Leiden unserer Patienten in der Arbeitswelt. Gleichzeitig zeigen sich viele besorgniserregende Entwicklungen einer Gesellschaft ohne Ziel und Vision, einer Brot- und Spiele-Gesellschaft, die um ihren Wohlstand und ihre demokratischen Errungenschaften bangt und bangen muss, auch weil sie sie nicht mehr ernst genug nimmt und ihre Bedrohungen unterschätzt.

Wir sollten daher als Psychoanalytiker die gesellschaftliche und politische Entwicklung wieder ein Thema werden lassen und wenigstens schon einmal untereinander das Tabu über Politik zu sprechen aufheben.

The Social Responsibility of a Psychoanalyst in the New Capitalism (Summary)

While the actual spread of psychoanalysis in Germany has experienced an unexpected flowering through the enactment of the Psychotherapeuten Gesetz in 1999, ceases her social influence: Pharmacological treatment is being promoted from the health insurance companies and the medical profession. The effect of this is that the personality development of the patient is often being marginalized. Psychoanalysis has always exercised enlightenment and thus emancipating influence on society, because knowledge of the motivation of one's actions opened alternatives to people. Since the discovery of one's own emotions also promotes empathy towards others, it leads to tolerance and openness in society. It therefore contributes to the democratization, because freer, more self-confident people are not so easily manipulated.

What prompted me to question myself on social responsibility was the accumulation of patients who have consulted me because of existential fear and frustration associated with their workplace. The impression is that our society is labelled as democratic, but a large number of people pursue their professional activities under petty regulations as recipients of commands from their bosses or fear arbitrary dismissal indirectly through the company's shareholders. This fills me with anger and doubt about our democracy.

Those who take into account that so many people are held at their workplace in dependence and fear, cannot be interested in a free society and in an improvement in the general social climate. Such people accept that the discontent of society manifests itself sooner or later in exclusion and pogroms against minorities and foreigners. This is something which we have to counteract. We psychoanalysts have two ways to act: On the one hand, our therapeutic work is to help patients to develop their identity, and to withstand the pressure which they are exposed to from many sides. On the other hand we can publicize our experiences and the lessons drawn from them.

The one-sided focus on profitability is burdening the lives of many people in an intolerable manner. Such conditions as time pressure, hier-

archization and precarious employment have emerged at the workplace. Since the new capitalism leads to excessive competition in the labour market, the least competitive participants, e.g. single parents and physically or mentally handicapped citizens, fall victim. They can only compete to a limited degree. This affects some of our patients.

Example 1: A 57 -year-old qualified mechanic worked as a workshop manager of a car repair chain. One day, he is summoned to the head of the office, who suggests to him that he works at another branch as a mechanic. Here he wouldn't have the backing of his staff. The proposal to change amounts to a degrading, which is linked to a great loss of salary. The intention of the management seems to him to be a replacement through a successor who might be up to 1,000.-€ cheaper. My patient rejected the proposal: A week later, the disaster was there: The ADAC workshop testers called by and 'by chance' found defects in a vehicle that had been repaired by an unruly employee in my patient's workshop. The ADAC reported that, from the five existing defects four had not been noticed. As workshop manager my patient should have noticed this error at the final inspection. He was held responsible and as a consequence received a written warning from the management. Two weeks later he was interrogated about the errors and verbally mobbed for hours by three senior employees of the workshop chain.

Example 2: 219 A very shy young man began an apprenticeship during the course of treatment at the age of 30. The apprentice was given tasks for much longer than the usual time within an area of his training where he was particularly adept. The apprentice could have replaced a skilled employee long ago. Due to overworking in that area, the apprentice was not even brought into contact with other parts of the practical training. Even after this was finally done, the apprentice's employer made no effort to register my patient for the apprenticeship certification exam. The apprentice didn't dare to ask. The apprentice's employer exploited the shyness and the reluctance of my patient, in order to continue using him as a cheap labor. After I had finally helped him to quit the job in writing, he was treated extremely hurtfully by the company owners. He was not allowed near the till, as though all trust had been destroyed through his action, and was instead given cleaning tasks. When the owner met him, he just said, "Are you still here? Never to return!" After

that my patient had to do the certificate of completed apprenticeship without the support of the training company.

These are examples where very capable, well-motivated employees are ruthlessly exploited and tormented by rich German companies. Particularly striking is that the weakness of such employees plays perfectly into the hands of the profit motivated business owners. Instead of seeing the employees as people and helping them against their weaknesses: lack of leadership, inferiority feelings, workaholism, these companies happily benefit from them. Such a corporate culture will no longer be acceptable, and it is the duty of us all to restate its devastating effects on people's health and our society. Just as a forester must point out environmental damage and a scientist must inform us about climate change and its impending consequences.

About Therapy and a Therapists' Role

With regard to the effects of new capitalism on the professional identity of our patients it's all about the loss or threatened loss or unbearability of the workplace. It's about questioning whether or not the affected person is needed, whether he or she meets the requirements. The result is a narcissistic belittlement of people. Coupled with this are unconscious destructive aggressions, but also always the danger that man's aggression against himself turns into self-doubt and despondency or psychosomatic problems. One can assume that many of these people have been damaged because of a specific early childhood relationship history, otherwise they would, through their vigorous radiance or by early avoidance of the situation usually do not come into their deplorable situation.

Primarily we should be emphasising our acceptance of our patients' conditions and take their complaints seriously. Patients have a right to our compassion and to the expression of this compassion. Of course, the requirement of special empathy makes balancing the necessary therapeutic attitude difficult. Not everything is to be believed what the patient tells us.

However, these people need a therapist as an ally on their side. He should aim to strengthen them in dealing with external oppressions. He must strengthen their self-esteem, encourage them to find out their parti-

cular strengths, encourage their implementation, helping to distinguish it from aggressors, and promote the growth of professional identity.

Conclusion

There has been a time in which the psychotherapist had to be called a repairer of the exploitative social ‘system’. In a lecture in 1969 Günter AMMON (1981) set the boundaries for himself clearly against such accusations. Here, the impetus particularly of Dynamic Psychiatry has a lot to do with the former mood of social change in the late 1960ies. It became a part of this emergence and has caused a lot in their field. But today we encounter social change for the worse by the accumulating suffering of our patients in the working world. At the same time, many highly concerning developments in a society without a goal or vision, of a panem et circenses society (bread-and-circuses-society), fearing for their prosperity and democratic achievements and still has to fear, partly because they are no longer being taken seriously enough and the threats to them, are being underestimated. We should therefore start again and as a psychoanalyst let the social and political development become an issue and among ourselves abolish the taboo to talk about politics.

(English translation by Bettina Braun, München; Abstract by Franziska von Wendland, London)

Literatur

- Ammon, G. (1981): Psychoanalyse und Gruppenpsychotherapie. Anpassung oder Emanzipation; S. 25-37. In: G. Ammon: Gruppendynamik der Aggression. München: Kindler.
- Bauer, J. (2013): Arbeit. München: Blessing.
- Gruen, A. (2003): Verratene Liebe – falsche Götter. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Heinzel, R. (2013): Die Schere zwischen Arm und Reich: Märkte, Mammon, falsche Götter.
Vortrag, gehalten im Gemeindesaal der Bonhoeffer-Gemeinde Singen am 1.3.2013.
- Kühnlein, I.; Mutz, G. (2008): Psychotherapie im gesellschaftlichen Wandel.
Psychotherapeutenjournal 7:338-347.
- Sennett, R. (2006): The culture of the new capitalism. New Haven, CT: Yale Univ. Press.

Der Vortrag entstand unter der engagierten Begleitung des Arbeitskreises ‘Psychoanalyse und Gesellschaft’ am Münchner Institut der DAP, dessen Mitgliedern ich hiermit herzlich danken möchte.

Erwin Leßner • Höhenkircherstr. 24 • 81247 München • erwin.lessner@t-online.de

Buchbesprechung

Ursula Gast, Pascal Wabnitz: Dissoziative Störungen erkennen und behandeln • W. Kohlhammer Verlag, Stuttgart • 2014 (1. Aufl.) • ISBN 978-3-17-021619-8 • 28,90 Euro

Dissoziative Störungen werden oft zu spät diagnostiziert, obwohl sie in ihrer Prävalenz (1,7-7%) vergleichbar der Schizophrenie und den Borderline-Persönlichkeitsstörungen sind. Ursache für dissoziative Störungen sind oft schwere traumatische Erlebnisse. Diese führen häufig zur ambivalenten Haltung der Opfer zwischen Verleugnung und dem Bedürfnis die Wahrheit mitzuteilen. Dieses unbewusste Bedürfnis nach Verleugnung bei schweren Traumata, die zur Dissoziation führen, erfasse neben den Opfern auch die behandelnden Therapeuten und sei der Grund für die fehlende Aufmerksamkeit diesem Krankheitsbild gegenüber. Die Autoren berichten ausführlich und verständlich von diesem sonst so stiefmütterlich behandelten Krankheitsbild.

Das Buch beginnt mit einem sehr guten historischen Überblick. Es war der französische Arzt Pierre Janet, der die Dissoziation als erster beschrieb. Freud hatte ähnliche Symptome bei seinen hysterischen Patientinnen beobachtet und ursprünglich die traumatische Erfahrung des sexuellen Missbrauchs verantwortlich gemacht. Im Gegensatz zu Janet sprach er von einem wandernden Bewusstsein, das er erstmalig an Anna O. beobachtete.

Es folgt die schwierige Darstellung der Einteilung der dissoziativen Störungen, wobei hier der Versuch nach Vollständigkeit den Rahmen des sonst so übersichtlich gehaltenen Buches sprengt.

Wie entstehen dissoziative Störungen?

Eine Dissoziation ist eine schwerwiegende Spaltung der Persönlichkeit durch traumatische Lebensereignisse. Schweregrad und Komplexität einer Spaltung hängen von der Schwere des Traumas und vom Alter des Betroffenen ab. Kinder, die Traumatisierungen in Form von emotionaler, körperlicher und sexueller Misshandlung, aber auch in Form von extremer Vernachlässigung, ausgesetzt sind, haben ein erhöhtes Risiko zur Entwicklung dissoziativer Störungen.

Patientinnen mit dissoziativer Identitätsstörung, der schwersten Symptomatik aus dem Spektrum der dissoziativen Störungen, berichten am

häufigsten von sexueller Gewalt und zwar meist in Form von Inzest mit teilweise sadistischer Qualität. Ausgedehnte Gewalterfahrung von Mit-Fäusten-geschlagen-werden bis zu Verbrennungen und Schneiden werden zu 75% berichtet. Aber auch regelmäßig verübter emotionaler Missbrauch mit Lächerlichmachen, Erniedrigung, Verunglimpfungen oder Androhungen von schweren Strafen und Isolierung der Kinder und dem Verbot Spielkameraden zu haben, spielen eine Rolle.

Auch traumatische Erinnerungen der Eltern können transgenerational durch ängstliches Verhalten in der Eltern-Kind-Interaktion weitergegeben werden. Dieses traumagenerierte elterliche Verhalten konfrontiert das Kind mit widersprüchlichen Signalen und stört somit massiv Verhaltens- und Aufmerksamkeitsstrategien. Es kann dabei sogar zu falschen Erinnerungen, sogenannten Pseudoerinnerungen, kommen. Traumaerinnerungen von Patienten lassen nicht unbedingt auf selbsterlebte Gewalt schließen.

Kleine Kinder gehen bei zu vielen oder zu wenig Reizen spontan in Trance oder in Tagträume. Mit Zunahme der Realitätskontrolle verliert sich diese. Traumatisierte Kinder halten jedoch an der Dissoziation fest, da sie auf diese Weise im Alltag besser zureckkommen. Aus der ursprünglichen Notfall-, Schutz- und Anpassungsmaßnahme entwickelt sich ein umfassendes Vermeidungs- und Verleugnungsverhalten. Es kommt zur Aufspaltung in einen anscheinend normalen und einen emotionalen Persönlichkeitsanteil.

Spezifische Hirnareale haben bestimmte Zeitfenster der Entwicklung und sind in diesen besonders anfällig für Schädigungen. Fatal ist es, wenn die traumatische Erfahrung in ein solches Zeitfenster fällt.

Die Autoren beschreiben Diagnose und Behandlung anschaulich und gut nachvollziehbar.

Desorganisiertes Bindungsverhalten, das als ein Indikator für traumatische Erfahrungen gilt, erwies sich als signifikanter Prädiktor für späteres dissoziativen Verhalten.

Der typische Patient mit einer dissoziativen Störung zeigt eine Mischung aus dissoziativen und posttraumatischen Symptomen, die begleitet sind von nicht-traumaspezifischen Symptomen, wie Depression, Angst, psychosomatischen Symptome, Essstörungen etc.. Therapeuten diagnostizieren oft nur die ihnen vertrauteren komorbidien Störungen.

Auch ist für Patienten die eigentliche Problematik schwer in Worte zu fassen, schambesetzt oder wird von ihnen auch gar nicht bemerkt. Es muss also nach dissoziativen Erfahrungen gefragt werden. Dieses Erfragen kann jedoch zu einer gefährlichen Überflutung mit traumatischen Erinnerungen führen.

Differenzialdiagnostisch muss zuerst immer eine Schizophrenie ausgeschlossen werden. Bei dissoziativen Patienten ist, im Gegensatz zu schizophrenen, die Realitätskontrolle erhalten und die dissozierte Wahrnehmung hat pseudohalluzinatorischen Charakter. Formale Denkstörungen, wie Wahnwahrnehmungen und paranoide Symptome, wie bei der Schizophrenie fehlen.

Wichtige Leitsymptome für dissoziative Störungen sind Entfremdungserlebnisse und Amnesien. Stimmenhören und Identitätswechsel sprechen für eine schwere dissoziative Störung. Wertvoll in der Diagnostik sind Fragebögen für dissoziative Symptome und ganz besonders das strukturierte klinische Interview.

Die Autoren stellen übersichtlich und detailliert das komplexe Krankheitsbild der dissoziativen Störungen dar. Von der geschichtlichen Entwicklung des Verständnisses der dissoziativen Störungen bis hin zu den möglichen therapeutischen Ansatzpunkten erhält der Leser ein vollständiges Bild. Die Aussagen werden durch Studien belegt, so dass die Türen zum Weiterstudium offen stehen.

Es bestehen kleine formale Mängel, die aber den Wert des Buches nicht schmälern. Insgesamt ist das vorgestellte Buch empfehlenswert.

Gabriele Himmelreich, Berlin

Buchbesprechung

Otto F. Kernberg: Liebe und Aggression. Eine unzertrennliche Beziehung • Verlag Schattauer, München • 2014 (1. Auflage) • ISBN 978-3-7945-2945-2 • 49,99 Euro

Das vorliegende vorliegenden Buch von Otto Kernberg ist eine Zusammenstellung einzelner in den letzten Jahren zu sehr unterschiedlichen Themen gehaltener Vorträgen. So irritiert der Titel des Buches „Liebe und Aggression“, da Kernberg diesem Thema nur 55 seiner 349 Seiten widmet.

Das Buch bietet dem Leser eine erstaunlich breite Palette verschiedener Themen, die nicht nur diagnostische und therapeutische Aspekte der Psychoanalyse betreffen. Dabei legt der Autor ein besonderes Gewicht auf schwere Persönlichkeitsstörungen und Borderline-Patienten. Seine Themen erstrecken sich aber bis hin zu ausbildungstechnischen Aspekten der Psychoanalyse.

Hervorzuheben ist hier ein sehr interessantes Kapitel über die so selbstverständlich hingenommene und praktizierte Supervision. Bestimmt sie doch im Wesentlichen die Qualität der Ausbildung des einzelnen Ausbildungskandidaten und damit auch des jeweiligen Ausbildungsinstituts. Klar beschreibt er hier ideale Voraussetzungen, aber auch Grenzen der Supervision. Die heutige psychoanalytische Ausbildung kranke an zu vielen dogmatischen und persönlichen Verstrickungen im jeweiligen Institut. Wenn Lehranalyse und Supervision gemeinsam in dem gleichen Institut stattfinden, entstehen oft zu viele ungesunde persönliche Abhängigkeiten, die die Ausbildung objektiv beeinträchtigen, so Kernberg. Frischer Wind durch eine universitäre Anbindung und damit einer breiteren Kommunikation wären daher wünschenswert.

Schwächen bestehen in den ersten beiden Kapiteln durch häufige, unnötige und ermüdende Wiederholungen.

Herausragend ist Kernbergs Beschreibung der Zerstörung des Zeitgefühls beim narzisstischen Patienten. Er schildert sehr anschaulich, wie bei der narzisstischen Persönlichkeitsstörung das Unvermögen, signifikante Objektbeziehungen zu entwickeln in einer inneren Welt von chronischer Leere münden. Das führt retrograd zu einer Verdichtung des Zeiterlebens und das gelebte Leben erscheint dem narzisstischen Patienten als nicht gelebt. Der Patient löst, wie so häufig in analytischen Sitzungen erlebt, auch beim Therapeuten in der Gegenübertragung eine Leere aus, die oft als Langeweile empfunden wird.

Herzstück des Buches stellen die Kapitel über Liebe und Aggression dar. Daher der irreführende Titel. Kernberg formuliert seine Ansichten brillant und klar: Die Fähigkeit, sich zu verlieben und eine stabile Liebesbeziehung einzugehen, hängt nach ihm vom Reifegrad der Objektbeziehungen ab.

Für Kernberg sind Liebe und Aggression nicht zwei sich ausschließenden Kontrahenten, sondern beide müssen vorhanden sein, wenn eine

erotische Liebesbeziehung Bestand haben soll. Das erotische Begehrten ist die Sehnsucht nach Nähe, Verschmelzung und Vereinigung. Es mutet wie das gewaltsame Überschreiten einer Grenze an und das Eins-Werden mit einer anderen Person. Diese „Aggression ist lustvoll, weil sie von einer liebevollen Beziehung gehalten wird.“ (S. 230)

„Sich nicht verlieben zu können, ist ein charakteristisches Symptom schwer gestörter narzisstischer Patienten“ (S. 248), da sie keine tiefgehende Objektbeziehungen eingehen können.

Entschieden ist Kernberg der Auffassung, dass „Leidenschaft und intensive sexuelle Begegnungen [...] nicht zwangsläufig mit der Zeit weniger werden und verschwinden.“ (S. 230) Kernberg nennt unbewusste Konflikte und hier vor allem gegenseitige Überich-Projektionen und das Ausagieren aggressiver Konflikte als Ursache für ein Abflauen der Sexualität in langjährigen Beziehungen. Wer Kernberg in diesem Punkt folgt, ist als Therapeut aufgefordert, schwundende Sexualität nicht als Symptom per se zu betrachten, sondern den dahinter liegenden Konflikt zu suchen. So lädt Kernberg im Denken auch hier zu mehr „Aggressivität“ statt Passivität ein.

Insgesamt ist das Buch von Kernberg sehr lesenswert. Nach der beschriebenen Durststrecke der ersten beiden Kapitel kommt man in den Genuss eines breiten Spektrums abgeschlossene Abhandlungen zu sehr unterschiedlichen Fragestellungen zu lesen, in denen Kernberg konträre Meinungen benennt, aber immer klar Stellung bezieht. Es ist somit keineswegs notwendig das Buch als Ganzes zu lesen. Trotz alledem ergänzt das erworbene Wissen in dem einen Kapitel immer wieder die theoretischen und praktischen Betrachtungen in einem anderen.

Kernberg lässt einen teilhaben an dem aktuellen Stand seiner Forschungs- und Lehrtätigkeit. Er braucht sich weder zu beweisen noch zu verteidigen. Das alles liegt bereits weit hinter ihm. So nimmt man als Leser gerne teil an seiner Souveränität gepaart mit seiner wohltuenden Bescheidenheit, mit der er einen in die einzelnen Themen seiner Wahl ein- und durchführt.

Gabriele Himmelreich, Berlin

Nachruf

Professor

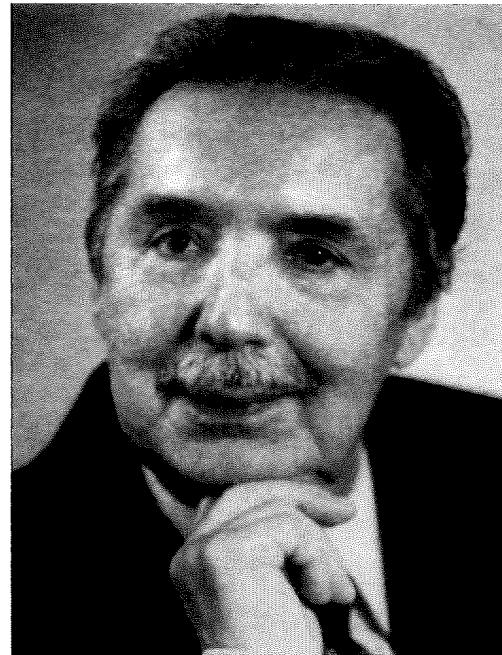
Modest Mikhailovitch Kabanov (1926-2013)

Am 12.3.2013 verstarb Prof. Modest Kabanov mit 87 Jahren.

Modest M. Kabanov wurde am 19. März 1926 im damaligen Leningrad geboren. Während der Blockade Leningrads (1941-1943) studierte er an einer Abendschule für die Arbeiterjugend und arbeitete als Fräser in einem Rüstungsbetrieb. Im Jahre 1943 studierte er am Leningrader I.-P.-Pawlow-Institut Medizin und beendete sein Studium 1948 mit Auszeichnung. Danach begann er seine Facharztausbildung am Lehrstuhl für Psychiatrie unter der Leitung des damals bekannten russischen Psychiaters N.I. Oserezky. Während dieser Ausbildung wurde ihm 1949 sowjetfeindliche Tätigkeit vorgeworfen und er wurde zum Aufenthalt in ein Arbeitslager in der Region Krasnojarsk (Sibirien) geschickt. 1954 wurde er freigelassen und völlig rehabilitiert.

Nach der Freilassung nahm er seine Facharztausbildung wieder auf und beendete diese 1958. Im Anschluss (1960-1964) arbeitete er in Leningrad (Sankt Petersburg) als Chefarzt des psychiatrischen Krankenhauses Nr. 4, gleichzeitig fungierte er kommissarisch als städtischer Chefschrankenarzt (1960-1965). Ab dem 28. September 1964 wurde er zum Direktor des St. Petersburger Psychoneurologischen Forschungsinstitutes W. M. Bechterew berufen und hatte diese Position 37 Jahre inne. 1962 verfasste er seine Doktorarbeit und habilitierte 1972 im Fach Medizin. 1982 erhielt er die Auszeichnung verdienter Wissenschaftler der Russischen Föderation.

Die freundschaftliche Zusammenarbeit zwischen Prof. Kabanov und der Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP) bestand schon seit mehreren Jahrzehnten und begann mit der Begegnung Günter Ammons 1976 bei einem Kongress in Leipzig. Die DAP schloss 1990 einen Koo-



operationsvertrag zum Austausch von wissenschaftlichen, ärztlichen und therapeutischen Mitarbeitern mit dem Ziel der Fort- und Weiterbildung mit dem Bechterew-Institut unter Leitung von Prof. Kabanov ab, der bis heute aktuell ist.

Prof. Kabanov hielt eine Vielzahl von Vorträgen bei internationalen Kongressen zu verschiedensten wissenschaftlichen Themen und war in folgenden wissenschaftlichen Gremien, Gesellschaften und Kommissionen tätig:

- Mitglied der psychiatrischen Sektion des Wissenschaftlichen Rates des Gesundheitsministeriums Russlands,
- in den 1970er Jahren Vorsitzender der Problemkommission für medizinische Psychologie bei der Akademie der Medizinischen Wissenschaften der UdSSR,
- Präsident des Lehr- und Forschungszentrums der Weltgesundheitsorganisation,
- 1993-2002 Präsident der Weltgesellschaft für Dynamische Psychiatrie WADP,
- seit 1995 Ehrenpräsident der Bechterew-Gesellschaft Sankt Petersburger Psychiater,
- langjähriges Vorstandsmitglied der Russischen Psychiatriegesellschaft,
- Ehrenmitglied einer Reihe ausländischer wissenschaftlicher Gesellschaften,
- Mitglied der New Yorker Academy of Sciences,
- Mitglied der World Association for Psychiatric Rehabilitation WAPR,
- Mitglied der World Association for Social Psychiatry WASP,
- Mitglied der International Health Society,
- Mitglied des St. Petersburger Komitee für Menschenrechte,
- Mitglied der Redaktionskollegien und Redaktionsräte einer Reihe in- und ausländischer Zeitschriften auf dem Gebiet der Psychiatrie und verwandten Disziplinen.

Prof. Kabanov erhielt 1997 vom Cambridge International Biography Center (Großbritannien) die Auszeichnung ‘Person des Jahres’ und 1998 wurde ihm für Verdienste auf dem Gebiet der Sozialpsychiatrie und psychosozialen Rehabilitation von demselben Zentrum eine Auszeichnung ‘für die Errungenschaften im 20. Jahrhundert’ zuerkannt. 1999 wurde er zum Mitglied des American Biography Institute (ABI) gewählt. Im Jahre

2000 wurde er vom ABI mit der New Age-Medaille ausgezeichnet. Viele in- und ausländische Nachschlagwerke, unter anderem Who is Who in the World enthalten Kurzangaben über M. M. Kabanov.

Kabanov hat eine Konzeption der Rehabilitation der Geisteskranken entwickelt und die Frage der Bedeutsamkeit des Verhaltens seitens der Umgebung und der Gesellschaft im Ganzen den Kranken gegenüber für die Wirksamkeit der Heil- und Wiederherstellungsmaßnahmen als erster in der russischen Psychiatrie erstellt. Die theoretisch-methodischen Grundlagen dieser Konzeption fanden nicht nur Anerkennung und breite Anwendung in Russland, sondern auch im Ausland und wurden in mehr als 250 wissenschaftlichen Arbeiten und vielen Einzelschriften in russischer und mehreren anderen Sprachen dargelegt. Eine besondere Erwähnung verdienen die Monografien ‘Rehabilitation der psychisch Kranken’, die in zwei Auflagen (1978, 1985) erschienen, und ‘Psychosoziale Rehabilitation und Sozialpsychiatrie’ (1998).

Die von Prof. Kabanov entwickelten Prinzipien der Rehabilitation in der Medizin, deren Etappen, die Methoden und Maßnahmen der Wiederherstellungsbehandlung fanden breite Anwendung nicht nur in der Psychiatrie, sondern auch auf anderen verwandten Gebieten der klinischen Medizin: Kardiologie, Onkologie u.a.. Indem er die theoretischen Entwicklungen eng mit den Bedürfnissen des praktischen Gesundheitswesens koordinierte, wurde Prof. Kabanov in den 1960er Jahren Vorreiter und Initiator der neuen Organisationsformen der psychiatrischen Hilfe für Tages- und Nachtkliniken. Als praktische Verwirklichung der Rehabilitationskonzeption wird die durch ihn initiierte erstmaligen Gründung in Russland einer Abteilung für Rehabilitation für psychisch Kranke angesehen, deren Auswertung später in vielen psychiatrischen Institutionen Verbreitung fand.

Das Sankt Petersburger Bechterew-Institut verwandelte sich unter seiner Leitung in eine international bekannte erstklassige wissenschaftliche Einrichtung. Seit vielen Jahren ist das Institut eine führende Einrichtung Russlands im Fachbereich der Psychiatrie und Medizinischen Psychologie, die sich aktiv gemeinsam mit ausländischen Wissenschaftlern an der Realisation verschiedener Forschungsprojekte beteiligt.

Unter der Leitung von Kabanov wurde im Sankt Petersburger Zentrum der WHO eine Untersuchung des Problems der Lebensqualität der Pati-

enten mit Nerven- und Geisteskrankheiten durchgeführt. Unter seiner wissenschaftlichen Betreuung wurden mehr als 20 Doktor- und Habilitationsarbeiten verteidigt. Modest Kabanov erhielt drei staatliche Orden und fünf Medaillen.

Die Deutsche Akademie für Psychoanalyse und die Weltgesellschaft für Dynamische Psychiatrie haben Prof. Kabanov als einen langjährigen Freund und engagierten Menschen und Wissenschaftler sehr geschätzt und waren mit ihm über die vielen Jahre in enger Kooperation sehr verbunden.

Prof. Kabanov war eine wunderbare und außerordentliche Persönlichkeit sowohl menschlich als auch fachlich, zugewandt, liebenswert, loyal und gebend. Alle Mitarbeiter der Deutschen Akademie für Psychoanalyse, die ihn gekannt haben, werden ihn in ihren Herzen und in ihrem Andenken bewahren. Er war nicht nur ein außerordentlich humanistischer und geistig herausragender Psychiater und Psychotherapeut in Russland, sondern auch international mit seinem großen humanistischen Engagement und seiner großen geistigen Weite und seiner menschlichen Verbundenheit und seinen vielen Veröffentlichungen von großer Bedeutung. Sein Tod bedeutet einen großen Verlust für unsere Arbeit und wir trauern um diesen außergewöhnlichen, bedeutenden und großartigen Wissenschaftler, Psychiater, Psychotherapeuten, Menschen und Freund.